

**THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 30 mai 2023  
Par Monsieur HEMERY Pierre**

---

**Impacts de l'alcool sur les individus et la société : comment le  
pharmacien peut-il contribuer à les réduire ?**

---

**Membres du jury :**

**Président : Madame GARAT Anne, Maître de Conférences des Universités et  
Praticien Hospitalier, Faculté de Pharmacie de Lille**

**Directeur de thèse : Monsieur BRASSART Olivier, pharmacien d'officine, Douai**

**Assesseur : Madame NIKASINOVIC Lydia, Maître de Conférences des  
Universités, Faculté de Pharmacie de Lille**



**Faculté de Pharmacie de Lille**  
**3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille**  
**03 20 96 40 40**  
**<https://pharmacie.univ-lille.fr>**

#### Université de Lille

Président  
Premier Vice-président  
Vice-présidente Formation  
Vice-président Recherche  
Vice-présidente Réseaux internationaux et européens  
Vice-président Ressources humaines  
Directrice Générale des Services

Régis BORDET  
Etienne PEYRAT  
Christel BEAUCOURT  
Olivier COLOT  
Kathleen O'CONNOR  
Jérôme FONCEL  
Marie-Dominique SAVINA

#### UFR3S

Doyen  
Premier Vice-Doyen  
Vice-Doyen Recherche  
Vice-Doyen Finances et Patrimoine  
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle  
et Formations sanitaires  
Vice-Doyen RH, SI et Qualité  
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie  
Vice-Doyen Territoires-Partenariats  
Vice-Doyenne Vie de Campus  
Vice-Doyen International et Communication  
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX  
Guillaume PENEL  
Éric BOULANGER  
Damien CUNY  
  
Sébastien D'HARANCY  
Hervé HUBERT  
Caroline LANIER  
Thomas MORGENROTH  
Claire PINÇON  
Vincent SOBANSKI  
Dorian QUINZAIN

#### Faculté de Pharmacie

Doyen  
Premier Assesseur et Assesseur en charge des études  
Assesseur aux Ressources et Personnels  
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement  
Assesseur à la Vie de la Faculté  
Responsable des Services  
Représentant étudiant

Delphine ALLORGE  
Benjamin BERTIN  
Stéphanie DELBAERE  
Anne GARAT  
Emmanuelle LIPKA  
Cyrille PORTA  
Honoré GUISE

### Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

### Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CHAVATTE	Philippe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques	87
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bioinorganique	85

M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques	87
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie	86
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

#### Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BLONDIAUX	Nicolas	Bactériologie - Virologie	82
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81

Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

### Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique	85
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie	87
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
Mme	BARTHELEMY	Christine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	85
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie - Virologie	87
M.	BELARBI	Karim-Ali	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27

Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie	87
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85

M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

#### Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

#### Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

#### Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85

M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques	85

#### Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81

#### Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	GEORGE	Fanny	Bactériologie - Virologie / Immunologie	87
Mme	N'GUESSAN	Cécilia	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	RUEZ	Richard	Hématologie	87
M.	SAIED	Tarak	Biophysique - RMN	85
M.	SIEROCKI	Pierre	Chimie bioinorganique	85

#### Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière



## **Faculté de Pharmacie de Lille**

3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille  
03 20 96 40 40  
<https://pharmacie.univ-lille.fr>

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux  
opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont  
propres à leurs auteurs.**



# REMERCIEMENTS

---

## À Madame Anne Garat,

Merci de me faire l'honneur d'avoir accepté de présider le jury et de l'intérêt que vous portez à ma thèse. Je vous remercie de l'aide que vous m'avez apportée à la fin de mes études.

## À Monsieur Olivier Brassart,

Merci d'avoir encadré cette thèse, de m'avoir fait confiance, d'avoir passé du temps à me lire, à me corriger et à discuter avec moi. Merci de m'avoir toujours conseillé avec bienveillance.

## À Madame Lydia Nikasinovic,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse, c'est un honneur.

## À Monsieur Franck Parenty, Madame Françoise Maclou, Monsieur Fabrice Mitoumba, Madame Julie Grave, ainsi qu'à l'ensemble des collègues avec qui j'ai pu collaborer,

Merci de m'avoir transmis votre savoir, votre savoir-être et votre savoir-vivre.

## À ma conjointe Marion,

Merci d'être tel que tu es, de ce que tu as fait pour moi et de m'avoir soutenu en toutes circonstances. Nous avons passés de merveilleux moments ensemble, et je suis certain que le futur nous en réserve bien d'autres.

## À ma grand-mère Yvonne,

Merci pour la gentillesse, la douceur et le dévouement dont tu as fait preuve durant mon enfance.

## À ma mère Véronique, mon père Bruno, ma sœur Julie et mon beau-père Clément,

Merci pour votre soutien indéfectible, d'avoir toujours cru en mes capacités et de m'avoir supporté toutes ces années.

## À mes amis,

Rémy, Lauriane, Annabelle, Marie-Sarah, Anthony et Léa,

À tous les autres qui ont fait partie de ma vie , et qui font la personne que je suis aujourd'hui.



# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>27</b>
<b>II. L'ALCOOL ET SES CONSOMMATIONS .....</b>	<b>29</b>
<b>1. LES DIFFERENTS TYPES D'USAGE DE L'ALCOOL .....</b>	<b>29</b>
A. Le verre standard.....	29
B. Types de consommations .....	30
a. Définitions et seuils .....	30
b. Le continuum des consommations .....	32
C. Motivations de (non)consommation .....	33
a. Les motivations à boire .....	33
b. Les motivations à ne pas boire.....	34
<b>2. ÉPIDEMIOLOGIE DE L'ALCOOL.....</b>	<b>35</b>
A. L'alcool en Europe.....	35
a. Population générale .....	35
i. Chiffres de consommation .....	35
ii. Consommation problématique .....	37
b. Les femmes et la grossesse .....	38
c. Les adolescents .....	38
B. L'alcool en France .....	39
a. Généralités .....	39
b. La consommation des mineurs.....	42
i. Etude EnCLASS (2021) .....	42
ii. Étude ESCAPAD (2017) .....	42
iii. Étude ARAMIS .....	44
iv. Étude ARAMIS 2 .....	44
c. La consommation chez les femmes enceintes .....	45
d. Les recours aux urgences et à l'hospitalisation .....	46
e. La perception du risque .....	49
C. L'alcool dans les Hauts-de France .....	50
<b>III. CONSEQUENCES DE LA CONSOMMATION DE L'ALCOOL.....</b>	<b>55</b>
A. Les risques de l'alcool à l'échelle individuelle.....	55
a. Les effets à court terme .....	57
i. À doses faibles .....	57
ii. Aux doses plus élevées .....	57
b. Les effets à moyen et long terme .....	58
i. L'altération de l'état nutritionnel .....	59
ii. Les atteintes cardiovasculaires.....	60
iii. Les atteintes hépatiques .....	61
iv. Les atteintes pancréatiques .....	63
v. Les troubles glycémiques .....	63
vi. Les atteintes neurologiques.....	64
Un. La polynévrite alcoolique.....	64
Deux. Le syndrome de Wernicke-Korsakoff .....	64
vii. Les cancers.....	64
viii. Les effets psychiques et comportementaux .....	66
Un. Les troubles cognitifs.....	66
Deux. Les troubles du sommeil et anxio-dépressifs .....	66
Trois. Les démences .....	67
c. Le cas de la grossesse .....	67

i.	Prématurité et petit poids de naissance.....	67
ii.	ETCAF et SAF.....	68
d.	Le « french paradox ».....	69
B.	Les risques de l'alcool à l'échelle collective .....	70
a.	Les accidents de la route.....	70
b.	L'implication de l'alcool dans les dommages au tiers .....	70
c.	L'impact de l'alcoolisation parentale .....	71
d.	Le coût social de l'alcool en France.....	72
i.	L'étude de Kopp sur le coût social (2015).....	72
ii.	Estimations du coût des séjours hospitaliers liés à l'alcool en 2012.....	84
<b>IV.</b>	<b>ROLES DU PHARMACIEN DANS LA REDUCTION DE L'IMPACT DES</b>	
	<b>CONSOMMATIONS D'ALCOOL .....</b>	<b>87</b>
<b>1.</b>	<b>PREVENTION PRIMAIRE .....</b>	<b>88</b>
A.	Primaire universelle .....	88
a.	La promotion des repères de consommation .....	88
b.	Les campagnes de marketing social .....	91
i.	Principes du Dry January.....	91
ii.	Le Défi de Janvier en France .....	92
c.	Exemples de communications destinées au public .....	94
B.	Primaire sélective.....	96
a.	Les femmes enceintes et désirant l'être.....	97
b.	Les personnes âgées .....	99
c.	Les jeunes .....	100
d.	Prévention des interactions alcool-médicament.....	101
i.	Recommandations .....	101
ii.	Exemples d'interactions pharmacodynamiques.....	101
Un.	Alcool et traitements antidiabétiques.....	101
Deux.	Alcool et médicaments dépresseurs du système neurovégétatif .....	102
Trois.	Alcool et effet antabuse .....	102
Quatre.	Alcool et effet fromage.....	103
iii.	Alcool et cytochromes .....	103
Un.	Généralités.....	103
Deux.	Cas de l'association alcool et paracétamol .....	104
<b>2.</b>	<b>PREVENTION SECONDAIRE : CAS DU REPERAGE PRECOCE ET INTERVENTION BREVE</b>	
	<b>106</b>	
A.	Généralités .....	107
B.	Le repérage précoce .....	108
a.	Questionnaire FACE .....	108
b.	AUDIT.....	109
c.	AUDIT-C.....	110
d.	CAGE / DETA.....	111
C.	L'intervention brève.....	111
a.	Déroulement d'une intervention brève.....	112
b.	Efficacité de l'intervention brève.....	115
i.	Revue de la littérature Cochrane .....	115
ii.	Résultats d'autres études.....	116
<b>3.</b>	<b>PREVENTION TERTIAIRE.....</b>	<b>117</b>
A.	Les deux approches possibles .....	117
a.	L'approche abstinerite .....	118
i.	L'ancien unique objectif.....	118
ii.	Représentations des patients .....	118

b.	L'approche de réduction des risques et des dommages .....	119
i.	La nouvelle approche .....	119
ii.	Représentations des patients .....	120
iii.	Modes d'accompagnement possibles .....	121
B.	L'importance de la prise en charge globale du patient .....	121
a.	Le sevrage et sa préparation .....	122
b.	Les co-addictions .....	124
c.	Les comorbidités et troubles cognitifs associés .....	125
i.	Comorbidités .....	125
ii.	Troubles cognitifs .....	126
d.	La prise en charge psychothérapeutique et neuropsychiatrique .....	126
e.	La rechute .....	127
C.	Les traitements médicamenteux existants .....	129
a.	Chiffres .....	129
b.	Acamprosate .....	130
c.	Naltrexone .....	130
d.	Disulfirame .....	131
e.	Nalméfène .....	133
f.	Baclofène .....	133
<b>4.</b>	<b>PISTES D'AMELIORATION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS.....</b>	<b>137</b>
A.	S'intégrer dans la prise en charge du patient .....	137
B.	Accompagner le patient dans son changement .....	139
a.	Le modèle transthéorique du changement .....	140
b.	L'entretien motivationnel .....	142
i.	Définitions .....	142
ii.	Les processus fondamentaux de l'EM.....	144
iii.	Les 4 principes fondamentaux de l'EM.....	145
iv.	Les 4 principes structurant les entretiens.....	147
v.	Techniques et outils de l'EM utilisables.....	147
vi.	Le discours changement .....	149
vii.	Pièges facilitant la survenue de résistances .....	150
viii.	D'autres manières d'augmenter la motivation .....	151
Un.	La balance décisionnelle .....	151
Deux.	Les cercles vicieux et cercles constructifs .....	152
Trois.	Le désamorçage des obligations et de la précipitation dans l'urgence..	152
Quatre.	Se faire « l'avocat du diable ».....	152
Cinq.	La lettre de rupture .....	153
c.	Les approches cognitivocomportementales .....	153
i.	Méthodes comportementales .....	153
ii.	Méthodes cognitives .....	153
d.	Les stratégies d'autocontrôle possibles .....	155
i.	Stratégies de contrôle comportementales .....	155
ii.	Stratégies de contrôle émotionnelles .....	156
iii.	Stratégies de contrôle cognitives .....	156
e.	La prévention de la rechute.....	157
f.	Autres approches .....	158
i.	Entraînement à l'autocontrôle comportemental .....	158
ii.	Les interventions basées sur la pleine conscience.....	158
<b>V.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>161</b>
<b>VI.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>163</b>



## LISTE DES FIGURES

---

Figure 1 Le verre standard (3).....	29
Figure 2 Types d'usages d'alcool (11) .....	32
Figure 3 Pyramide de Skinner (13) .....	32
Figure 4 Motifs de non-consommation d'alcool (en 2016, UE vs France) (18) .....	34
Figure 5 Parts des consommateurs quotidiens d'alcool chez les 18-64 ans (%) (16).....	36
Figure 6 Parts des 18-64 ans ayant consommé au moins 6 verres (hommes) ou 4 verres (femmes), au moins une fois dans l'année (%) (16).....	36
Figure 7 Réponses au RAPS (UE vs France) (16) .....	38
Figure 8 Réponses positives au RAPS (France vs UE) (16).....	38
Figure 9 Fréquences de consommation en 2017 en France chez les 18-75 ans (25) .....	40
Figure 10 Fréquence des API en 2017 en France chez les 18-75 ans (25).....	41
Figure 11 Fréquence des ivresses en 2017 en France chez les 18-75 ans (25).....	41
Figure 12 Évolution des usages d'alcool chez les élèves de 3ème entre 2010 et 2022 (26).....	42
Figure 13 Évolution des usages de l'alcool chez les jeunes de 17 ans entre 2000 et 2017 (27,28).....	43
Figure 14 Évolution des usages de l'alcool chez les jeunes de 17 ans entre 2014 et 2017 (27,28).....	43
Figure 15 Évolution des fréquences d'API chez les jeunes de 17 ans (27,28).....	44
Figure 16 Consommations d'alcool déclarés chez les femmes enceintes en 2011 (20) .....	46
Figure 17 Séjours et patients hospitalisés pour une pathologie liée à l'alcool en France (2012) (36) .....	48
Figure 18 Évolution des seuils de dangerosité perçue de l'alcool entre 1999 et 2018 (37).....	50
Figure 19 Prévalences de consommation et passage aux urgences (Hauts-de-France vs France métropolitaine) (38).....	51
Figure 20 Incidences des cancers liés à l'alcool (Hauts-de-France vs France métropolitaine) (38) .....	51
Figure 21 Mortalités des cancers liés à l'alcool (Hauts-de-France vs France métropolitaine) (38) .....	52
Figure 22 Mortalité cumulée liée à l'alcool (Hauts-de-France vs France métropolitaine) (38)	52
Figure 23 Répartition des décès attribuables à l'alcool en France en 2015 (41).....	56
Figure 24 Répartition des 29 000 nouveaux cas de cancers attribuables à l'alcool en France en 2015 (60).....	65
Figure 26 Décès attribuables à l'alcool (2015) (75) .....	73
Figure 27 Malades attribuables à l'alcool (2015) (75).....	73

Figure 28 Âges au décès attribuable à l'alcool (années, 2015) (75).....	74
Figure 29 Années de vie perdues attribuable à l'alcool (années, 2015) (75).....	74
Figure 30 Durée de vie en traitement d'une pathologie liée à l'alcool (années, 2015) (75).....	75
Figure 31 Total des années de vie perdues attribuable à l'alcool (2015) (75).....	75
Figure 32 Part des coûts en années de vie perdues attribuable à l'alcool (millions d'euros, 2010) (75).....	76
Figure 33 Parts des couts en années de vie en mauvaise santé attribuable à l'alcool (millions d'euros, 2010) (75).....	77
Figure 34 Parts des coûts en pertes de production des entreprises attribuable à l'alcool (millions d'euros, 2010) (75).....	78
Figure 35 Parts des couts annuels des soins des maladies engendrées par l'alcool (en millions d'euros, 2010) (75).....	79
Figure 36 Dépenses évitées au finances publiques par les retraites non payées du fait des décès causés par l'alcool (millions d'euros, 2010) (75).....	80
Figure 37 Synthèse des impacts de l'alcool sur les finances publiques (millions d'euros, 2010) (75).....	81
Figure 38 Coût externe total de l'alcool (millions d'euros, 2015) (75).....	82
Figure 39 Coût de l'alcool sur les finances publiques (millions d'euros, 2015) (75).....	82
Figure 40 Coût social total de l'alcool (millions d'euros, 2015) (75).....	82
Figure 41 Comparatif du coût social de l'alcool, le tabac et les drogues illégales (millions d'euros, 2015) (75).....	82
Figure 42 Comparaison entre coût des soins liés à l'alcool et recettes de taxation (milliards d'euros, 2015) (75).....	83
Figure 43 Coût des séjours hospitaliers liés à l'alcool en 2012 (milliards d'euros, France) (36).....	84
Figure 44 La prévention sous le prisme français (2).....	87
Figure 45 La prévention sous le prime anglo-saxon et scandinave (2).....	87
Figure 46 Affiche "2 verres par jour, et pas tous les jours. Source Santé publique France (2019).....	89
Figure 47 Affiche "point sur la consommation d'alcool. Source : CESPARM.....	95
Figure 48 Affiche "alcool et cancer". Source CESPARM.....	95
Figure 49 Extrait du dépliant « Vivre mieux avec moins d'alcool ». Source : Santé Publique France.....	95
Figure 50 Affiche promotionnelle du Défi de Janvier. Source Dry January.....	95

Figure 51 Extrait du spot publicitaire "la bonne santé n'a rien à voir avec l'alcool. Source youtube ( <a href="https://www.youtube.com/watch?v=ApJowiaSYgA">https://www.youtube.com/watch?v=ApJowiaSYgA</a> ).....	96
Figure 52 Affiche zéro alcool pendant la grossesse, trop difficile ? Source CESPARM .....	99
Figure 53 Brochure zéro alcool pendant la grossesse. Source CESPARM .....	99
Figure 54 Métabolisme du paracétamol (96) .....	104
Figure 55 Bénéficiaires de remboursements de médicament d'aide au sevrage d'alcool (34)	129
Figure 56 Bénéficiaires de remboursements de baclofène (34) .....	129
Figure 57 Modèle transthéorique du changement selon Prochaska et DiClemente (131).....	140
Figure 58 Les 4 processus de l'EM selon Miller et Rollnick. (136).....	144
Figure 59 Modèle de prévention de la rechute de Marlatt (146).....	157



## LISTE DES TABLEAUX

---

Tableau I Valences et sources de l'effet attendu, et motivation à boire (15) .....	33
Tableau II Les niveaux d'usage d'alcool par sexe à 11, 13 et 16 ans en 2018/2019 en France et en Europe (%) (23) .....	39
Tableau III Nombre de cas de décès et de malades attribuables à l'alcool en 2009 (75) .....	73
Tableau IV Synthèse des données d'impact sanitaires de l'alcool en 2010 (75) .....	74
Tableau V Coût des années de vies perdues attribuables à l'alcool en 2010 (75).....	75
Tableau VI Coût des années de vie en mauvaise santé attribuables à l'alcool en 2010 (75) ....	77
Tableau VII Pertes de production des entreprises engendrées par les décès liés à l'alcool en 2010 (75).....	78
Tableau VIII Coûts annuels des soins des malades engendrés par l'alcool en 2010 (75).....	79
Tableau IX Dépenses évitées au finances publiques par les retraites non payées du fait des décès causés par l'alcool en 2010 (75).....	79
Tableau X Synthèse de l'impact des drogues sur les finances publiques en 2010 (75).....	80
Tableau XI Coût social de l'alcool en France en 2010 (75).....	81
Tableau XII Questionnaire AUDIT-C (44) .....	111
Tableau XIII La balance décisionnelle (128, 139).....	151
Tableau XIV Les 5 colonnes de Beck (139).....	154



## LISTE DES ABRÉVIATIONS

---

- AA : Alcooliques Anonymes
- ALD : Affection longue durée
- AME : Aide médicale d'État
- AMM : Autorisation de mise sur le marché
- ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
- ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament
- AOD : Anticoagulant oral direct
- API : Alcoolisation ponctuelle importante
- ATP : Adénosine triphosphate
- AUD : *Alcohol-use disorder*
- AVC : Accident vasculaire cérébral
- AVK : Antivitamine K
- BZD : Benzodiazépine
- CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
- CESPARM : Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française
- CIM : Classification internationale des maladies
- CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- CYP : Cytochrome P 450
- DP : Dossier pharmaceutique
- ELSA : Équipe de liaison et de soins en addictologie
- EM : Entretien motivationnel
- ETCAF : Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale
- HAS : Haute autorité de santé
- HPST : Hôpital, patients, santé, territoires
- IEA : Intoxication éthylique aiguë
- INCA : Institut national du cancer
- INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- INR : International normalized ratio
- INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- LGO : Logiciel de gestion d'officine
- MAO : Monoamine oxydase
- MCO : Médecine chirurgie obstétrique

- MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
- MSP : Maison de santé pluridisciplinaire
- NAPQI : N-acétyl-parabeno-quinine-imine
- ODMCO : Objectif de dépenses en médecine chirurgie obstétrique
- OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
- OMS : Organisation mondiale de la Santé
- ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie
- OTC : *Over the counter*
- PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- RDRD : Réduction des risques et des dommages
- RESPADD : réseau de prévention des addictions
- RPIB : Repérage précoce et intervention brève
- SAF : Syndrome d'alcoolisation fœtale
- SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
- SSR : Soins de suite et réadaptation
- TCC : Thérapies cognitivocomportementales
- TVA : Taxe sur la valeur ajoutée
- UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

# I. INTRODUCTION

En 2017 en France, 49% des répondants pensent qu'offrir ou boire de l'alcool « fait partie des règles de savoir-vivre », et 9 personnes sur 10 consomment de l'alcool au moins une fois par an (1). L'industrie alcoolière ne cesse quant à elle d'innover pour encourager à boire, avec par exemple le développement des prémix<sup>1</sup> et des boissons alcoolisées aromatisées.

Certaines conséquences de la consommation d'alcool sont connues du grand public. Ce sont principalement les risques immédiats (accidents de la route, coma éthylique), ou certains risques à long terme comme celui de la cirrhose hépatique ou la dépendance. Ces situations ne sont cependant pas les plus fréquentes au comptoir, et ne peuvent résumer à elles seules les conséquences qu'entraînent la consommation d'alcool.

Les intervenants du champ de l'addictologie sont multiples (médecins, travailleurs sociaux, infirmiers...), et les lieux d'interventions également (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ; centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) ; hôpitaux,...) (2). Le pharmacien d'officine peut avoir un rôle à jouer dans la lutte contre les conséquences de l'alcool. Au-delà de l'acte de dispensation des médicaments, il peut contribuer à l'amélioration de la santé publique par le conseil, l'éducation à la santé, l'orientation. La mise en place des nouvelles missions et de nouvelles conditions d'exercice laisse la porte ouverte à de nombreuses possibilités. Malgré cela, aucune proposition concernant directement l'alcool n'est formulée dans le rapport<sup>2</sup> de l'Ordre National des Pharmaciens de 2018 visant à renforcer l'implication des pharmaciens dans différents domaines de prévention

Cette thèse prend naissance dans plusieurs interrogations : À quoi ressemble le paysage actuel de la consommation d'alcool ? Quel est le poids de sa consommation sur la santé et la société ? Comment le pharmacien peut-il contribuer, à son échelle, à réduire les méfaits liés à l'alcool ? De quels outils dispose-t-il et sur quelles inspirations peut-il se baser ?

Pour y répondre, cette thèse sera structurée comme suit : premièrement nous aborderons les définitions et explorerons les usages de l'alcool dans la population générale et dans certaines populations spécifiques (jeunes, femmes enceintes) à l'échelle européenne, nationale et régionale ; puis nous aborderons les conséquences à court et à long terme de la consommation d'alcool à l'échelle individuelle, ainsi ses coûts à l'échelle collective ; et enfin nous discuterons de la place du pharmacien dans la réduction des conséquences liées à l'alcool et des moyens dont il dispose pour accompagner au mieux les patients.

---

<sup>1</sup> Boisson alcoolisée prêt à l'emploi composé d'un alcool fort et d'une boisson très sucrée

<sup>2</sup> « Développer la prévention en France : 15 propositions pour renforcer le rôle des pharmaciens »



## II. L'ALCOOL ET SES CONSOMMATIONS

### 1. LES DIFFERENTS TYPES D'USAGE DE L'ALCOOL

#### A. Le verre standard

La consommation d'alcool est exprimée en gramme d'alcool pur, en nombre de verres standard ou en unités standard d'alcool. En France, un verre standard correspond à un verre servi dans un bar, contenant 10g d'alcool pur. Les concentrations en alcools n'étant pas les mêmes selon les types d'alcool, voici, présenté dans la figure 1, quelques exemples de ce que représente un verre standard :

- 10 cL de vin ou de champagne titré à 12° ;
- 25 cL de bière titrée à 5° ;
- 3 cL de whisky à 40°.

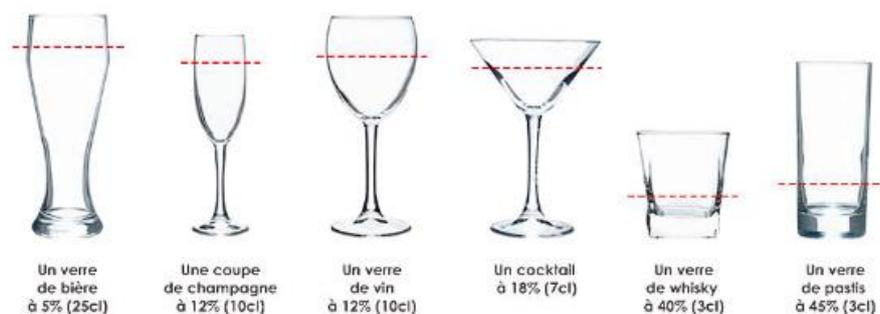


Figure 1 Le verre standard (3)

La quantité d'alcool consommée peut être estimée par un calcul simple (3) :

- Grammes d'alcool pur (grammes) =  $\text{volume de la boisson (mL)} \times \text{volume d'alcool (° ou \%)} \times \frac{0,8}{100}$
- Exemple pour une bière de 25 cl à 5° :  $250 \text{ mL} \times 5^\circ \times \frac{0,8}{100} = 10 \text{ grammes d'alcool pur, soit 1 verre standard}$

Cette méthode de calcul s'applique aux verres servis dans les bars qui contiennent une quantité définie de boisson. Ce n'est pas le cas pour les verres consommés dans l'espace privé, où l'on sert plus volontiers des « doses-maison » bien supérieures aux doses standards (15 cL de vin à 12° au lieu de 10cL 33cL de bière à 5° au lieu de 25cL). Il faut également prendre en compte quel titrage de certains alcools peut varier selon les marques - la bière Kriek Lindemans® est tirée à 3,5° d'alcool alors que la Delirium Red® est titrée à 8,5° d'alcool. (4-6)

## **B. Types de consommations**

### **a. Définitions et seuils**

L'abstinence est définie comme l'absence de consommation. L'abstinence est dite primaire quand il n'y a jamais eu de première initiation, et secondaire quand elle survient après une période de consommation.

La consommation à risque est une consommation susceptible d'entraîner des dommages physiques, psychiques ou sociaux. On distingue

- La consommation à faible risque :
  - o Femmes : - de 20 g/j soit 140 g/semaine
  - o Hommes : - de 30 g/j soit 210 g/semaine
- La consommation à risque :
  - o Femmes : entre 20 et 40 g/j soit 140-280 g/semaine
  - o Hommes : entre 30 et 60 g/j soit 210-420 g/semaine

La consommation nocive est la consommation qui s'accompagne de dommages psychiques, psychiques ou sociaux.

- Femmes : > 40g/j soit > 280g/semaine
- Hommes : > 60g/j soit > 420g/semaine (4)

Le binge-drinking, ou alcoolisation ponctuelle importante (API), est la consommation, lors d'une même occasion en un court laps de temps (en général 2 heures), d'au moins 5 verres pour les hommes et 4 verres pour les femmes. (7)

Le trouble de l'usage de l'alcool est défini par « un ensemble de symptômes physiques et comportementaux qui peuvent inclure le syndrome de sevrage, la tolérance et le *craving*<sup>3</sup> d'alcool ». La notion de trouble de l'usage de l'alcool (*Alcohol-use disorder* AUD) est un terme récent apparu dans le DSM-V, et permet de décrire un continuum de symptômes comportementaux et physiques. Il existe 11 critères diagnostiques (8) :

- Consommation d'alcool en quantité plus importante ou pendant une durée plus prolongée que prévu ;
- Désir persistant, ou efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool ;
- Beaucoup de temps passé à obtenir de l'alcool, à le consommer où à récupérer de ses effets ;

---

<sup>3</sup> Désir intense et pressant de consommer

- Envie impérieuse (= *craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool ;
- Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures ;
- Consommation continue d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool ;
- Abandon ou réduction des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants à cause de l'usage de l'alcool ;
- Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
- Poursuite de l'usage de l'alcool malgré l'existence manifeste d'un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé par l'alcool ;
- Signes de tolérance, définis par le besoin de quantités plus fortes d'alcool pour obtenir le même effet désiré ; et/ou diminution de l'effet en cas de d'usage continu de la même quantité d'alcool ;
- Signes de sevrages, définis par le l'apparition d'un syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool en cas d'arrêt des consommations, ou utilisation de l'alcool ou d'une substance proche (exemple benzodiazépine (BZD)) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Deux critères positifs posent le diagnostic d'un AUD, et le nombre de critères positifs permet d'évaluer la gravité du trouble. La grande majorité des personnes développeront un AUD avant l'âge de 40 ans, dont l'évolution sera variable et marquée par une alternance de périodes de rémissions et de rechutes. (9)

La dépendance est définie selon la CIM-10<sup>4</sup> comme un ensemble de « phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation de la substance entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités ». Le diagnostic de certitude est établi quand au moins 3 des manifestations suivantes sont présentes en même temps au cours de la dernière année :

- Désir puissant ou compulsif d'utiliser la substance (= *craving*) ;
- Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance ;
- Syndrome de sevrage en cas de diminution ou d'arrêt de la consommation de la substance, ou utilisation de la substance ou d'une substance apparentée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

---

<sup>4</sup> 10<sup>ème</sup> version de la classification internationale des maladies

- Tolérance aux effets de la substance mis en évidence par le besoin d'une quantité plus importante de substance pour obtenir l'effet désiré ;
- Abandon progressif des autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;
- Persistance de la consommation malgré la survenue de conséquences nocives manifestes. (10)

## b. Le continuum des consommations

Tous les types d'usages de l'alcool se placent sur un continuum de type de consommation.

La maladie addictive est une maladie progressive, car elle passe par différents stades.

Le non-usage regroupe les concepts d'abstinences primaires et secondaires.

L'usage simple renvoie à l'usage sans conséquences

objectives et inférieur aux seuils recommandés. L'usage à risque renvoie à l'usage d'alcool à un niveau supérieur aux seuils recommandés, pouvant devenir nocif. L'usage nocif est l'usage qui a des conséquences sur la santé physique et / ou psychique, sans critère de dépendance.

La dépendance est la forme la plus avancée d'addiction. Elle peut être définie comme un mode de consommation accompagné d'une « aliénation comportementale à l'usage de l'alcool » en dépit des conséquences négatives. (11)

Le mésusage rassemble donc tous les usages qui entraînent ou qui sont susceptibles d'entraîner des dommages (l'usage à risque, l'usage nocif et la dépendance).

Le trouble de l'usage correspond à l'ensemble des usages entraînant des dommages. (12)

L'un des exemples les plus connus de cette représentation est la pyramide de Skinner, présentée en figure 3, qui

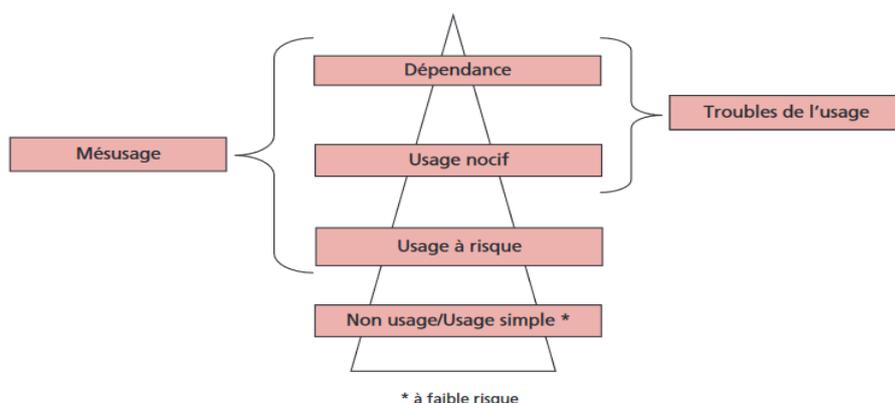


Figure 2 Types d'usages d'alcool (11)

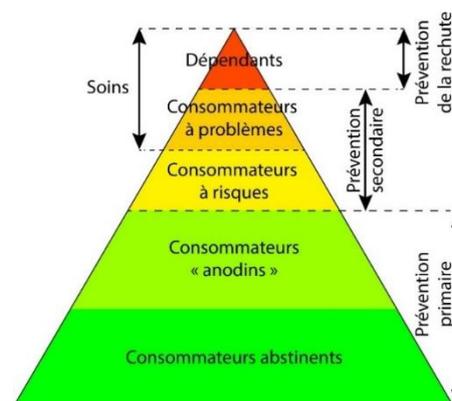


Figure 3 Pyramide de Skinner (13)

détaille de la base au sommet les différents stades d'évolution habituels de la maladie addictive ainsi que les différents champs d'intervention possibles. (13)

L'alcool est une substance peu addictogène, si on la compare à certaines drogues illicites comme l'héroïne. Cependant un nombre bien plus important d'individus consomme de l'alcool, ce qui fait que la dangerosité globale et les dommages liés à l'alcool sont très importants. C'est pour cette raison qu'il est nécessaire d'empêcher précocement la progression de la maladie addictive et ses dommages associés. (14)

### C. Motivations de (non)consommation

Dans les sociétés occidentales, les gens se construisent très tôt des représentations des effets de l'alcool, basées plus souvent sur l'observation et le transfert de croyances provenant des adultes ou des pairs, que sur l'expérience personnelle. Les attentes concernant les effets de l'alcool déterminent au moins en partie le comportement de consommation.

#### a. Les motivations à boire

Selon Kuntsche , il existe 4 catégories de motivations à consommer de l'alcool selon la source (effets internes ou externes) et la valence (attente positive ou négative) présentés dans le tableau I : amélioration, social, adaptation, conformité. (15)

		Valence	
		Positive	Négative
Source	Interne	<p>AMELIORATION</p> <p><i>Améliorer l'humeur positive ou le bien-être</i></p>	<p>ADAPTATION</p> <p><i>Atténuer ou éviter les émotions négatives</i></p>
	Externe	<p>SOCIAL</p> <p><i>Obtenir des récompenses sociales</i></p>	<p>CONFORMITÉ</p> <p><i>Éviter le rejet social</i></p>

Tableau I Valences et sources de l'effet attendu, et motivation à boire (15)

Les motifs de consommation semblent dépendre de l'âge du sujet. Les motifs sociaux ne sont pas liés à une forte consommation d'alcool, tandis que les motifs d'amélioration et d'adaptation le sont.

Les motivations à la consommation les plus fréquemment approuvées sont : car « cela améliore les fêtes et célébrations », car « ils aiment la sensation », car « c'est amusant ». Les motivations les moins fréquentes sont : « juste pour être ivre », « pour tout oublier » et « parce que cela m'aide quand je suis déprimé »

4 facteurs quant aux motifs de consommations apparaissent :

- Le plaisir comme motif de consommation, y compris la sensation après avoir bu un verre et le fait de boire parce que c'est amusant ;
- Les problèmes comme motifs de consommation, y compris pour tout oublier, juste pour s'enivrer et pour aider lors d'une humeur dépressive ;
- S'intégrer aux autres, y compris pour ne pas se sentir exclu ;
- La santé, y compris le fait de boire car cela semble bon pour la santé ou faire partie d'un régime alimentaire sain. (16)

## b. Les motivations à ne pas boire

Les principales motivations à ne pas boire d'alcool ont été étudiées principalement chez l'adolescent, elles sont :

- La peur des conséquences négatives ;
- Les contraintes familiales et religieuses ;
- L'indifférence. (17)

Les principales raisons de l'abstinence chez les adultes sont :

- Le fait qu'ils n'aiment pas le goût de l'alcool ;
- Le fait qu'ils n'aiment pas les effets de l'alcool ;
- Un refus de consommation par principe ou par religion ;
- La connaissance des effets de l'alcool sur la santé (exemple avec la grossesse) ;
- Le fait d'avoir vécu de mauvaises expériences avec l'alcool.

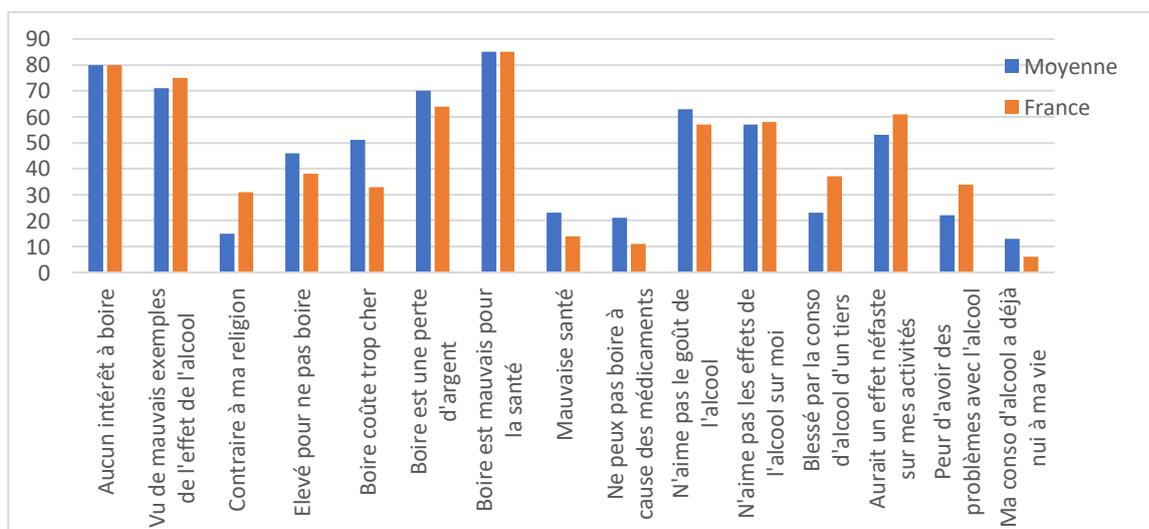


Figure 4 Motifs de non-consommation d'alcool (en 2016, UE vs France) (18)

À l'échelle européenne, les motifs de non-consommation les plus souvent approuvés sont : « Boire est mauvais pour la santé », l'« indifférence » et « j'ai vu des mauvais exemples de ce que l'alcool peut faire ». La France diffère de la moyenne des pays européens par une surexpression des motifs suivants : « boire est contraire à ma religion », « j'ai déjà été blessé par quelqu'un qui avait bu », « boire pourrait avoir des effets négatifs sur mes activités » et « j'ai peur d'avoir des problèmes avec l'alcool si je bois ». Au contraire, les raisons « j'ai été élevé pour ne pas boire », « boire coûte trop cher », « je ne peux pas boire à cause de ma santé » sont moins souvent citées.

4 facteurs généraux quant aux motifs de non-consommation apparaissent :

- Les mauvaises expériences avec l'alcool, personnellement ou chez les autres ;
- L'indifférence à l'attrait de l'alcool et rejet en tant que menace pour la santé ;
- Le rejet pour des raisons économiques ou de principe ;
- La mauvaise santé empêchant la consommation d'alcool. (16)

## 2. ÉPIDEMIOLOGIE DE L'ALCOOL

### **A. L'alcool en Europe**

L'analyse des différences des contextes de consommation d'alcool est intéressante pour deux raisons : les coûts sanitaires et sociaux sont déterminés par les modes de consommation, et le contexte de consommation évolue en fonction de la politique en matière d'alcool. Les estimations des données sont difficiles à établir à l'échelle européenne, à cause de l'absence d'outils de dépistage et de diagnostic transnationaux et de la forte stigmatisation de la consommation. (16)

#### **a. Population générale**

##### **i. Chiffres de consommation**

Sur 19 pays européens interrogés, les abstinents dans les 12 derniers mois représentent 15 % des personnes ayant répondu, parmi lesquels 7,6% sont abstinents à vie.

En France, la part d'abstinents dans l'année est semblable, celle des abstinents à vie est plus importante. Elle se situe au 4<sup>ème</sup> rang concernant la prévalence des abstinents dans l'an chez les 18-34 ans, et tombe au 15<sup>ème</sup> rang chez les 50 ans et plus.

Concernant la consommation d'alcool, elle présente (avec le Danemark) la particularité de voir la proportion de consommateurs dans l'année augmenter avec l'âge, alors que dans les autres pays, cette prévalence diminue.

La proportion de personnes ayant consommé dans l'année est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (89 versus 81 %). Cet écart est réduit dans les pays nordiques, alors qu'il se creuse dans des pays comme le Portugal ou l'Italie.

46 % des Français consomme de l'alcool au moins 1 fois par semaine, et 13 % quotidiennement ou presque. Ces résultats classent la France respectivement à la 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> position. La part des consommateurs quotidiens est marquée à l'échelle du continent par un gradient nord-sud : ainsi cette prévalence est bien plus forte en Espagne, au Portugal que dans les pays scandinaves.

Près de 1 français sur 3 déclare au moins une API dans l'année, ce qui nous place à la 13<sup>ème</sup> place pour ce critère. Le classement concernant les API est l'inverse de celui de la consommation quotidienne. C'est dans les pays du nord de l'Europe que l'API dans l'année est la plus fréquente (plus de 60 % en Finlande, moins de 20 % en Italie). En dehors de la Lituanie et de la Bulgarie, la prévalence des API diminue avec l'âge. Les API chez les 18-34 ans sont 2 fois plus nombreuses que chez les 50-64 ans en France, et jusqu'à 5 fois plus pour les pays du Sud comme l'Italie. Dans les pays du nord, elles sont plus fréquentes mais touchent toutes les générations.

Concernant l'ivresse, la France fait partie des trois pays où sa prévalence dans l'année est la plus faible, avec 12 % de la population (contre 83% en Norvège). Elle est même dernière du classement en ce qui concerne la prévalence de l'ivresse dans le mois. Les ivresses sont partout en Europe (sauf en Italie) déclarées plus fréquemment par les hommes que par les femmes.

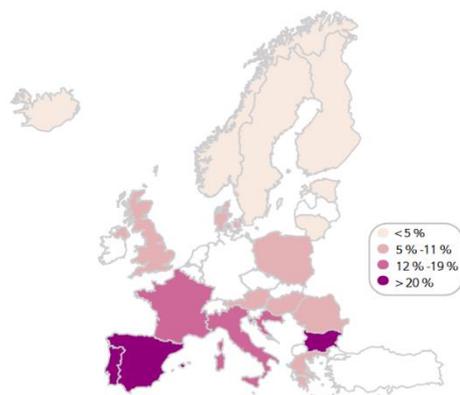


Figure 5 Parts des consommateurs quotidiens d'alcool chez les 18-64 ans (%) (16)

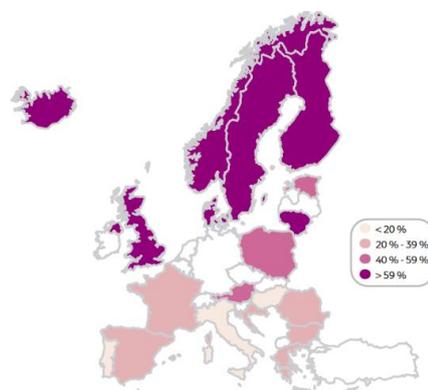


Figure 6 Parts des 18-64 ans ayant consommé au moins 6 verres (hommes) ou 4 verres (femmes), au moins une fois dans l'année (%) (16)

Combiner nombre de jours annuels de consommation et volume consommé par jour de consommation met en évidence trois modes de consommation dominants en Europe :

- Fréquence élevée mais faible volume : dans les pays du Sud (Italie, Espagne, Portugal, Bulgarie). Les auteurs de l'étude suggèrent que la France et la Grèce appartiennent à cette catégorie ;
- Fréquence faible mais volume élevé : dans les pays du Nord (scandinaves, baltes) ;
- Fréquence moyenne et volume moyen : dans les pays du « centre » (Autriche, Croatie, Hongrie, Roumanie).

Les estimations de la consommation d'alcool sont bien inférieures aux statistiques de ventes. Cela s'expliquerait par le fait que les personnes interrogées sous-estiment généralement leur consommation car elles ont des difficultés à se souvenir de tous les épisodes de consommation, mais aussi car dans certains pays la consommation d'alcool est considérée comme « moralement douteuse ». Les personnes sont donc moins disposées à déclarer leurs consommations d'alcool, ce qui fait baisser les volumes d'alcool déclarés. La disparité des taux de couverture est nette : 85 % en Norvège contre 32 % en France (le plus faible) selon cette étude. La conséquence : les résultats de l'enquête française sont probablement sous-estimés.

## ii. Consommation problématique

En réponse au test RAPS<sup>5</sup>, le problème le plus répandu aussi bien au niveau européen que français est le sentiment de culpabilité et de remord après avoir bu, puis la sensation de trou de mémoire, le fait de ne pas avoir réussi à faire ce qui était attendu de nous et enfin le fait d'avoir bu dès le matin.

14 % des Français ont eu au moins une réponse susceptible d'indiquer une consommation problématique, ce qui classe la France à la 13<sup>ème</sup> place. Le classement des pays répond à un gradient nord-sud (37% en Lituanie, 30% en Suède et en Islande, contre 7% en Italie ou au Portugal). La prévalence est plus élevée chez les hommes et les jeunes.

---

<sup>5</sup> Pour « Rapid Alcohol Problems Screen » : test établi par Cherpitel en 2000 composé de 4 items, qui permet d'évaluer au niveau européen les dommages individuels liés à la consommation d'alcool

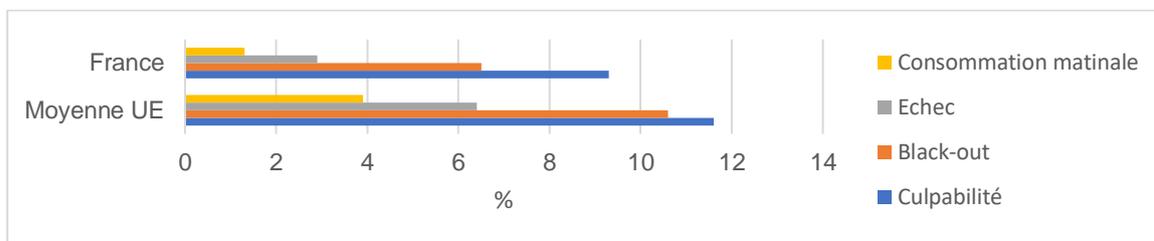


Figure 7 Réponses au RAPS (UE vs France) (16)

Dans la figure 8, nous constatons que 4 % des Français ont eu 2 réponses susceptibles d’indiquer une consommation problématique d’alcool (moyenne européenne = 8,4%). La consommation problématique est plus fréquente chez les hommes (le sex-ratio en France est semblable à la majorité des autres pays européens). La part de ces consommations problématiques diminue avec l’âge en France, mais de façon plus modérée que dans la majorité des pays européens. (16,18)

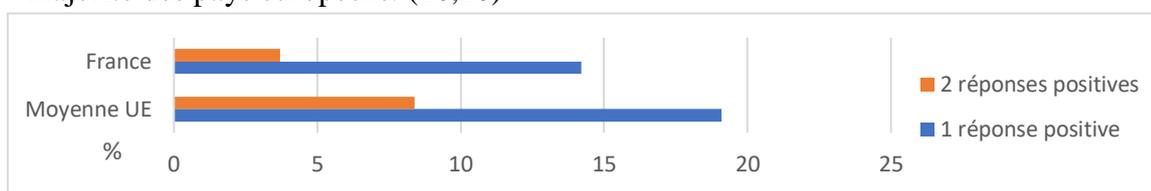


Figure 8 Réponses positives au RAPS (France vs UE) (16)

## b. Les femmes et la grossesse

En France, la proportion de femmes consommant de l’alcool durant la grossesse est élevée (environ 27 %) alors qu’elle n’est que de 9% en Suède et en Islande (19). En plus de différences de méthodologies statistiques, au moins une partie de ces différences semble due à une acceptation plus grande en France de la consommation d’alcool pendant la grossesse.

Les proportions de femmes qui consommaient de l’alcool avant de se savoir enceinte et qui ont arrêté (42 %) ou réduit (20 %) leur consommation une fois la grossesse connue sont bien inférieures à celles retrouvée dans d’autres pays occidentaux (20). Selon une étude américaine de 2014 (21), environ 70 % d’entre elles arrêteraient de consommer de l’alcool et 18 % réduiraient leur consommation. Des taux de modification de consommation similaires ont été retrouvé dans une étude australienne. (22)

## c. Les adolescents

Deux grandes enquêtes sont menées dans toute l’Europe depuis 25 ans avec un total de plus de 300 000 adolescents de 11 à 16 ans interrogés. En comparaison à la moyenne

européenne, les enfants français sont deux fois plus nombreux à avoir expérimenté l'alcool à 11 ans, et 1,5 fois plus nombreux à l'âge de 13 ans. Le niveau d'expérimentation à 13 ans classe la France en 3<sup>ème</sup> place. Il est en baisse partout en Europe, mais de façon moindre en France.

Les niveaux d'expérimentations sont semblables partout en Europe à l'âge de 16 ans. En revanche, le taux d'usage dans le mois à 16 ans en France est l'un des plus élevés d'Europe.

Le niveau d'API dans le mois en France est semblable à celui du reste de l'Europe, et reste stable en France depuis 1999, alors qu'il a augmenté dans certains pays comme la Hongrie et franchement diminué dans certains pays nordiques. (23)

Usage	Âge	Ensemble	
		France	Moyenne Europe
Expérimentation	11 ans	32	15
	13 ans	49	34
	16 ans	80	79
Usage dans le mois		53	47
API dans le mois		34	34

Tableau II Les niveaux d'usage d'alcool par sexe à 11, 13 et 16 ans en 2018/2019 en France et en Europe (%) (23)

## B. L'alcool en France

### a. Généralités

En France métropolitaine en 2017, chez les 18-75 ans :

- 87 % des répondants déclaraient avoir consommé de l'alcool au moins une fois dans l'année ;
- 27 % des interrogés consomment de l'alcool moins de 1 fois par mois ;
- 40 % au moins 1 fois par semaine ;
- 25 % 1 à 3 fois par semaine ;
- 5 % entre 4 et 6 fois par semaine ;
- 10 % déclaraient consommer de l'alcool tous les jours ;
- 5 % déclaraient consommer au moins 6 verres lors d'une même occasion, chaque semaine. (1)

On estime qu'en 2015 l'alcool est responsable de 41 000 décès d'adultes de 15 ans et plus, représentant 11 % de la mortalité chez les hommes et 4% de la mortalité chez les femmes.

L'alcool tient une place importante dans les habitudes et les coutumes françaises. En effet en 2017 selon Santé publique France, 49 % des interrogés pense qu'offrir ou boire de l'alcool « fait partie des règles de savoir-vivre » (contre 44 % en 1992).

Chez les sujets classés comme consommateurs réguliers (déclarant une consommation hebdomadaire d'alcool, une API au cours de 12 derniers mois ou une consommation de plus de 2 verres les jours de consommation) à qui l'on demande les raisons de consommation d'alcool :

- 80 % répondent boire « pour le goût », particulièrement les sujets plus âgés ;
- 56 % pensent qu'en présence d'alcool les « fêtes sont mieux réussies », particulièrement chez les sujets jeunes ;
- 34 % déclarent consommer « pour s'intégrer au groupe » ;
- 20 % pensent que l'alcool est « bon pour la santé », surtout les sujets âgés ;
- 20 % déclarent consommer dans le but de s'enivrer ;
- 12 % déclarent boire car ils n'arrivent pas à s'en passer.

Le volume d'alcool pur consommé par an n'a cessé de diminuer au cours des 50 dernières années en France : il est passé de 26 litres par habitant de plus de 15 ans en 1961 à 11,7 litres en 2017.

La moyenne des jours de consommation par an était de 98, avec 2,3 verres consommés par « journée type de consommation ». Les hommes présentaient 129 jours de consommation avec en moyenne 2,8 verres consommés, les femmes présentaient 66 jours de consommation avec en moyenne 1,8 verre.

Dans la figure 9, nous voyons que plus la fréquence de consommation est importante, plus la part représentée par les hommes est grande.

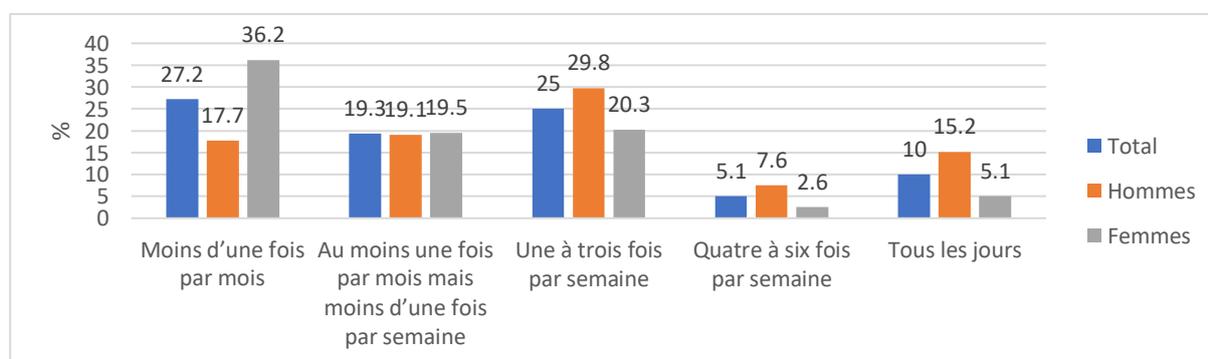


Figure 9 Fréquences de consommation en 2017 en France chez les 18-75 ans (25)

Concernant les API (figure 10) : 35,2 % des sondés en ont connu une au cours des 12 derniers mois, 16,2 % au moins 1 fois par mois, 4,6 % au moins 1 fois par semaine. La consommation d'alcool est de plus en plus masculine à mesure que la fréquence des API augmente.

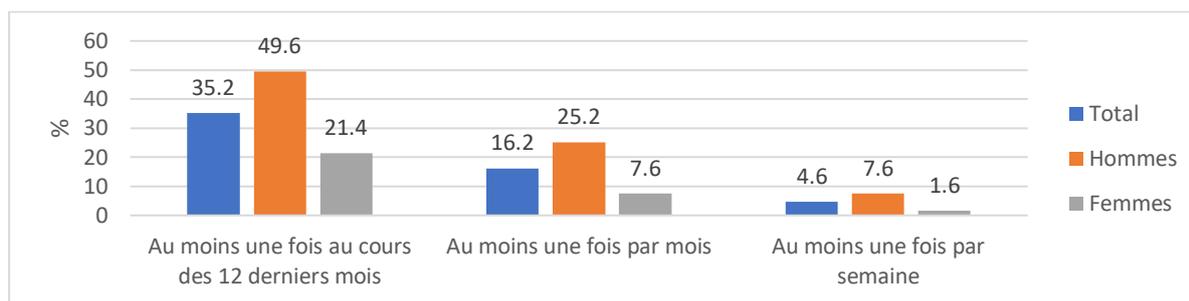


Figure 10 Fréquence des API en 2017 en France chez les 18-75 ans (25)

Concernant les ivresses (figure 11) : 63,4 % des interrogés en ont connue dans leur vie, 20,7 % au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois, 9,7 % au moins 3 fois au cours des 12 derniers mois, 4,1 % au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois. Plus la fréquence des ivresses est importante, plus la part représentée par les hommes est grande.

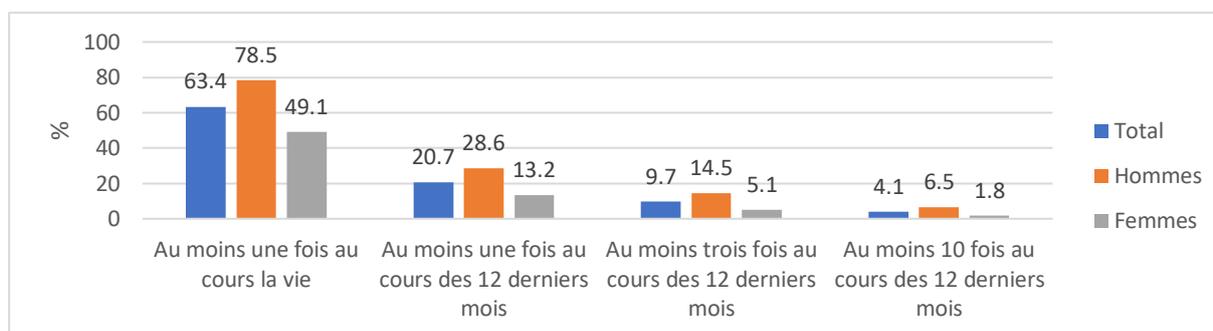


Figure 11 Fréquence des ivresses en 2017 en France chez les 18-75 ans (25)

La part des abstinents dans l'année est stable depuis une quarantaine d'années (15 %). En revanche, la part des adultes consommant de l'alcool quotidiennement est passée d'un quart en 1990 à un dixième depuis 2010. Les ivresses dans l'année semblent elles au contraire de plus en plus fréquentes, passant de 14 % en 2005 à 21 % en 2017.

Les quantités d'alcool bues ne sont pas homogènes dans la population des 18-75 ans :

- Environ la moitié (49 %) de la population ne consomme que 3 % de l'alcool total consommé ;
- Environ un tiers (35 %) de la population consomme 91 % de l'alcool total ;
- 10 % des personnes les plus consommatrices consomment 58 % de l'alcool total.

Les modalités de consommation varient aussi selon l'âge. Alors que les jeunes consommateurs consomment de l'alcool moins fréquemment mais en plus grande quantité, les personnes âgées consomment de l'alcool de manière plus fréquente mais à plus petites doses.

Ainsi, chez les 18-24 ans on dénombre 67 jours de consommation avec une moyenne de 3,3 verres consommés, alors que chez les 65-75 ans, on dénombre 152 jours de consommation avec en moyenne 1,7 verre consommé. (1,24,25)

## b. La consommation des mineurs

### i. Etude EnCLASS (2021)

Sur la figure 12, sur les 102 classes d'élèves de 3<sup>ème</sup> interrogés de manière anonyme (26) :

- Environ 64 % des élèves déclarent avoir déjà bu de l'alcool au moins une fois dans leur vie ;
- 32 % des élèves de 3<sup>ème</sup> déclarent avoir consommé de l'alcool au moins une fois dans le mois précédent l'enquête, 3 % au moins 10 fois dans le mois ;
- 18 % des élèves interrogés déclarent avoir consommé au moins une fois dans le mois un minimum de 5 verres lors d'une seule occasion.

L'expérimentation de l'alcool chez les élèves de 3<sup>ème</sup> est en baisse, la part d'entre-eux n'ayant jamais expérimenté l'alcool a doublé depuis 2010, passant de 17 % à 36 %. L'usage récent (dans le mois) de l'alcool est également en baisse depuis 2010 (53 % contre 32 % en 2021). En revanche, la part de jeunes de cet âge ayant déjà été ivre reste élevée et est similaire à celle enregistrée en 2018.

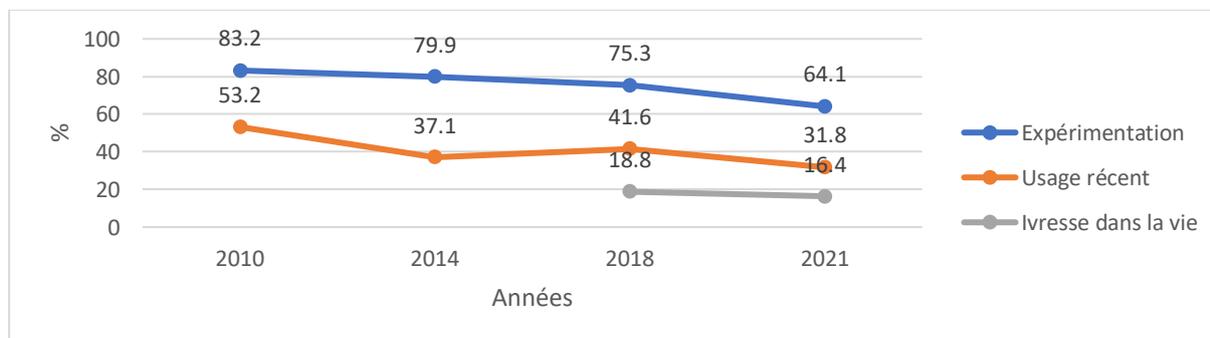


Figure 12 Évolution des usages d'alcool chez les élèves de 3<sup>ème</sup> entre 2010 et 2022 (26)

Il faut cependant prendre en compte l'impact des confinements de 2020 sur la significativité des résultats.

### ii. Étude ESCAPAD (2017)

Sur les 39 000 adolescents de 17 ans interrogés de manière anonyme lors de la Journée Défense et Citoyenneté (figure 13 et 14), environ 86 % déclarent avoir déjà bu de l'alcool au

moins une fois, 67 % dans le mois précédent l'enquête, et 8 % « régulièrement » (10 occasions dans le mois). Le sex-ratio pour l'expérimentation est de 1,02 et de 2,62 pour l'usage régulier.

Dans la figure 15, environ 44% des jeunes disent avoir connu au moins un épisode d'alcoolisation ponctuelle importante (plus de 5 verres en une occasion) dans le mois précédent l'enquête, 16% au moins 3 épisodes et 3 % au moins 10 épisodes dans le mois. Le sexratio des API est de 1,3 pour l'antécédent d'API au moins une fois dans la vie et de 4,3 pour les API régulières.

Parmi les jeunes ayant consommé au moins une fois dans le mois, près de 9 adolescents de 17 ans sur 10 ont consommé avec des amis, 3 sur 10 en présence de leurs parents. Les boissons alcoolisées les plus populaires à cet âge sont les spiritueux et les bières, suivis des prémix (mélanges soda + alcools disponibles dans le commerce), du champagne et enfin des vins.

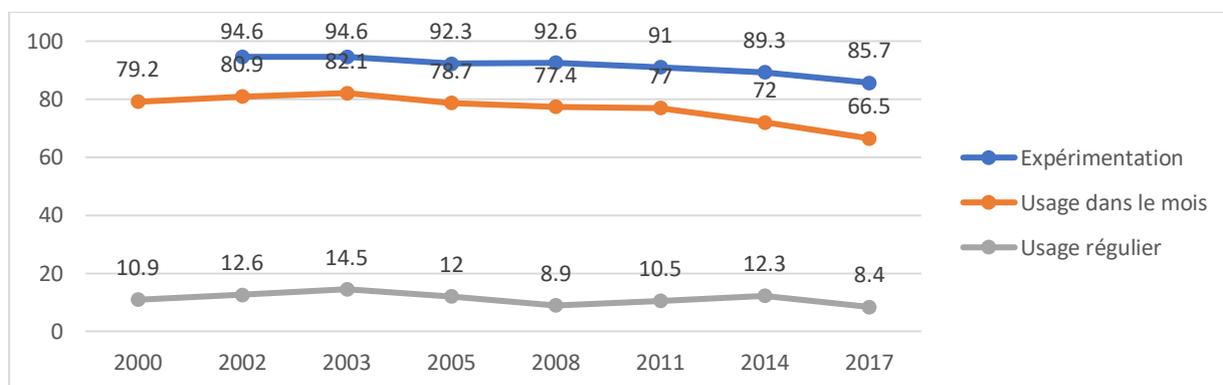


Figure 13 Évolution des usages de l'alcool chez les jeunes de 17 ans entre 2000 et 2017 (27,28)

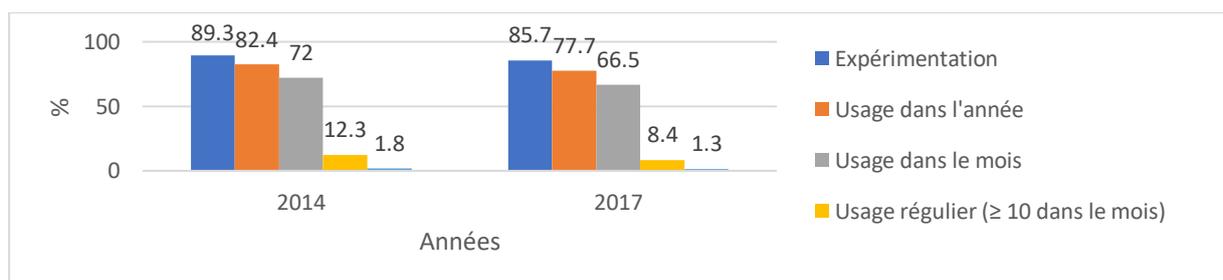


Figure 14 Évolution des usages de l'alcool chez les jeunes de 17 ans entre 2014 et 2017 (27,28)

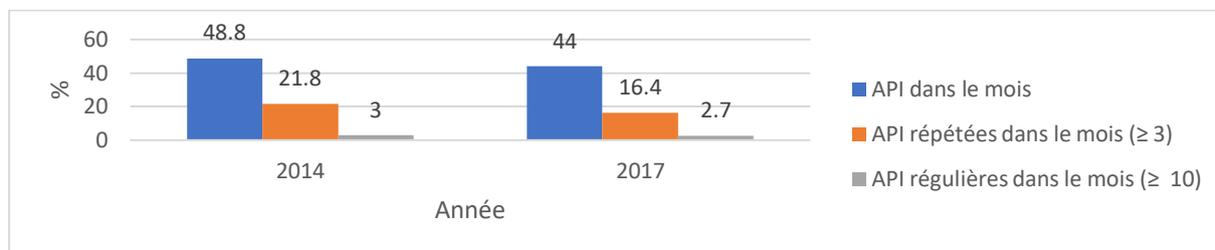


Figure 15 Évolution des fréquences d'API chez les jeunes de 17 ans (27,28)

La même étude a été réalisée plusieurs fois depuis l'année 2000. L'expérimentation de l'alcool pendant l'adolescence poursuit sa baisse, malgré des taux toujours importants. L'écart de consommation entre garçons et filles augmente avec la fréquence de consommation, aussi bien pour l'usage que pour les API. Les consommations des adolescents prennent toujours la forme d'une consommation intensive dans le but d'atteindre l'ivresse rapidement. (27,28)

### iii. Étude ARAMIS

Au cours de l'étude ARAMIS menée entre 2014 et 2017 par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) au travers de 200 entretiens en face-à-face avec des mineurs, nous apprenons que le risque d'aversion ou de déception lors de la première « vraie » initiation à l'alcool (entre pairs dans un cadre festif) est minimisé par l'utilisation de boissons sucrées tels que des cocktails ou des alcools forts mélangés à des jus de fruits ou des sodas. L'alcool fait partie intégrante des soirées, sert de catalyseur de fête et est associé à de nombreuses sensations agréables. Les risques et conséquences de la consommation d'alcool sont peu cités voire minimisés, hormis le cas du coma éthylique.

Les adolescents interrogés font part de « stratégies de régulation » pour réduire les risques : autolimitation ou limitation entre pairs (un nombre maximum de verres dans l'occasion), fractionnement des doses (des verres seulement à des moments précis), temporisation (boire lentement et par petites gorgées). (29,30)

### iv. Étude ARAMIS 2

L'étude ARAMIS s'est enrichie d'une 2<sup>ème</sup> édition, avec la réalisation de 122 entretiens entre 2020 et 2021. Il en ressort que les jeunes consomment surtout pendant les weekends ou les vacances, pour se détendre et rattraper les moments de privations vécus pendant la semaine ou la période scolaire.

L'interdiction de vente d'alcool aux mineurs n'est que très rarement respectée. Les jeunes ont souvent des stratégies d'achat ayant pour but d'optimiser le ratio « prix/cuite » en cherchant à ressentir un maximum d'effets à bas coût.

Les risques sanitaires à long terme liés à l'alcool restent largement absents du discours des jeunes interrogés. Ils se concentrent davantage sur les risques immédiats (accident domestique ou de la route, agression physique ou sexuelle) et les risques sociaux (« interaction numérique regrettable », violence)

Les repères de consommation à moindre risque sont souvent dépassés, en partie parce que les jeunes pensent pouvoir contrôler leur ivresse en fractionnant les doses dans le temps, en buvant de l'eau ou en mangeant, en prenant l'air, ou en allant se faire vomir.

Les risques sociaux et externes semblent plus forts chez les jeunes femmes : elles sont à la fois jugées par les garçons lorsqu'elles boivent « trop », mais également incitées à consommer par ces derniers.

La prévention doit adapter son discours et son mode d'action au public adolescent, marqué par l'initiation entre pairs. Il semble nécessaire de poursuivre l'information sur les conséquences sanitaires à long terme de la consommation d'alcool, aussi bien auprès des jeunes que des parents et adultes proches. À titre d'exemple, la toute première initiation à l'alcool lors d'une réunion de famille (« tremper les lèvres ») participe à la construction d'une image banalisée de l'alcool. Les données de la littérature montrent également le lien entre consommation des parents et initiation et consommation ultérieure des adolescents (31). Pour conclure il semblerait qu'un début de consommation d'alcool vers l'âge de 11-12 ans décuple le risque de développement d'une dépendance à l'alcool par rapport à une initiation vers 18 ans. (32)

### **c. La consommation chez les femmes enceintes**

Le rapport de l'enquête Elfe de 2011 (comprenant 16 000 couples mère/enfant né à partir de 33 semaines, en France métropolitaine) (20), nous montre qu'environ 67 % des femmes interrogées déclaraient respecter une abstinence totale avant ou après avoir découvert leur grossesse. 28 % des femmes ont déclaré avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse avant de se savoir enceinte, tandis que 21 % en ont consommé après.

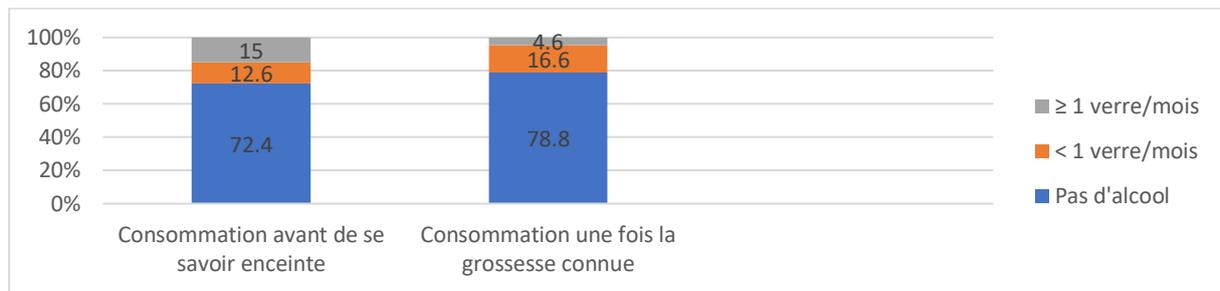


Figure 16 Consommations d'alcool déclarés chez les femmes enceintes en 2011 (20)

Parmi les femmes qui consommaient de l'alcool avant de se savoir enceintes, une fois la grossesse connue, 42 % ont arrêté d'en consommer, 20 % ont réduit leur consommation et 38 % n'ont pas modifié ou ont augmenté leur consommation. 4 % des femmes enceintes interrogées ont déclaré au moins une consommation de 3 verres ou plus en une occasion.

La proportion de femmes consommant de l'alcool durant la grossesse (avant ou après avoir découvert la grossesse), quel que soit le niveau de consommation, augmente avec l'âge, les revenus, le niveau d'étude, le statut tabagique et le fait d'avoir connu des difficultés psychologiques pendant la grossesse.

La consommation d'alcool des femmes pendant la grossesse n'est pas associée à un risque accru de prématurité. Le risque de petit poids pour un âge gestationnel donné est en revanche augmenté de 36 % chez les nouveau-nés des femmes ayant déclaré avoir bu au moins un verre d'alcool par mois.

Il faut néanmoins prendre en compte les limites de cette étude : la sous-estimation des consommations ainsi que l'exclusion des mères ayant accouché de grands prématurés. Pour conclure, une proportion importante de femmes déclare avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse. L'impact de cette consommation sur la prématurité et le petit poids de naissance est mal établi.

#### d. Les recours aux urgences et à l'hospitalisation

En France en 2011, le nombre de passage aux urgences pour intoxication éthylique aiguë (IEA) était de 100 404, soit 1% de admissions aux urgences. Les tranches d'âge les plus concernées sont les 15-24 ans et les 40-49 ans, avec un âge médian d'environ 42 ans. Les ¾ des passages aux urgences concernaient des hommes. L'intoxication éthylique constituait le diagnostic dans presque 9 cas sur 10. Un tiers des passages aux urgences pour intoxication éthylique aigüe ont été suivi d'une hospitalisation, en particulier chez les mineurs et les sujets âgés. Ce chiffre est peut-être sous-estimé car les hospitalisations en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ne sont pas systématiquement codées.

Cette étude met en lumière les populations les plus concernées : les jeunes de 15-24 ans, et les personnes de 40-49 ans. Il est nécessaire de poursuivre les actions de prévention chez les jeunes et les personnes plus âgées. (33)

Au sujet de l'évolution des conséquences sanitaires de l'alcool sur la période 2011-2016 en France : les taux de mortalité ont dans l'ensemble baissé chez les hommes comme chez les femmes. La mortalité par cirrhose du foie, par cancers des voies aérodigestives supérieures et par maladies mentales liées à l'alcool a baissé chez les hommes respectivement de 10 %, 16 % et 19 %, et chez les femmes de 15 %, 6 %, 18 %. La baisse de mortalité des cancers des voies aérodigestives supérieures chez les femmes est moindre du fait de l'augmentation du tabagisme depuis les années 1980.

En 2019, 246 000 séjours hospitaliers portaient comme diagnostic principal un diagnostic lié directement à l'alcool. Parmi eux environ :

- 37,6 % appartenaient à la catégorie « intoxication aiguë », avec ou sans complications ;
- 44 % appartenaient à la catégorie « dépendance et sevrage » comprenant les syndromes de sevrage, de dépendance, et les sevrages de très courte durée ou non ;
- 14,9 % appartenaient à la catégorie « effets à long terme de d'alcoolisation » concernant les maladies alcooliques du foie, la pancréatite d'origine alcoolique, les maladies mentales liées à l'alcool, les maladies du système nerveux et autres ;
- 3,3 % appartenaient à la catégorie « autres » comprenant essentiellement le conseil et la surveillance de l'alcoolisme et les diagnostics assimilés au syndrome d'alcoolisation fœtale.

Sur la période 2010-2019, on observe une augmentation modérée de 8,8 % des hospitalisations avec un diagnostic principal directement lié à l'alcool. À population égale, cela correspond à une augmentation de 5,2 %. Cette évolution est la résultante de l'augmentation du nombre de séjours pour « dépendance et sevrage » (principalement pour sevrage de très courte durée, de séjours pour syndrome de dépendance), pour « conseil et surveillance de l'alcoolisme » ; et d'une réduction du nombre de séjours pour « intoxication aiguë » et pour « effets à long terme de l'alcoolisation » (par diminution des séjours pour maladies alcooliques du foie).

Sur l'ensemble de la période 2010-2017, le nombre de personnes prises en charge en CSAPA avec l'alcool comme principal produit posant problème a augmenté de 7 %, ce qui est 2 fois moins important que l'augmentation de l'ensemble des branches des CSAPA (+17 %). (34)

L'alcool est l'une des premières causes d'hospitalisation en France. Les hospitalisations liées à l'alcool représentaient (en 2012) 2,2 % des séjours en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), 10,4 % des séjours en psychiatrie et 5,6 % des journées en soins de suite et réadaptation (SSR).

Comme le montre la figure 17, en 2012, environ 580 000 séjours de MCO étaient liés à l'alcool, soit une augmentation de 11,3 % par rapport à 2006. Ils sont répartis comme suit : environ 93 000 séjours pour alcoolodépendance d'une durée moyenne de presque 9 jours, 384 000 séjours pour comorbidités liées à l'alcool d'une durée moyenne de plus de 9 jours, et presque 104 000 séjours pour intoxication aiguë à l'alcool. Cela représente un total de 581 000 patients hospitalisés pour une pathologie liée à l'alcool.

À titre de comparaison, la même année, on compte environ 160 000 séjours pour stent avec ou sans infarctus du myocarde, et 130 000 séjours pour pose de prothèse de hanche.

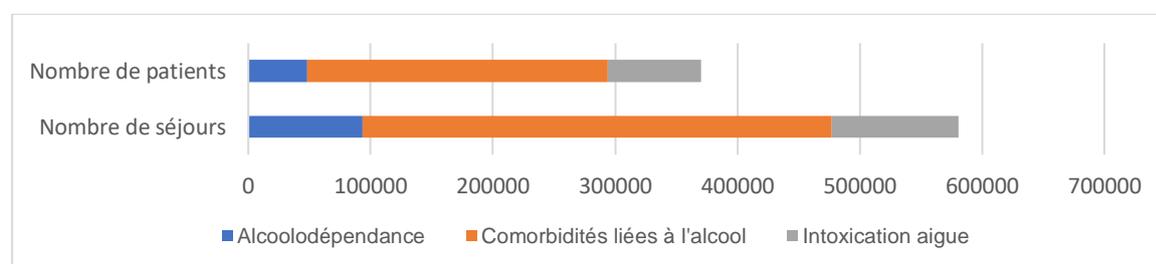


Figure 17 Séjours et patients hospitalisés pour une pathologie liée à l'alcool en France (2012) (36)

La même année, plus de 2,7 millions de journées d'hospitalisation en psychiatrie avec un diagnostic alcool (principal ou associé) ont été relevés. Cela représente une augmentation de 2,3 % par rapport à 2009. L'alcool était le motif principal d'hospitalisation dans 1,8 millions de journées (122 000 patients).

La même année, 2 millions de journées de SSR étaient en rapport avec un diagnostic principal ou associé « alcool » (+ 6,7 % par rapport à 2009), pour un total de 49 925 patients. 61,5 % d'entre eux étaient hospitalisés pour une rééducation d'une complication liée à l'alcool ou pour une autre pathologie, tandis que les 38,5 % restant étaient hospitalisés pour traitement spécifique de l'alcoolodépendance.

Les chiffres d'hospitalisation en hausse doivent cependant être considérés avec précaution, car ils peuvent témoigner d'une meilleure reconnaissance de l'alcoolodépendance et d'une amélioration de codage dans la base du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

En MCO, la grande majorité (84 %) des séjours sont dus à des intoxications aiguës ou à des complications liées à l'alcool, les 16 % restants étant consacrés au traitement de l'alcoolodépendance. À l'inverse, en psychiatrie, la majorité (68 %) des journées d'hospitalisation ont pour objet l'alcoolodépendance, tandis que les 32 % restants concernent les patients présentant une consommation d'alcool excessive mais qui sont hospitalisés pour une comorbidité psychiatrique.

On remarque que les séjours pour prise en charge des complications de l'alcoolodépendance sont 4 fois plus nombreux que ceux pour sevrage. Cela semble être le reflet d'une bonne prise en charge des complications liées à l'alcool, mais d'une insuffisance de prise en charge du comportement d'alcoolisation en lui-même. Dans une étude de JM Bostick et coll. (35), il a été démontré un important « sous-diagnostic des conduites d'alcoolisation », notamment dans les cas d'hospitalisation pour traumatismes, aboutissant à une répétition des hospitalisations.

Le coût des séjours est probablement sous-estimé, du fait de l'absence de codage de l'alcool lors des séjours où il a joué un rôle important, lors de traumatismes (par exemple lors d'un accident sur la voie publique) ou de certains cancers ; mais également du fait de l'insuffisance de cotation de l'alcoolodépendance en tant que comorbidités en psychiatrie. (36)

### **e. La perception du risque**

En 2018, 1 personne sur 4 cite spontanément l'alcool en tant que drogue qu'il connaît au moins de nom. La figure 18 nous montre que 10 % des interrogés pensent que l'alcool peut être dangereux dès l'expérimentation, 11 % à partir d'une consommation occasionnelle, 79 % à partir d'une consommation quotidienne, et 1 % des interrogés pense que l'alcool n'est jamais dangereux. 66 % des interrogés adhèrent à l'opinion que « l'alcool pose plus de problème à la société que l'usage de drogues illicites »

La part des français considérant que l'alcool est dangereux dès l'expérimentation est restée stable depuis 2008. Cependant, la part des français considérant que l'alcool est dangereux à partir d'une consommation occasionnelle a augmenté, au détriment de celle de ceux qui ne considèrent l'alcool comme dangereux qu'à partir d'une consommation quotidienne. (37)

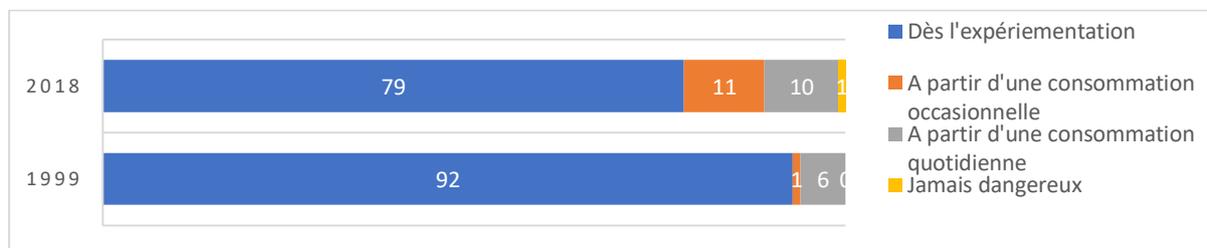


Figure 18 Évolution des seuils de dangerosité perçue de l'alcool entre 1999 et 2018 (37)

Chez les répondants, le taux d'acceptabilité du 1<sup>er</sup> verre d'alcool avant 16 ans a baissé entre 2008 et 2018 : de 20%, il est tombé à 12%. (34)

### C. L'alcool dans les Hauts-de France

La figure 19 nous montre qu'en 2017, dans les Hauts-de-France (38), la prévalence des adultes de 18 à 75 ans consommant de l'alcool de manière quotidienne est supérieure à la moyenne des autres régions métropolitaines : environ 11% dans les Hauts-de-France (3<sup>ème</sup> région après l'Occitanie et la Nouvelle-Aquitaine) versus 10 % en France métropolitaine. Cette consommation quotidienne est plus fréquente chez les hommes, les personnes plus âgées et ayant un niveau de diplôme inférieur ou égal au baccalauréat.

La prévalence des adultes ayant au moins un épisode de binge-drinking dans le mois est comparable à la moyenne en France métropolitaine. Le binge-drinking est plus fréquent chez les hommes (22 %, contre 8 % chez les femmes), les jeunes adultes, et les personnes ayant un niveau de diplôme inférieur ou égal au baccalauréat.

Dans les Hauts-de-France, la bière est plus fréquemment consommée de manière hebdomadaire, le vin l'est moins fréquemment (pas de différence pour les alcools forts).

La prévalence des adultes de 18-30 ans consommant de l'alcool de manière hebdomadaire est inférieure à la moyenne métropolitaine (23% dans la région contre 33% pour la France métropolitaine).

La part des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool dans les Hauts-de-France est supérieure à celle des autres régions (1,9 % versus 1,4 %). Ces chiffres sont probablement sous-estimés car ils proviennent seulement des services d'urgence membres du réseau Oscour<sup>®6</sup> et ne concernent que ceux ayant un lien direct avec la consommation d'alcool. Cela

<sup>6</sup> Le réseau OSCOUR<sup>®</sup> (Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences) est l'une des 4 sources du système de surveillance sanitaire des urgences et des décès SurSaUD<sup>®</sup>, et reçoit quotidiennement les données des services d'urgence de la quasi-totalité des départements français.

concerne d'avantage les hommes, surtout entre 46 et 60 ans. 63% des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool sont causés par l'intoxication éthylique aiguë, chiffre plus important que dans le reste de la France (50 %).

Les figures 20 et 21 montrent que les taux d'incidence et de mortalité des cancers associés à l'alcool (sphère bucco-pharyngée, œsophage et larynx) étaient supérieurs à ceux de la moyenne nationale quel que soit le sexe. Le taux de mortalités cumulés des différentes pathologies liées à la consommation d'alcool (cancers des voies aérodigestives supérieures, cirrhose, psychose alcoolique et alcoolisme) est supérieur à celui des autres régions. Chez l'homme il est de 77 pour 100 000 habitants dans les Haut-de-France contre 49 pour 100 000 en France dans la figure 22. Chez la femme, il est de 23 pour 100 000 habitants contre 12 pour 100 000 en France. Notre région (principalement le Pas-de-Calais et le Nord) est la plus fortement touchée.

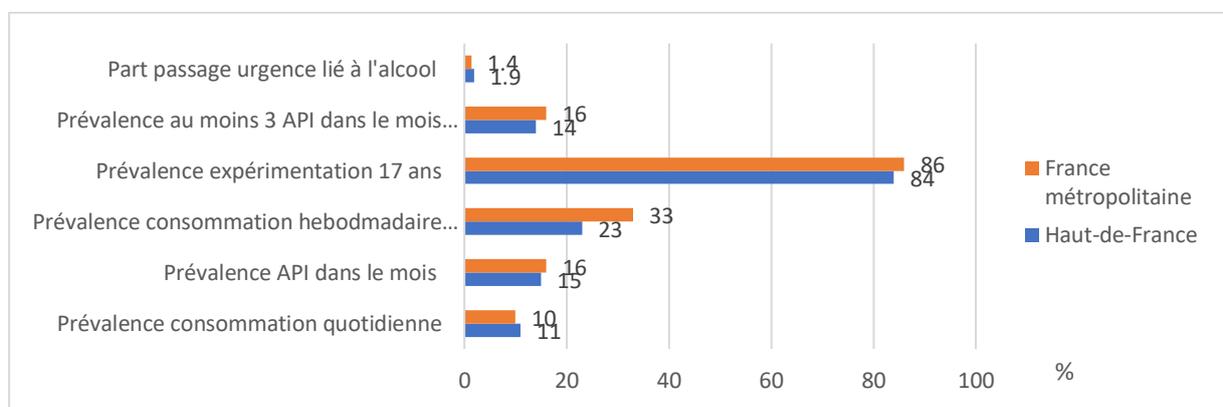


Figure 19 Prévalences de consommation et passage aux urgences (Hauts-de-France vs France métropolitaine) (38)

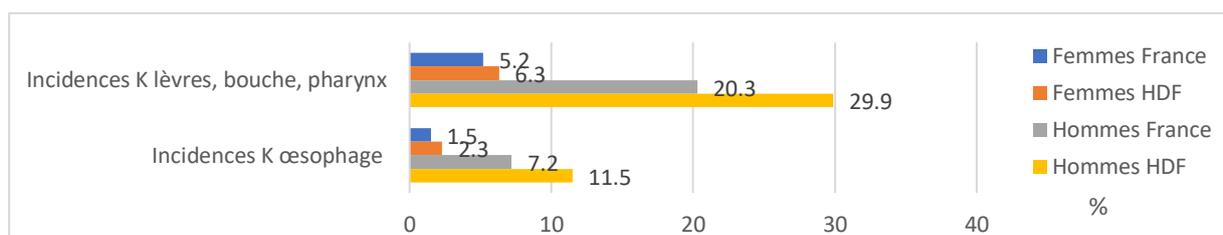


Figure 20 Incidences des cancers liés à l'alcool (Hauts-de-France vs France métropolitaine) (38)

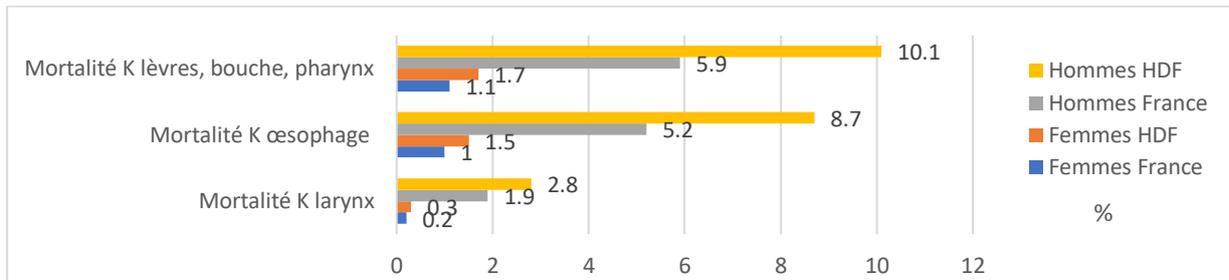


Figure 21 Mortalités des cancers liés à l'alcool (Hauts-de-France vs France métropolitaine) (38)

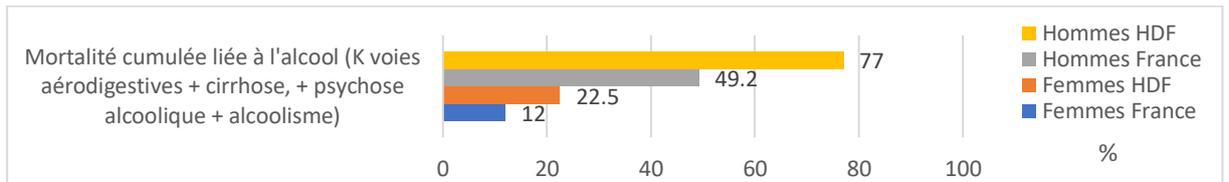


Figure 22 Mortalité cumulée liée à l'alcool (Hauts-de-France vs France métropolitaine) (38)

En résumé, la consommation dans les Hauts-de-France est plus importante que dans le reste de la France. La bière est plus consommée dans notre région que dans les autres. Les passages aux urgences, les cancers liés à l'alcool et les décès liés à l'alcool y sont plus importants.





### III. CONSEQUENCES DE LA CONSOMMATION DE L'ALCOOL

#### A. Les risques de l'alcool à l'échelle individuelle

L'alcool est entièrement responsable de plusieurs pathologies :

- Cardiomyopathie alcoolique ;
- Fibrose et cirrhose du foie, hépatite aiguë alcoolique, varices œsophagiennes ;
- Encéphalopathie de Wernicke, syndrome de Korsakoff, maladies mentales liées à l'alcool, polynévrite alcoolique ;
- Gastrite alcoolique.

Il est également une cause favorisante de nombreuses pathologies :

- Cancers de la bouche, pharynx, larynx, œsophage, côlon et rectum, foie, sein ;
- Maladies cardiovasculaires telles que l'arythmie, l'accident vasculaire cérébral (AVC) hémorragique ou ischémique, l'hypertension ;
- Pancréatites, ulcères digestifs.

Sur les 580 000 décès recensés en 2015 en France, la figure 23 montre que 41 000 décès étaient attribuables à l'alcool, soit 7,1 % des décès, avec 30 000 décès chez les hommes et 11 000 chez les femmes. La fraction attribuable de décès à l'alcool est maximale dans la tranche d'âge 35-64 ans (15 % pour les 2 sexes), et minimale chez les personnes âgées de 65 ans et plus (6 %).

Répartition du nombre de décès attribuables à l'alcool :

- Les cancers (bouche, pharynx, œsophage, colon-rectum, foie, larynx, sein) : 16 000 décès (12 400 hommes + 3 600 femmes). Ils sont la 1<sup>ère</sup> cause de décès attribuable à l'alcool chez l'homme.
- Les maladies cardiovasculaires (cardiopathie ischémique, AVC, varices œsophagiennes) : 9 900 décès (5 900 hommes + 4 000 femmes). Elles sont la 1<sup>ère</sup> cause de décès attribuable à l'alcool chez la femme.
- Les maladies digestives (maladie alcoolique du foie, fibrose et cirrhose) : 6 800 décès (5 000 hommes + 1 800 femmes) ;
- Les autres pathologies (maladies mentales dues à l'alcool, épilepsie, polynévrite alcoolique, encéphalopathie de Wernicke) : 3 040 (2 600 hommes + 440 femmes) ;
- Les causes externes de décès (accidents et suicides) : 5 400 (4 550 hommes + 850 femmes).

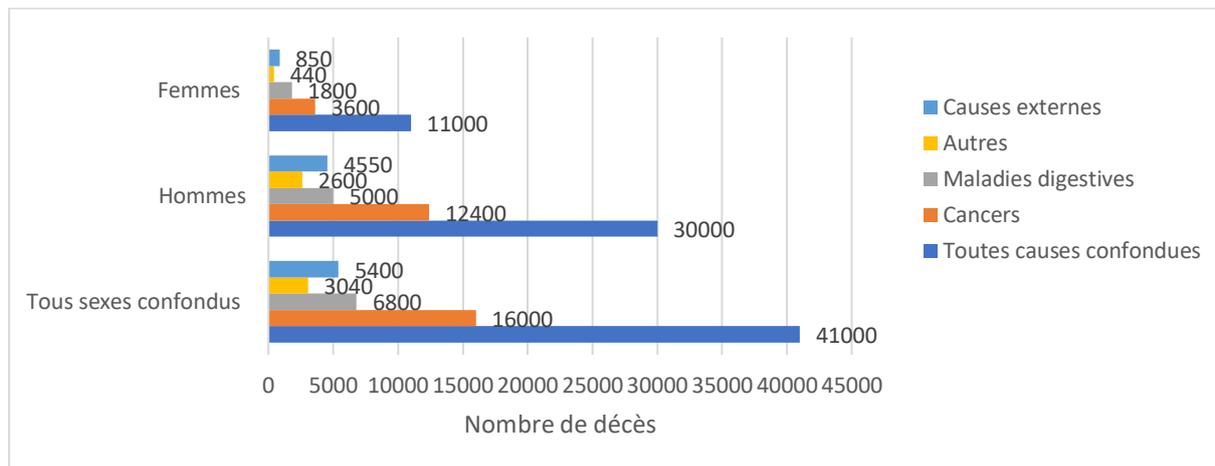


Figure 23 Répartition des décès attribuables à l'alcool en France en 2015 (41)

La part de décès liés à l'alcool augmente avec la dose, et 90 % des décès attribuables à l'alcool sont liés à des consommations équivalentes à plus de 5 verres standards par jour. Mais même pour une consommation entre 7 et 18 grammes d'alcool pur par jour, les effets nocifs sont supérieurs aux effets prétendument positifs retrouvés pour certaines pathologies (tels que la cholélithiase et le diabète de type 2).

Les grandes études récentes ne rapportent pas de bénéfice à la consommation d'une faible quantité d'alcool, en revanche l'une d'entre elle montre qu'au-delà de 10 verres d'alcool par semaine la mortalité attribuable à l'alcool devient significative, et augmente de manière exponentielle. (39,40)

La consommation d'alcool est responsable d'une part conséquente des décès avant l'âge de 65 ans. Même si la fraction de décès attribuables à l'alcool est faible - de l'ordre de 1 % - à des doses modérées (2 verres standards par jour), le risque pour la santé est bien présent. (41)

Des choix méthodologiques ont été fait dans cette source. Afin de prendre en compte la sous-déclaration des participants, et en se basant sur les statistiques de vente d'alcool, les résultats issus des 20 000 participants ont été multiplié par 2,4 (42). Il convient de rappeler que cette publication a négligé, faute de données, la possibilité qu'une consommation régulière puisse avoir des effets autres que des alcoolisations massives épisodiques (à dose moyenne égale). Les auteurs n'ont également pas pris en compte les causes de décès ayant un lien probable mais non certain avec l'alcool, tel que le cancer de la prostate, l'adénocarcinome de l'œsophage et du cardia, le cancer de la vessie. Pour conclure, il convient de rappeler que l'image de l'impact de l'alcool représentée dans cette publication ne prend pas en compte la morbidité des buveurs, des non-buveurs, des fœtus exposés, mais également toutes les conséquences socioéconomiques de ces effets.

La réduction du nombre de décès par rapport à la même étude de 2009 (49 000 décès, soit 8 000 décès en moins (42)) est attribuée selon les auteurs principalement à la réduction de la mortalité pour les causes liées à l'alcool, et plus modestement à la baisse de la consommation de l'alcool.

Un autre article publié en 2018, utilisant des données de consommation à partir d'enquêtes et de fonctions de risque différentes, attribue à l'alcool 50 000 décès en France en 2016 (43). On constate que différentes estimations de la mortalité attribuable à l'alcool en France donnent des résultats variés, avec cependant toujours un nombre élevé de décès.

### **a. Les effets à court terme**

L'alcool est consommé parce qu'il modifie notre comportement. Ses effets sur ce dernier sont corrélés au taux d'alcoolémie, selon un gradient de gravité.

#### **i. À doses faibles**

À faible dose, l'alcool semble agir de manière plutôt spécifique sur les récepteurs membranaires GABA-A.

Il entraîne une sensation de relaxation, de bien-être, d'euphorie et parfois d'excitation ou d'exaltation, qui peuvent se traduire par une désinhibition, une loquacité, une augmentation de la sociabilité. Cet effet désinhibiteur augmente le risque de relation sexuelle non protégée ou non consentie, de violence verbale et physique, d'accidents domestiques et de la route.

Il provoque également une réduction des réflexes, du champ visuel, et entraîne une augmentation du temps de réaction et de la prise de risque. (8,32,44)

#### **ii. Aux doses plus élevées**

Les critères de diagnostic d'une intoxication par l'alcool selon le DSM-V sont :

- Ingestion récente d'alcool ;
- Développement pendant ou peu après l'ingestion d'alcool de changements comportementaux ou psychologiques problématiques cliniquement significatifs (comportement sexuel inapproprié, comportement agressif, labilité de l'humeur, altération des facultés de jugement) ;

- Développement d'au moins 1 de ces signes pendant ou peu après la consommation d'alcool : troubles du langage, incoordination motrice, démarche ébrieuse, nystagmus, altération de l'attention ou de la mémoire, stupeur ou coma ;
- Les symptômes décrits ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple : acidocétose diabétique, intoxication aux BZD). (9)

À des doses plus élevées, l'alcool entraîne ainsi :

- Une altération des facultés de jugement, de la vigilance et une somnolence,
- Une altération de la coordination musculaire et de l'équilibre, des troubles de l'élocution ;
- Des troubles visuels ;
- Des nausées et vomissements ;
- Des pertes de mémoire à court terme ;
- Une déprime de l'humeur et un comportement en retrait, surtout en fin d'alcoolisation ;
- De l'incontinence ;
- Une vasodilatation pouvant provoquer une hypothermie, une hypotension, un risque d'arythmie ainsi qu'une tachycardie réactionnelle ;
- Une hypoglycémie ;
- Une incontinence ;
- Un engourdissement physique et psychique.
- Un coma éthylique pouvant entraîner une dépression cardiorespiratoire, et la mort faute de soins. (8,44)

La consommation élevée d'alcool aggrave le pronostic des patients traumatisés (45). Elle augmente également le risque de passage à l'acte suicidaire en cas d'intoxication sévère. (9)

## **b. Les effets à moyen et long terme**

La consommation d'alcool a de nombreuses répercussions négatives sur l'organisme. Elles peuvent être la conséquence de la toxicité directe de l'alcool sur les tissus ou la conséquence des perturbations du métabolisme énergétique, des macronutriments et des micronutriments. On observera dans un premier temps la survenue d'un syndrome métabolique, puis si la situation se détériore, des déficits nutritionnels.

Même à de faibles niveaux de consommation, l'alcool augmente la survenue de nombreuses pathologies chroniques : 7 cancers (du sein, du foie, de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du colon-rectum), maladies cardiovasculaires (AVC hémorragique, hypertension), maladies hépatiques et pancréatiques, maladies mentales, dénutrition. (1)

La consommation d'alcool a également un impact sur de nombreux paramètres tels que l'obésité abdominale, l'augmentation de la pression artérielle, l'augmentation de la triglycémie, qui sont des indicateurs du syndrome métabolique. (46)

Les formes les plus graves de troubles de l'usage de l'alcool multiplient le risque individuel de mortalité par 3 voire 4. (8)

#### i. L'altération de l'état nutritionnel

Le retentissement de la consommation chronique d'alcool sur le bilan énergétique est variable en fonction de la quantité d'alcool ingérée.

À des doses relativement « faibles », l'alcool favorise la prise de poids. Cela est dû à son pouvoir calorique élevé (7 kcal / gramme d'alcool pur), à la tendance chez les consommateurs d'alcool des pays industrialisés à des prises alimentaires plus importantes, et de l'effet de la consommation d'alcool sur la composante plaisir de l'alimentation.

À des doses plus élevées, l'alcool est responsable de malnutrition. Elle se traduit cliniquement par une perte de poids, une diminution de la masse musculaire et des œdèmes.

La malnutrition peut être primaire, l'alcool devenant la principale source d'énergie du patient. Le métabolisme énergétique est perturbé et l'on observe une fonte musculaire par déficit d'apport en protéines accompagnée d'un déficit en vitamines et minéraux.

Elle peut également être secondaire à une malabsorption et une mauvaise digestion des aliments, causée par une atteinte de l'épithélium intestinal modifiant l'absorption des nutriments, d'une atteinte hépatique responsable d'une modification du cycle de production des sels biliaires impliqués dans le métabolisme des nutriments, et d'une atteinte pancréatique responsable d'une malabsorption des graisses avec stéatorrhée.

Des carences vitaminiques sont fréquentes chez les sujets ayant une consommation chronique d'alcool. Elles concernent principalement les vitamines du groupe B, et plus tardivement les vitamines liposolubles. Elles sont causées par un déficit d'apport, un déficit d'absorption intestinale et une altération du métabolisme hépatique.

La carence la plus fréquente est celle en vitamine B1 (thiamine), qui pourra entraîner la survenue d'un syndrome de Wernicke-Korsakoff.

Une carence en vitamine B6 est observée chez 50 % des consommateurs excessifs et participe à la pathogénie hépatique. L'alcool interfère aussi avec le métabolisme de la vitamine B9 (acide folique), responsable d'une anémie macrocytaire. Ce risque est d'autant plus important que l'alcool a une action toxique sur le développement des cellules hématopoïétiques. La consommation d'alcool chronique peut également être associée à une carence en vitamine B12. Les carences en vitamines B sont d'autant plus délétères que ces dernières jouent un rôle important dans la production de glutathion comme moyen principal de défense contre les lésions oxydatives du foie.

Les carences en vitamines liposolubles A, D, E, K apparaissent plus tardivement. Elles sont favorisées par la pancréatite chronique ou l'atteinte hépatique. Le suivi biologique régulier est nécessaire avant toute supplémentation.

La consommation chronique d'alcool peut également être responsable de perturbations du bilan oligo-élémentaire. On pourra observer un déficit en calcium, en magnésium, en sélénium, en zinc, et parfois en cuivre. Une surcharge en fer est possible en cas d'alcoolodépendance, résultant de l'inhibition de la synthèse d'hepcidine chargée d'inhiber l'absorption intestinale du fer. Elle pourra être masquée en cas de pertes sanguines gastro-intestinales.

La consommation chronique d'alcool peut également être responsable d'un diabète secondaire, d'une hypertriglycéridémie ainsi que d'une hyperuricémie. L'hyperuricémie est causée par une diminution de l'excrétion rénale des urates. Le risque de crise de goutte est ainsi présent dès 1 à 2 verres d'alcool par jour, et est corrélé à la quantité d'alcool ingérée. (8,47,48)

## ii. Les atteintes cardiovasculaires

La consommation excessive d'alcool à long terme peut déclencher la survenue de nombreuses maladies cardiovasculaires.

La toxicité directe de l'alcool sur le myocarde peut entraîner une cardiomyopathie alcoolique (affection du muscle cardiaque). Le muscle cardiaque ainsi que les muscles squelettiques sont affectés par l'alcool de manière dose-dépendante. (44,45,49)

Le risque d'arythmie atriale est augmenté proportionnellement au nombre de verres consommés par jour. Il est ainsi déjà augmenté de 10 % dès 1 verre d'alcool par jour. Il augmente aussi bien chez les consommateurs réguliers que chez ceux qui pratiquent le binge-drinking. (50)

L'impact de la consommation d'alcool diffère selon le type d'AVC et le mode de consommation. Une consommation « forte » d'alcool (plus de 3 verres par jour) augmente significativement le risque d'AVC. En revanche une consommation « modérée » (moins de 3 verres par jour) aurait un impact systématiquement négatif sur le risque d'AVC hémorragique, et semblerait avoir un effet protecteur sur l'AVC ischémique. (51)

La consommation régulière d'alcool est une des causes les plus fréquentes d'hypertension, surtout quand elle est liée à la consommation de tabac et à l'obésité. L'effet de l'alcool sur la pression artérielle est dose-dépendant, mais le risque d'hypertension artérielle augmente différemment selon le sexe : toute consommation d'alcool chez l'homme est associée à une augmentation du risque d'hypertension artérielle, alors que chez la femme ce risque est augmenté seulement pour une consommation supérieure à 30 grammes d'alcool par jour

Les effets de la consommation d'alcool sur le système cardiovasculaire semblent plutôt délétères. La plupart des auteurs reconnaissent que l'abstinence, ou au moins la consommation « modérée », est préférable pour réduire la morbi-mortalité cardiovasculaire liée à l'alcool. (8)

### iii. Les atteintes hépatiques

Plusieurs stades d'atteintes du foie sont attribuables à l'alcool, tels que la stéatose, la cirrhose et l'hépatite alcoolique. (32)

Le 1<sup>er</sup> stade de réponse du foie face à une consommation d'alcool excessive chronique est la stéatose (ou stéatohépatite alcoolique). Le volume du foie va également augmenter : on parle d'hépatomégalie. C'est une affection réversible caractérisée par une accumulation de lipides dans les hépatocytes, provoquée à la fois par l'inhibition des enzymes d'oxydation des acides gras par l'alcool et l'inhibition de l'export des acides gras hors de la cellule par l'acétaldéhyde. Ce phénomène touche 90 % des consommateurs de plus de 6 verres par jour. Il est réversible en 6 à 8 semaines après l'arrêt des consommations. (47)

Si cette consommation excessive continue, cela peut évoluer en fibrose hépatique. Causée par la toxicité de l'acétaldéhyde, elle est également réversible. Elle résulte d'une cicatrisation excessive par augmentation de dépôt de collagène de type I et type III.

Ce dépôt perturbe l'architecture hépatique et peut provoquer l'apparition d'une hypertension portale. L'augmentation de la pression sanguine dans la veine porte peut entraîner une dilatation des veines abdominales, l'accumulation de liquide d'ascite dans l'abdomen avec un risque d'infection, et de développement de varices œsophagiennes potentiellement mortelles. (52)

Cette consommation d'alcool peut également entraîner une dysbiose entérique caractérisée par la présence excessive d'endotoxines bactériennes dans la circulation sanguine, ce qui induit une réponse inflammatoire du foie et contribue à l'installation de l'hépatite alcoolique.

Le stade suivant de l'atteinte hépatique est la cirrhose alcoolique. Elle mène à une perte de cellules hépatiques et à une cicatrisation irréversible (formation de nodules cicatriciels non fonctionnels). Elle touche 10 à 20 % des consommateurs de plus de 6 verres par jour et se manifeste par des signes d'insuffisance hépatocellulaire accompagnée d'une hypertension portale. Les complications possibles sont l'encéphalopathie hépatique et le cancer du foie.

L'encéphalopathie hépatique est provoquée par le défaut d'élimination de certains déchets comme l'ammoniac. Ces déchets peuvent contourner le foie, se retrouver dans la circulation générale et s'accumuler au niveau du cerveau et être responsable d'une neurotoxicité. Elle peut être épisode, récidivante ou persistante, de bas grade ou de haut grade. Les symptômes peuvent aller du ralentissement idéo-moteur au coma avec décès. (53,54)

La cirrhose du foie est le principal facteur de risque du carcinome hépatocellulaire en cas de poursuite des consommations, le pronostic est alors sombre. (47)

Le risque de cirrhose est significativement augmenté à partir d'une consommation de 2 à 3 verres d'alcool par jour chez les femmes et 3 à 4 verres chez les hommes. La mortalité par cirrhose est quant à elle augmentée de manière significative pour toute consommation d'alcool chez les femmes, et à partir de 1 à 2 verres d'alcool par jour pour les hommes. (44)

L'hépatite alcoolique aiguë est quant à elle un mode de décompensation se manifestant par l'apparition d'un ictère, associé à un risque important de décès (jusqu'à 50 % dans les cas graves). Le traitement repose généralement sur la prescription de corticoïdes, l'arrêt des consommations, et chez les patients non répondeurs, la transplantation hépatique. (8,45,55)

#### iv. Les atteintes pancréatiques

La consommation excessive d'alcool est un facteur de risque de déclenchement de pancréatites aiguës et chroniques. De plus, l'hypertriglycéridémie fréquente chez les consommateurs excessifs est un facteur de risque de pancréatite.

La pancréatite aiguës est dans la grande majorité des cas bénigne et évolue spontanément de manière favorable. Dans 20 à 30 % des cas, elle peut s'accompagner de nécrose et de défaillances multiviscérales.

La pancréatite chronique va aboutir après de nombreuses années à une insuffisance pancréatique exocrine caractérisée par une stéatorrhée, qui pourra s'accompagner d'une insuffisance pancréatique endocrine par destruction des cellules des îlots de Langerhans et d'un diabète insulino-dépendant.

Il existe une corrélation entre l'augmentation du niveau de consommation d'alcool est la survenue de pancréatites aiguës et chroniques. La relation est linéaire pour la pancréatite chronique chez la femme et l'homme, alors que pour la pancréatite aiguë elle ne semble l'être que chez l'homme. Dans tous les cas, le risque de pancréatite est significativement augmenté à partir de 4 verres d'alcool quotidiens. (8,45,56)

#### v. Les troubles glycémiques

Les méta-analyses récentes ne réussissent pas à établir un consensus sur l'effet soi-disant protecteur de la consommation « modérée » d'alcool sur le développement du diabète de type 2.

En revanche il est clair que du fait de sa toxicité pancréatique et du risque de pancréatite, la consommation excessive d'alcool peut entraîner une diminution de la production d'insuline et des difficultés de régulation de la glycémie. L'effet toxique sur le foie peut également favoriser les hyperglycémies postprandiales. Aussi, en étant une source non négligeable de calories, il est important de prendre en compte le rôle du contrôle du poids chez les patients ayant un diabète de type 1.

La consommation d'alcool est à risque chez les sujets diabétiques traités par insuline ou par traitement hypoglycémiant, parce qu'il existe un risque de confusion entre les symptômes d'une hypoglycémie et les effets de l'alcool, de plus l'alcool augmente le risque d'hypoglycémie réactionnelle. Il est important pour ces patients de limiter la consommation d'alcool, et si nécessaire de l'associer à une prise alimentaire. (46,48)

## vi. Les atteintes neurologiques

### Un. La polynévrite alcoolique

La polynévrite alcoolique est la complication neurologique la plus fréquente de la consommation chronique d'alcool. Elle est la conséquence de carence en thiamine et de la toxicité directe de l'alcool sur les nerfs.

Elle sera caractérisée par une atteinte motrice, sensitive et végétative. Les principaux symptômes sont l'apparition de paresthésies, de crampes des membres inférieurs, d'une faiblesse musculaire et d'une diminution de la sensibilité des membres inférieurs. Cette affection peut évoluer vers le déclenchement de douleurs à type de brûlures et des troubles trophiques. (45)

### Deux. Le syndrome de Wernicke-Korsakoff

Ce syndrome est une complication redoutée de la carence en thiamine et se décompose en 2 phases.

L'encéphalopathie de Wernicke est un trouble neurologique aigu pouvant être mortel. Les principaux symptômes sont des troubles oculomoteurs avec nystagmus, des troubles confusionnels et de la concentration ainsi que des troubles de l'équilibre et de la marche. La neurotoxicité s'explique par le rôle de la thiamine comme cofacteur de plusieurs enzymes permettant le métabolisme du pyruvate (issu du glucose) en adénosine-triphosphate (ATP), en myéline, en neurotransmetteurs (acétylcholine, GABA, glutamate). Elle est cofacteur d'enzymes de la voie des pentose-phosphates impliquée dans la synthèse des acides nucléiques, d'acides gras, de sucres complexes et la régénération du NADPH impliqué dans la lutte contre le stress oxydatif. (57)

La psychose de Korsakoff qui est une affection chronique caractérisée par des troubles du comportement, de l'humeur et de la mémoire, les sujets présentant des difficultés à se souvenir d'anciennes informations et à en acquérir de nouvelles. La majorité des personnes atteinte de l'encéphalopathie de Wernicke développeront une psychose de Korsakoff. (8,45)

## vii. Les cancers

Rien qu'en France, près de 10 millions de personnes majeures dépassent les repères de consommation à moindre risque établis par l'Institut nationale du cancer (INCa) et Santé publique France. (58)

Depuis 1988, l'éthanol est classé comme cancérigène avéré (groupe 1) par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC). Le risque d'apparition de certains cancers augmente dès le 1<sup>er</sup> verre d'alcool consommé quotidiennement, qu'importe le type d'alcool. (44)

L'alcool est ainsi identifié, en 2019, comme le 2<sup>ème</sup> facteur de risque de cancer en France, derrière le tabac. Il est un facteur de risque avéré pour les cancers des voies aérodigestives, du colon-rectum, du foie et du sein.

Il est cancérigène de manière directe, car son métabolite acétaldéhyde inhibe les mécanismes de réparation de l'ADN ; et de manière indirecte, en servant de solvant à d'autres substances cancérigènes et en perturbant des voies de signalisation cellulaires.

Notons que les effets carcinogènes de l'alcool et du tabac se synergisent entre eux. (59)

En 2015, 28 000 nouveaux cas de cancers étaient attribuables à la consommation d'alcool, ce qui représente 8 % des nouveaux cas de cancers. À titre de comparaison, 2 % des nouveaux cas de cancers sont attribuables à l'obésité.

La figure 24 montre la répartition des cas de cancers attribuables à l'alcool (sur les 28 000 nouveaux cas) :

- Cancer du sein : 8 081 ;
- Cancer colorectal : 6 654 ;
- Cancer de la cavité buccale et du pharynx : 5 675 ;
- Cancer du foie : 4 355 ;
- Cancer de l'œsophage : 1 807 ;
- Cancer du larynx : 1 284. (60)

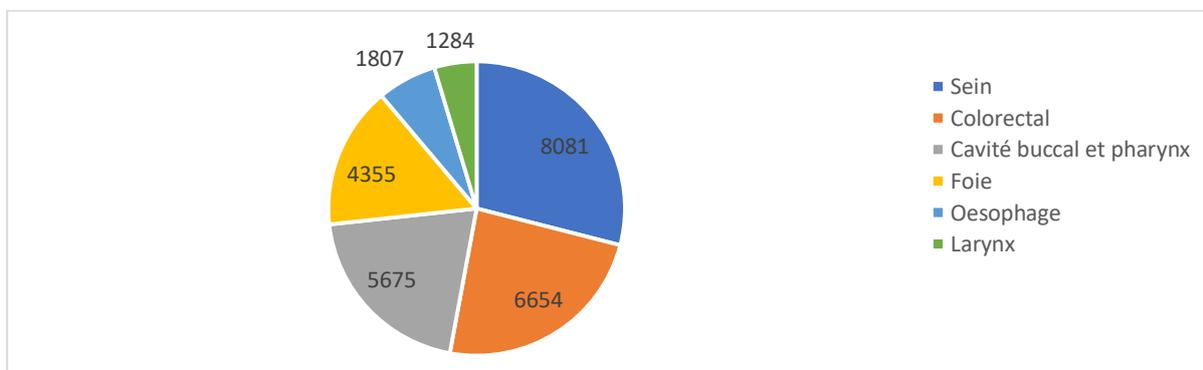


Figure 24 Répartition des 29 000 nouveaux cas de cancers attribuables à l'alcool en France en 2015 (60)

Il a été démontré que toute consommation d'alcool augmente le risque de cancer, et ce dès la consommation moyenne d'un verre par jour. Le risque augmente de manière proportionnelle à la quantité consommée. L'étude Million Women Study portant sur 28 000 femmes atteintes d'un cancer du sein suggère que chaque verre d'alcool consommé par jour augmenterait le risque de cancer du sein de 12 %. (32)

#### viii. Les effets psychiques et comportementaux

Les troubles de l'usage de l'alcool induisent des comorbidités psychiatriques : troubles de l'humeur et de l'anxiété, des troubles de la personnalité, et induisent favorisent le développement d'autres addictions.

##### Un. Les troubles cognitifs

Près d'un patient alcoolodépendant sur deux présente des troubles cognitifs liés à cette consommation. Cela peut être des troubles des fonctions exécutives (dans la planification d'action ou la résolution de problèmes), des troubles de la mémoire, de l'apprentissage, des troubles des capacités visuoconstructives (s'orienter dans l'espace) ou des troubles de la régulation des comportements sociaux. (8)

##### Deux. Les troubles du sommeil et anxio-dépressifs

L'alcool est à l'origine de troubles anxiodépressifs et du sommeil. Les  $\frac{3}{4}$  des patients abusant de l'alcool présentent ou présenteront des symptômes dépressifs, réversibles à l'arrêt de cette consommation. La consommation chronique est associée à une augmentation de l'anxiété et peut aggraver les signes d'anxiété généralisée, de phobie sociale ou d'agoraphobie.

Elle augmente également la survenue de comportements à risques, ainsi que le risque de passage à l'acte suicidaire chez les personnes présentant un trouble de la personnalité borderline.

Enfin, l'action de l'alcool sur le sommeil se manifeste par des réveils plus fréquents ainsi qu'une sensation de fatigue au réveil. (47)

### Trois. Les démences

La démence liée à l'alcool survient dans près de 1% des démences à début précoce et à début tardif. Elle est difficile à reconnaître car sa physiopathologie est semblable aux autres types de démence (détérioration progressive des capacités cognitives). En effet il est difficile de démêler l'effet neurotoxiques de l'alcool de l'effet des autres comorbidités. (61)

À partir d'une consommation journalière de 6 verres ou plus chez les hommes, et de 4 verres ou plus chez la femme, le risque de développer la maladie d'Alzheimer est multiplié par 2, le risque de développement d'une démence tous types confondus est multiplié par 3 (incluant les démences précoces attribuables directement à l'alcool tel que le syndrome de Korsakoff, les démences vasculaires et les démences neurodégénératives). Cela s'expliquerait par l'augmentation des dommages structurels et fonctionnels dans le cerveau. Et même si les mécanismes ne sont pas encore bien connus, les troubles liés à la consommation excessive d'alcool sont associés de manière significative à tous les autres facteurs de risques de démence. Cela fait de la consommation excessive d'alcool un facteur de risque modifiable majeur de démence. (62,63)

### **c. Le cas de la grossesse**

Toute consommation d'alcool pendant la grossesse a des conséquences néfastes sur la mère et le fœtus. Il n'a jamais mis en évidence un seuil de consommation d'alcool en dessous duquel les risques pour le fœtus sont nuls. (1)

#### **i. Prématurité et petit poids de naissance**

Le petit poids de naissance est un facteur de risque pour la santé du nouveau-né et de survenue des maladies non transmissibles et chroniques à l'âge adulte. (64,65)

Les données concernant le lien entre consommation d'alcool et prématurité ou petit poids de naissance sont variables. L'étude Française Elfe ne retrouve pas d'association entre consommation d'alcool de la mère et naissance prématurée. Elle confirme cependant que le risque de petit poids de naissance est accru à partir d'un verre d'alcool consommé par mois. Une revue systématique de 2017 démontre que le risque de prématurité couplé à un petit poids est plus élevé chez les nouveau-nés de mères buvant de l'alcool chaque semaine, contrairement au risque de prématurité seul. (66)

Les données issues des différentes études ne permettent pas de trancher sur l'existence d'un lien entre consommation d'alcool et prématurité / petit poids de naissance. Peut-être que la modification de ces paramètres dépend de la fréquence, des quantités et de la période de consommation. Le principe de précaution « zéro alcool » est recommandé au vu du risque encouru et des suspicions de l'impact de l'alcool sur ces paramètres. (20)

## ii. ETCAF et SAF

L'éthanol traverse facilement la barrière fœto-placentaire, et le système d'élimination de l'alcool étant peu développé chez le fœtus, l'alcool se retrouve à des concentrations supérieures à celles retrouvées chez la mère.

Les handicaps associés à une forte consommation d'alcool pendant la grossesse forment un spectre de troubles placés sur un continuum de gravité : on parle de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), qui comprend le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), le SAF partiel, les troubles neurodéveloppementaux liés à l'alcool et les anomalies congénitales liées à l'alcool. Les conséquences de la consommation d'alcool pendant la grossesse dépendent de la quantité d'alcool consommée et du mode de consommation. (67)

Cliniquement, cela peut se caractériser par :

- Un retard de croissance ;
- Des malformations faciales et du crâne avec entre-autres des fissures palpébrales courtes, philtrum lisse, fine bordure de la lèvre supérieure, un nez court ;
- Des atteintes d'organes : dysplasie cardiaque, squelettique, rénale, oculaire, auditive ;
- Des déficits cognitifs et/ou comportementaux.

La prévalence mondiale de l'ETCAF est de l'ordre de 0,8%, avec de grandes disparités selon les régions du monde : de 0,1% en région méditerranéenne orientale jusqu'à 11% en Afrique du Sud. La prévalence du SAF dans les pays occidentaux est quant à elle de l'ordre de 0,05 à 0,3 %. (44,68)

La consommation d'alcool pendant la grossesse est la 1<sup>ère</sup> cause de handicap mental non génétique et d'inadaptation sociale de l'enfant en France (44,69). Entre 2006 et 2013 en France, plus de 3200 nouveau-nés ont présenté au moins une conséquence liée à l'alcoolisation fœtale, dont 452 d'entre eux présentant un syndrome d'alcoolisation fœtal. Ces chiffres sont probablement sous-estimés. (8,32)

#### **d. Le « french paradox »**

Il y a plusieurs dizaines d'années, des études concluaient que la mortalité des personnes consommant de l'alcool à « petites doses » (entre 0 et 30 grammes d'alcool par jour) était inférieure à celles ne consommant pas d'alcool du tout. La mortalité des personnes selon le niveau de consommation d'alcool prendrait donc la forme d'une courbe en J. L'alcool, particulièrement le vin rouge, consommé en deçà d'un certain seuil, diminuerait le risque d'apparition de certaines maladies (maladies cardiovasculaires, démence, cancer du poumon), en partie grâce à la présence de tanins dans le vin.

Cette courbe en J a été de nombreuses fois critiquées. Une étude récente parue dans *The Lancet* a conclu que les effets néfastes de l'alcool compensent dans tous les cas les effets protecteurs pouvant être attribués à un faible niveau de consommation. (43)

Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), après ajustement des biais, on ne retrouve aucune diminution significative du risque de mortalité chez les buveurs à faible niveau. Le fait d'inclure les anciens buveurs dans le groupe de référence des « abstinents » semble biaiser les estimations du risque lié à la consommation d'alcool en les tirant vers le bas et en exagérant la survenue d'un effet bénéfique pour la santé d'une consommation d'alcool à un faible niveau (mais non nul). Cela s'explique probablement par le fait que les personnes qui ont cessé de boire pour des raisons de santé ont une espérance de vie plus courte. (8)

Dans tous les modèles de l'étude, les buveurs occasionnels présentent des risques de mortalités semblables à ceux des buveurs à un faible niveau. En considérant les buveurs occasionnels comme groupe de référence (plutôt que les abstinents), il n'y aurait aucune preuve d'effets protecteurs pour les buveurs à faible niveau (ou toute autre catégorie de buveur). Conformément à l'avis de nombreux spécialistes, il convient de rester méfiant ce qui concerne les preuves d'un bénéfice à la consommation d'alcool à faible niveau. (70)

Nous pouvons en conclure que l'effet bénéfique lié à une consommation d'alcool à un faible niveau est douteux, et semble plutôt lié à des problèmes de méthodologies des études ayant démontré cet effet, ainsi qu'à de possibles facteurs de confusions avec le régime méditerranéen. Même en considérant que cet effet est réel, il semble que le déficit de mortalité qui serait attribuable à l'alcool (en admettant ses effets protecteurs) est plus de 200 fois inférieur à la mortalité attribuable à l'alcool (39).

Malgré la suspicion de cet effet bénéfique, le message doit rester clair, la consommation d'alcool comporte des risques à moyen et long terme pour la santé. (1)

## **B. Les risques de l'alcool à l'échelle collective**

Dans une étude de 2012, l'alcool a été identifié comme une des toutes premières causes d'hospitalisation. (39). Chaque année, il représente 3,6% des dépenses hospitalières, soit 2,6 milliards d'euros de dépense par an.

L'augmentation du risque de décès ou de blessure ne concerne pas uniquement les personnes consommant de l'alcool, mais également toutes les autres personnes impliquées. Le binge-drinking est associé aux violences et blessures liées à l'alcool, telles que la violence entre partenaires / amis, des accidents domestiques, des accidents de la route. (7)

### **a. Les accidents de la route**

Selon le Ministère de l'Intérieur, la consommation d'alcool est la cause de 30% des accidents mortels de la route. (71)

Les effets de l'alcool commencent dès le 1er verre : diminution de la vigilance, des réflexes, mauvaise coordination des mouvements, mauvaise estimation des distances, altération de la vision. L'effet désinhibiteur de l'alcool peut avoir comme conséquence une sous-évaluation du danger. Quel que soit le taux d'alcoolémie, le risque d'être responsable d'un accident de la circulation mortel en cas de consommation d'alcool est multiplié par 8. Ce risque est proportionnel au taux d'alcoolémie : il est multiplié par 6 avec une alcoolémie entre 0,5 et 0,8 g/L et par 40 avec une alcoolémie supérieure à 2 g/L. (44)

### **b. L'implication de l'alcool dans les dommages au tiers**

Les dommages subis par une personne autre que les buveurs concernent les conséquences de la conduite en état d'ivresse, du syndrome d'alcoolisation fœtale, mais également tout un ensemble de dommages physiques, psychologiques, En effet elle est responsable de blessures, de chutes, de coma éthylique, de tentatives de suicides, de violence envers d'autres personnes et de rapports sexuels à risque. (16,72)

Dans la période 2000-2019 en France, le nombre d'accidents mortels avec alcoolémie illégale (alcoolémie supérieure à 0,5g/l) a globalement baissé de 1 340 à 730 / an, tandis que le nombre d'accidents mortels avec alcoolémie connue a été divisé par 2 (passant de 4 400 à 2 300 / an).

Le nombre de condamnations pour conduite en état alcoolique était de 112 000 en 2018, chiffre stable depuis 2016 après une baisse continue d'environ 28 % depuis 2007.

Après avoir diminué à partir de 2000 jusque 2014, le nombre de condamnation pour blessure involontaire provoquée par une conduite en état alcoolique semble être à la hausse avec 1 800 condamnations en 2018.

Le nombre de condamnation pour homicide involontaire en état alcoolique a baissé de 68 % en 18 ans (399 en 2000 contre 129 en 2018)

Le nombre de personnes victimes de violences physiques (hors ménage) est en diminution depuis la période 2013-2015 pour atteindre 186 000 victimes sur la période 2015-2017 (contre 236 000 dans la période 2009-2011). Selon l'auteur, cette diminution est causée à la fois par la diminution du nombre de personnes se disant victimes de violences hors ménages, mais également de la diminution parmi les victimes de la part considérant que leur agresseur était sous l'emprise de l'alcool. Les données concernant les violences physiques dans le ménage, qui seraient très intéressantes, ne sont pas disponibles. Notons que l'alcool est impliqué, aussi bien dans les violences physiques hors ménages, dans les accidents de la route mortels, que dans les féminicides, dans environ 30 % des cas. (34)

### **c. L'impact de l'alcoolisation parentale**

Les enfants de parents alcoolodépendants ont plus de risques, à l'âge adulte d'avoir des problèmes de conduites addictives et d'abus de substances, des problèmes de comportements, ainsi qu'une moins bonne santé psychique et mentale. Cela s'expliquerait par le fait que la consommation d'alcool chez les parents peut entraîner des changements d'humeur, une augmentation de l'agressivité et de l'impulsivité, une altération de la cognition et une baisse de la vigilance. Toutes ces modifications peuvent déboucher vers un "mauvais" comportement parental et des violences psychiques et psychologiques (16). Certaines études montrent que le comportement d'alcoolisation de l'enfant est prédit par la consommation d'alcool des 2 parents, alors que d'autres montrent que la consommation d'un seul parent suffit. Ces associations ne doivent pas être comprises comme des liens de causalités, car les problèmes de consommation d'alcool s'inscrivent souvent dans un ensemble de problèmes psychosociaux. (73)

Tout comme les enfants de parents alcoolodépendants, les enfants de parents ayant une consommation abusive ou à risque d'alcool ont des niveaux plus élevés de troubles de l'attention, de troubles du comportement impulsif et de détresse mentale pendant

l'adolescence. Cela semble s'expliquer par une composante génétique importante en lien avec les comportements externalisés, mais également par les tensions sociales, les conflits, les événements négatifs de vie qui accompagnent généralement ces consommations.

La consommation d'alcool de la mère a plus d'impact sur les enfants que celle du père, probablement en raison du fait que la mère est encore de nos jours la personne s'occupant le plus de l'enfant et de l'impact de la consommation d'alcool possible pendant la grossesse. (74)

#### d. Le coût social de l'alcool en France

##### i. L'étude de Kopp sur le coût social (2015)

Les chiffres de la mortalité liée à l'alcool retenus sont ceux de 2009, soit un total 49 000 décès. Faute de données statistiques satisfaisantes, l'auteur suppose que les fractions attribuables à l'alcool retenues pour les décès, pour chaque type de pathologie, servent à indiquer le nombre de malades soignés en raison de l'usage de l'alcool. De fait, cette simplification exclu le cas des consommateurs qui décèdent sans avoir été en contact avec le système de soin.

31 % des 33 000 accidents de la route graves, soit 10 230, sont attribuables à l'alcool.

Pathologies		Fraction attribuable (%)	Nombre de décès	Nombre de malades
Cancers	<b>Total</b>	10	15 200	143 080
	Appareil digestif	54	12 220	
	Larynx	56	781	
	Sein	17	2199	
Maladies cardiovasculaires (hors hypertension)	<b>Total</b>	13	9 947	288 915
	Cardiomyopathie	-	493	
	AVC	25	5 731	
	Arythmie cardiaque	34	3 615	
	Varices œsophagiennes	100	108	
<b>Maladie hypertensive</b>		26	2 286	311 632
<b>Maladies digestives</b>		33	7 775	55 230
<b>Autres maladies</b>		8	4 076	607 537
<b>Diabète type 2</b>		8	494	150 831
Autres	<b>Total</b>	-	3 582	476 706*
	Troubles mentaux et du comportements liés à l'alcool	100	2 859	
	Épilepsie et mal épileptique	37	596	
	Dégénérescence du système nerveux	100	101	
	Polynévrites	100	16	

	Encéphalopathie de Wernicke	100	10	
<b>Causes externes</b>		23	8 154	10 230
<b>Causes inconnues ou mal précisées</b>		11	1 613	1 613
<b>Total</b>			49 051	1 418 237

Tableau III Nombre de cas de décès et de malades attribuables à l'alcool en 2009 (75)

\* Afin d'éviter les doubles comptes (par exemple un patient hospitalisé plusieurs fois en médecin et chirurgie-obstétrique à la fois pour alcoolodépendance et pour ses comorbidités), le total correspond à la somme du nombre de patient en médecine et chirurgie-obstétrique et en psychiatrie.

En 2009 comme le montre la figure 26, 49 000 décès sont attribuables à l'alcool en France (hors diabète de type 2 et causes classées « autres »), et plus de 1 400 000 personnes présentent au moins une maladie ayant pour cause la consommation d'alcool (hors diabète de type 2 et causes classées « autres »).

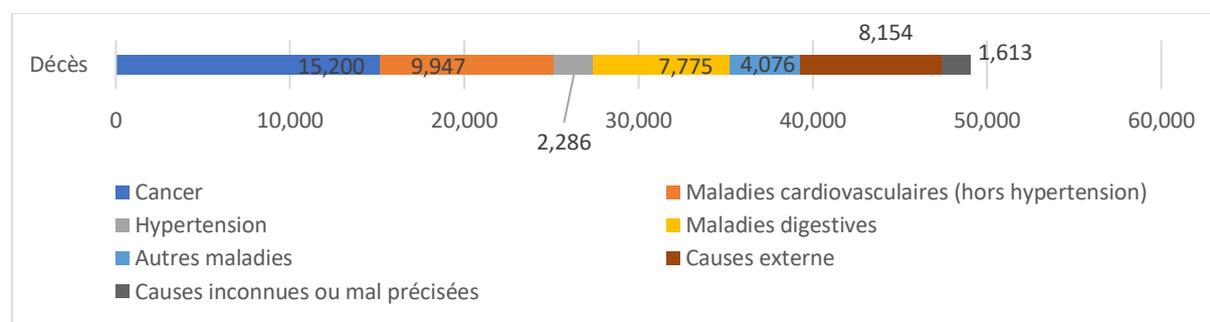


Figure 25 Décès attribuables à l'alcool (2015) (75)

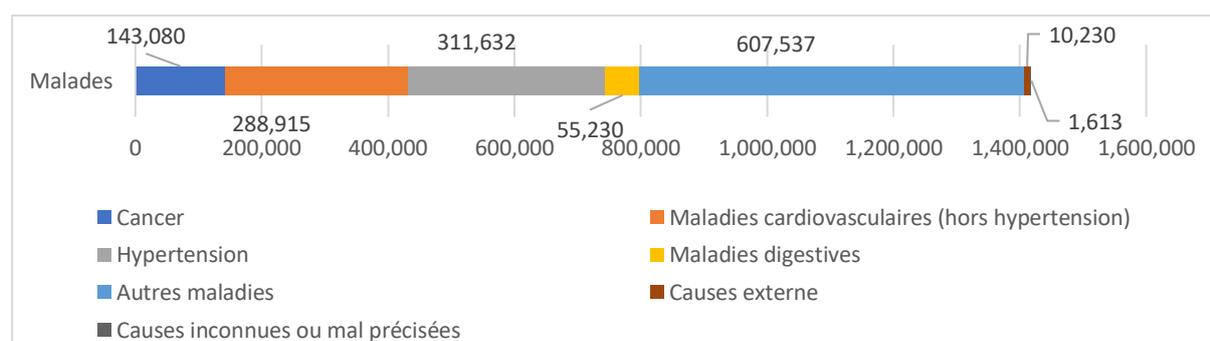


Figure 26 Malades attribuables à l'alcool (2015) (75)

Le coût social de l'alcool est très probablement sous-estimé du fait de la non prise en compte des dommages vis-vis des tiers attribuables à l'alcool tels que les violences physiques, violences sexuelles, viols et vols.

Le tableau IV ainsi que les figures 28, 29, 30 montrent que l'âge moyen au décès attribuable à l'alcool est de 63 ans. Le nombre moyen d'années de vies perdues attribuables à l'alcool est

de 17 ans. Les temps de survie moyen ont été fixés selon les données de la littérature : 5 ans pour les cancers, 11 ans pour les maladies cardiovasculaires (hors hypertension), 7 ans pour les maladies digestives, 15 ans pour les autres maladies.

	Cancers	Maladies cardiovasculaires	Hypertension	Maladies digestives	Autres maladies	Causes externes	Causes inconnues	Moyenne
Age au décès	62	67	69	59	54	63	59	63
Durée de vie en traitement	5	11	-	7	15	1	0.5	6
Nombre d'années de vies perdues	18	13	11	21	26	17	21	17
Nombre de malades	143 080	288 915	311 632	55 230	607 537	10 230	1613	1 418 237
Nombres de décès	15 200	9 947	2 286	7 775	4 076	8 154	1 613	49 051
Années de vie perdues	213 918*	129 311	25 146	163 275	105 976	138 618	33 873	810 117

Tableau IV Synthèse des données d'impact sanitaires de l'alcool en 2010 (75)

\* Somme des 158 860 années de vies perdues pour les cancers digestifs, 13 277 pour les cancers du larynx et 41 781 pour les cancers du sein.

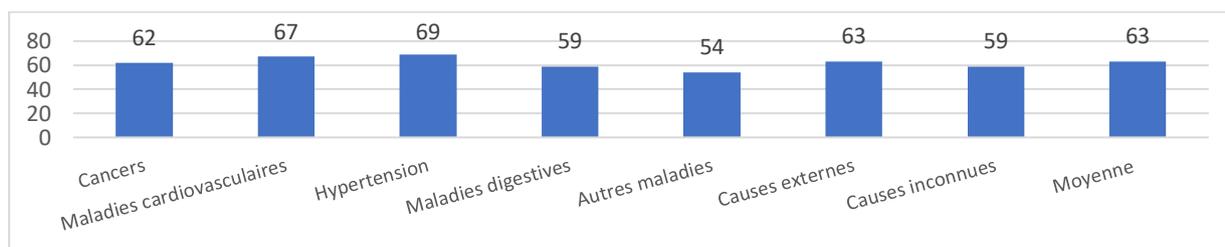


Figure 27 Âges au décès attribuable à l'alcool (années, 2015) (75)

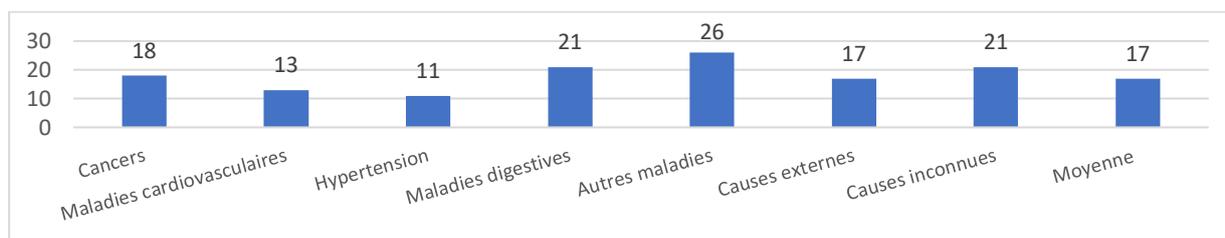


Figure 28 Années de vie perdues attribubles à l'alcool (années, 2015) (75)

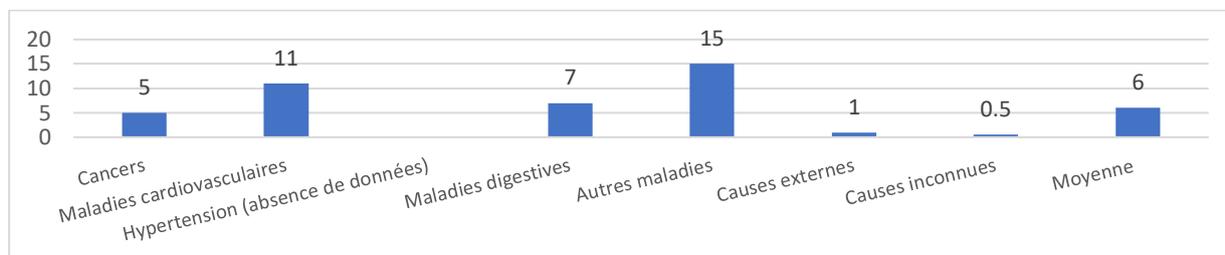


Figure 29 Durée de vie en traitement d'une pathologie liée à l'alcool (années, 2015) (75)

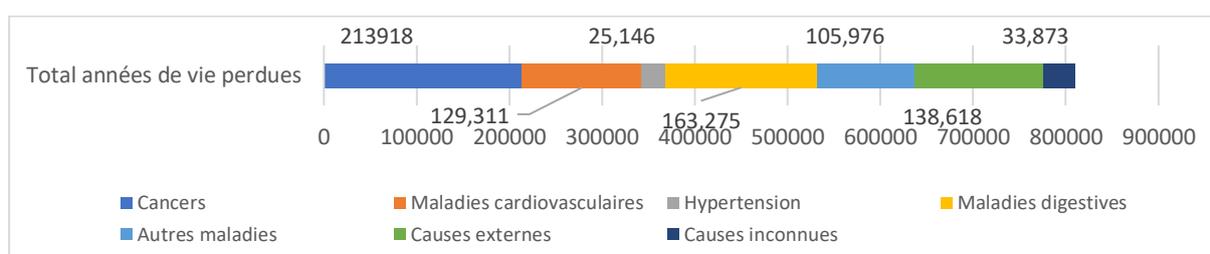


Figure 30 Total des années de vie perdues attribuables à l'alcool (2015) (75)

L'âge moyen de décès est fixé à 80 ans. Avec les âges moyens de décès pour chaque groupe de pathologies, l'auteur déduit le nombre d'années de vie perdues. En prenant en compte le taux d'actualisation, l'auteur calcule l'équivalent monétaire des années de vies perdues illustré dans le tableau V et la figure 32.

Pathologie	Décès	Coût (en millions d'€)
<b>Cancers</b>	<b>Total</b>	15 200
	Cancers digestifs	12 220
	Cancer du larynx	781
	Cancer du sein	2 199
<b>Maladies cardiovasculaires</b>	9 947	11 423
<b>Hypertension</b>	2 286	2 303
<b>Maladies digestives</b>	7 775	12 544
<b>Autres maladies</b>	4 076	7 492
<b>Causes externes</b>	8 154	11 408
<b>Causes inconnues</b>	1 613	2 602
<b>Total</b>	<b>49 051</b>	<b>66 218</b>

Tableau V Coût des années de vies perdues attribuables à l'alcool en 2010 (75)

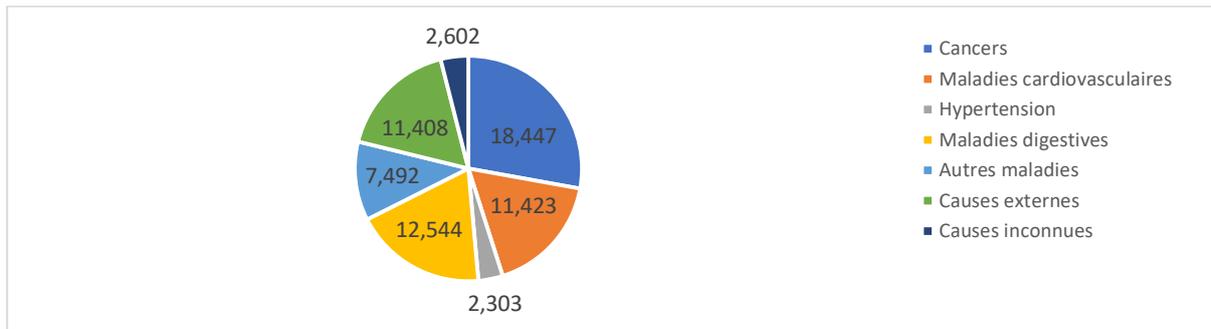


Figure 31 Part des coûts en années de vie perdues attribuables à l'alcool (millions d'euros, 2010) (75)

Le coût représenté par les années de vie perdues du fait des maladies causées par l'alcool est de près de 66 milliards d'euros. La valeur moyenne de la vie perdue par décès attribuable à l'alcool est de 1,35 millions d'euros à un âge moyen de 63 ans.

À titre d'information, ce même calcul a été réalisé pour le tabac. Le nombre de décès attribuables au tabac est bien plus important, mais du fait d'un âge moyen de décès plus tardif (71 ans), chaque décès prématuré ne coûte que 800 000 euros. Cela explique pourquoi le coût représenté par les années de vies perdues à cause de l'alcool soit légèrement supérieur à celui causé par le tabac (66 millions versus 65 millions d'euros).

Pour chiffrer le coût représenté par les années en mauvaise santé, l'auteur s'appuie sur les estimations de la perte de qualité de vie par pathologies (par exemple 75 % pour un cancer, 25 % pour l'hypertension. Les décès accidentels ont une perte de qualité de vie nulle car ils ne sont pas précédés par une phase de maladie. Pour les accidents graves liés à l'alcool, on note une perte de qualité de vie de 30 % pendant 6 mois. Faute de données, les suicides en lien avec l'alcool, les intoxications aiguës, les alcoolodépendance et les comorbidités psychiatriques n'engendrent pas de perte de qualité de vie.

Calcul du coût des années en mauvaise santé = Nombre de malades \* valeur d'une année de vie en bonne santé \* coefficient de perte de qualité de vie

Le coût total de la perte de qualité de vie imputable à l'alcool est de 39 167 millions d'euros (tableau VI et figure 33).

Pathologie		Nombre de malades	Coefficient de mal-être (%)	Perte de qualité de vie ( en millions d'euros)
Cancer	<b>Total</b>	143 080	75	12 340
	Cancers digestifs	34 646	75	2 988
	Cancer du larynx	12 458	75	1 074
	Cancer du sein	95 976	75	8 278
<b>Maladies cardiovasculaires</b>		288 915	30	9 968
<b>Hypertension</b>		311 632	25	8 959

<b>Maladies digestives</b>		55 230	13	826
<b>Autres maladies</b>	<b>Total</b>	607 537		6 668
	Comorbidité somatiques et diabète	396 506	15	6 668
	Autres	221 131		
<b>Causes externes</b>		10 230	30	353
<b>Causes inconnues</b>		1 613	30	56
<b>Total</b>		1 418 237	-	39 167

Tableau VI Coût des années de vie en mauvaise santé attribuables à l'alcool en 2010 (75)

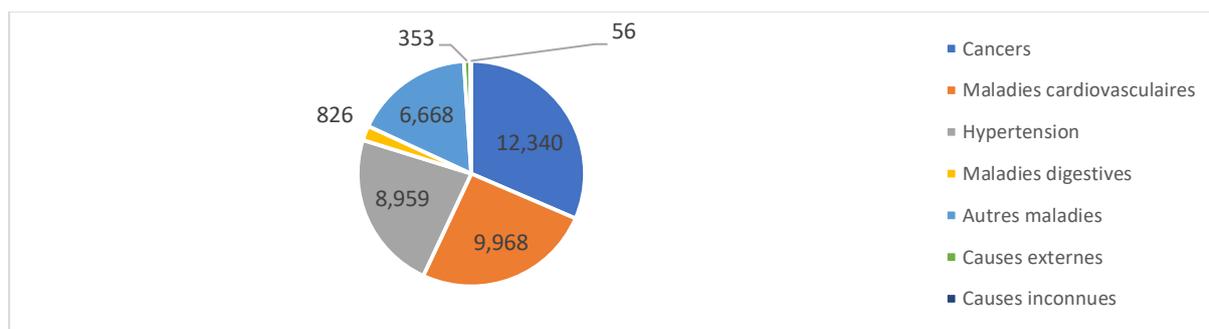


Figure 32 Parts des coûts en années de vie en mauvaise santé attribuables à l'alcool (millions d'euros, 2010) (75)

Les entreprises souffrent des pertes de productions lorsque les personnes sont malades à cause de l'alcool. Les données de l'INCa ne fournissent que les pertes de production liées aux cancers. La perte de production engendrées par les décès de cancers digestifs est de 99 875 euros par décès, et la perte de production par an de vie perdus en moyenne pour les cancers est de 12 349 euros. Pour les autres pathologies, il est émis l'hypothèse que les pertes de production sont proportionnelles à l'âge du décès causé par la pathologie.

Calcul des pertes de production d'une pathologie = perte de production par an \* nombre de décès liés à l'alcool \* nombre d'années de vies perdues liées à l'alcool.

L'alcool inflige 9 014 millions euros de pertes de production à la société (tableau VII et figure 34).

Pathologie		Nombre de décès	Age moyen au décès	Pertes de production (en millions d'euros)
<b>Cancers</b>	<b>Total</b>	15 200	62	1 679
	Cancers digestifs	12 220	67	1 220
	Cancer du larynx	781	63	106
	Cancer du sein	2 199	63	325
<b>Maladies cardiovasculaires</b>		9 947	67	1 597
<b>Hypertension</b>		2 286	69	311
<b>Maladies digestives</b>		7 775	59	2 016
<b>Autres maladies</b>		4 076	54	1 309
<b>Causes externes</b>		8 154	63	1 712

<b>Causes inconnues</b>	1 613	59	418
<b>Total</b>	49 051	-	9 014

Tableau VII Pertes de production des entreprises engendrées par les décès liés à l'alcool en 2010 (75)

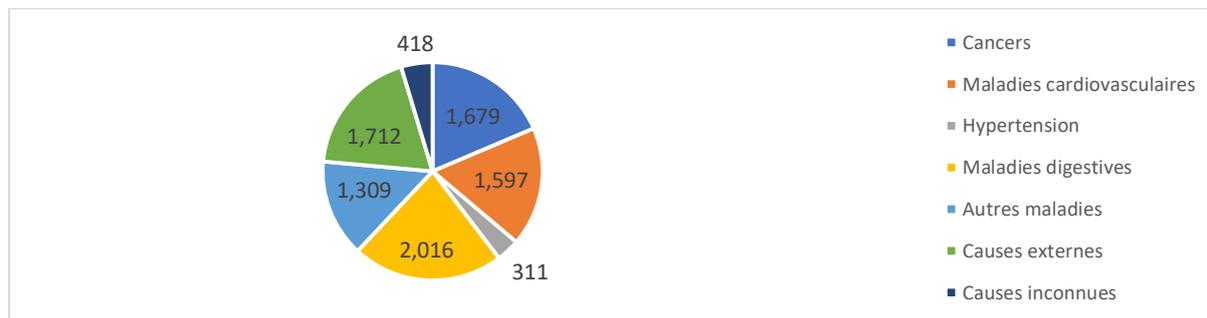


Figure 33 Parts des coûts en pertes de production des entreprises attribuables à l'alcool (millions d'euros, 2010) (75)

Les couts des soins remboursés par les régimes obligatoires ont un impact sur les finances publiques. Les couts par pathologie et par patient sont fournis par les dépenses annuelles moyennes de l'Assurance Maladie par personne en ALD<sup>7</sup> selon la pathologie. Par exemple, le coût d'une maladie cardiovasculaire comme l'AVC est de l'ordre de 5 421 euros.

Il faut également prendre en compte le budget représenté par les CSAPA ambulatoires, pour lesquels 45 % du budget est alloué à l'alcool. 46 millions d'euros sont accordés aux ELSA<sup>8</sup> par le Fond d'Intervention Régional. Sachant que 70 % des patients vu par les ELSA le sont pour un problème lié à l'alcool, cela fait 32 millions alloués à l'alcool. Il n'y a pas de données spécifiques pour les causes externes et les causes inconnues : la moyenne du coût de toutes les pathologies est retenue. Enfin, faute de données, le traitement de l'alcoolodépendance en médecine de ville n'est pas évalué.

Le coût total des soins remboursés par le régime obligatoire pour les pathologies liées à l'alcool est de 7 696 millions d'euros, pour 1 418 237 personnes malades soit 5 426 euros par patient -tableau VIII et figure 35)

Pathologie		Nombre de malades	Coût par patient (en euros)	Coût total des soins (en millions d'euros)
<b>Cancers</b>	<b>Total</b>	143 080	8 268	1 183
	Cancers digestifs	34 646	14 123	489
	Cancer du larynx	12 458	9 141	114
	Cancer du sein	95 976	6 045	580
<b>Maladies cardiovasculaires</b>		288 915	5 421	1 566
<b>Hypertension</b>		311 632	4 051	1 262
<b>Maladies digestives</b>		55 230	2 454	136

<sup>7</sup> Affection longue durée

<sup>8</sup> Équipe de liaison et de soins en addictologie

<b>Autres maladies</b>	607 537	5 410	3 287
<b>Causes externes</b>	10 230	9 185	94
<b>Causes inconnues</b>	1 613	9 185	15
<b>Dotation CSAPA</b>			121**
<b>Dotation ELSA</b>			32
<b>Total</b>	1 418 237	5 426	7 696

Tableau VIII Coûts annuels des soins des malades engendrés par l'alcool en 2010 (75)

\* 4 289 (coût du soin du diabète de type 2) \* 150 831 (nombre de malades) = 647 millions d'euros. 647 millions + 2 640 millions d'euros (coût des séjours pour intoxication alcooliques aiguës, alcoolodépendance, comorbidité psychiatriques et somatiques) = 3 287 millions d'euros.

\*\* 330 millions d'euros versés par l'assurance maladie, dont 59,6 millions pour les CSAPA avec hébergement. 270,4 millions d'euros \* 0,45 (répartition du budget alloué à l'alcool) = 121 millions d'euros.

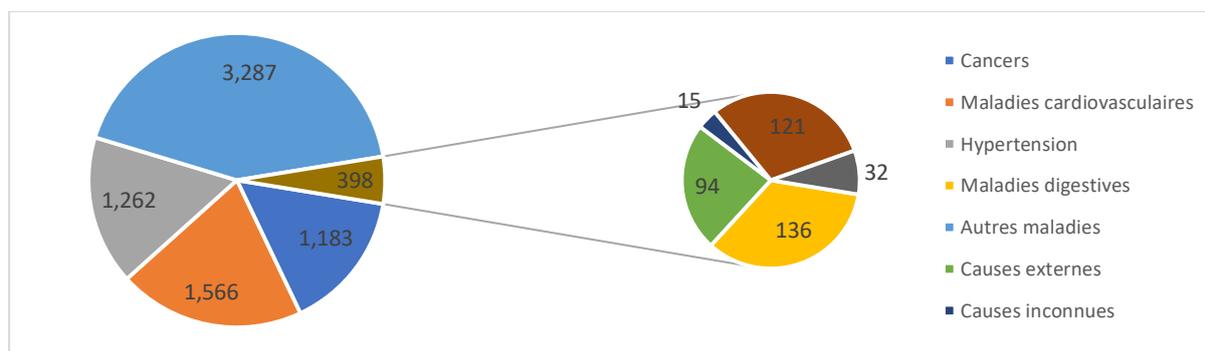


Figure 34 Parts des coûts annuels des soins des maladies engendrées par l'alcool (en millions d'euros, 2010) (75)

Les retraites non payées du fait des décès causés par l'alcool génèrent une économie pour les finances publiques. L'auteur prend comme hypothèses que l'âge moyen du départ à la retraite est de 60 ans, que 20% des retraités viennent du secteur public, et que la pension de retraite moyenne est d'environ 1 300 euros selon l'INSEE en 2011.

Cela génère une économie pour les finances publiques de 1 726 millions d'euros (tableau XI et figure 36).

<b>Pathologies</b>	<b>Nombre de décès</b>	<b>Age moyen au décès</b>	<b>Dépenses évitées aux finances publiques (millions d'euros)</b>
Cancers	15 200	62	508
Maladies cardiovasculaires	9 947	67	314
Hypertension	2 286	69	63
Maladies digestives	7 775	59	322
Autres maladies	4 076	54	139
Causes externes	8 154	63	314
Causes inconnues	1 613	59	67
<b>Total</b>	<b>49 051</b>	<b>/</b>	<b>1 726</b>

Tableau IX Dépenses évitées aux finances publiques par les retraites non payées du fait des décès causés par l'alcool en 2010 (75)

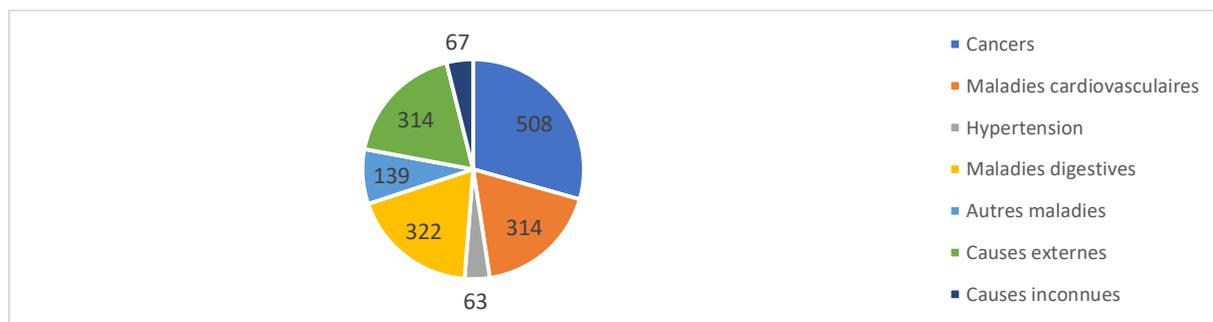


Figure 35 Dépendances évitées au finances publiques par les retraites non payées du fait des décès causés par l'alcool (millions d'euros, 2010) (75)

Enfin, les dépenses générées par la prévention et la répression doivent également être comptabilisées. Il faut considérer les dépenses décaissées et le coût d'opportunité de l'affectation du capital (en choisissant de dédier tel bâtiment à la prévention, il n'est pas dédié à l'Éducation nationale par exemple). Le calcul est rendu complexe par la difficulté de recenser les actions de prévention labellisées « drogue », celles qui ne le sont pas, la frontière pouvant parfois être perméable (exemple : la promotion du sport dans les quartiers dits « sensibles »). Il convient, selon l'auteur, de comptabiliser les dépenses planifiées par une politique ainsi que toutes les dépenses « drogue » déclenchées sans avoir été planifiées. L'auteur trouve une dépense publique totale de prévention et de répression des méfaits de l'alcool s'élevant à 283 millions d'euros, soit 21 % du budget total affecté à la lutte contre les drogues et les toxicomanies.

Les recettes fiscales hors TVA<sup>9</sup> engendrée par les taxes sur les boissons alcoolisées s'élèvent à 3 204 millions d'euros en 2010. Faute de données, les recettes fiscales collectées par l'État sur les bénéfices des entreprises produisant et distribuant de l'alcool ne sont pas comptabilisées.

Au total, l'alcool a un impact négatif sur les finances publiques de 3 918 millions d'euros. Le tableau X et la figure 37 montrent que les économies sur les retraites ainsi que les bénéfices des taxes ne permettent pas de contrebalancer les coût des soins, de la prévention et de la répression.

	Déficit (en millions d'euros)	Bénéfice (en millions d'euros)
<b>Coût des soins</b>	8 565	
<b>Économies des retraites</b>	/	1 726
<b>Prévention et répression</b>	283	/
<b>Taxation</b>	/	3 204
<b>Total</b>	- 3 918	

Tableau X Synthèse de l'impact des drogues sur les finances publiques en 2010 (75)

<sup>9</sup> Taxe sur la valeur ajoutée

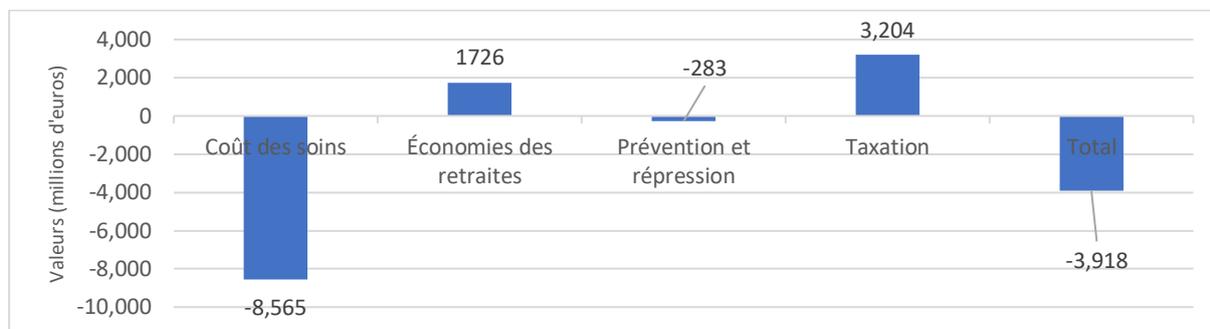


Figure 36 Synthèse des impacts de l'alcool sur les finances publiques (millions d'euros, 2010) (75)

Les résultats finaux sont :

<b>Nombre de décès</b>	49 051			
<b>Nombre de malades</b>	1 418 237			
<b>Nombre de « consommateurs à problème »</b>	3 800 000			
		<b>En millions d'euros</b>	<b>En %</b>	
<b>Coût externe</b>	<b>Total</b>		-114 399	96,9
	Coût des vies perdues		-66 218	56,1
	Coût de la perte de qualité de vie		-39 167	33,2
	Pertes de production		- 9 014	7,6
<b>Effet sur le bien-être</b>	Coût pour les finances publiques * 1,2	-3 049 * 1,2	-3 658	3,1
		Dont coût des soins	-7 696	6,5
		Dont économie de retraites	1 726	-1,5
		Dont prévention et répression	-283	0,2
		Dont taxation	3 204	-2,7
<b>Coût social</b>		<b>-118 057</b>	<b>100</b>	
<b>Finances publiques / PIB (%)</b>			0,2	
<b>Coût social / consommateur à risque</b>	/	31 068	/	

Tableau XI Coût social de l'alcool en France en 2010 (75)

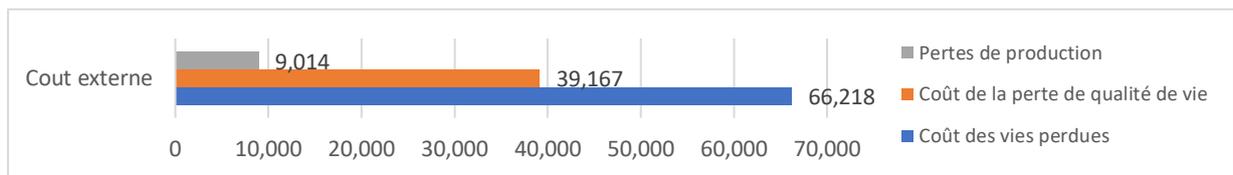


Figure 37 Coût externe total de l'alcool (millions d'euros, 2015) (75)

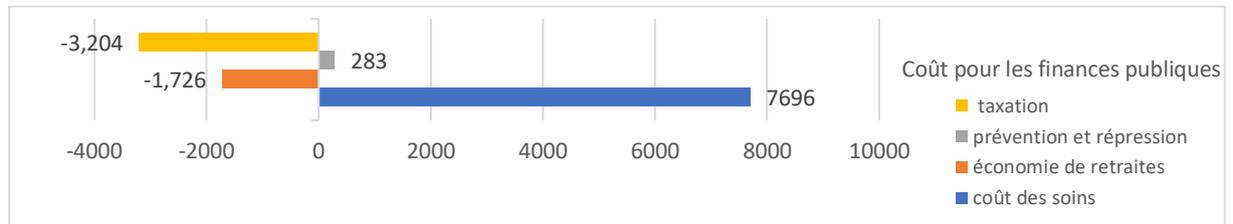


Figure 38 Coût de l'alcool sur les finances publiques (millions d'euros, 2015) (75)

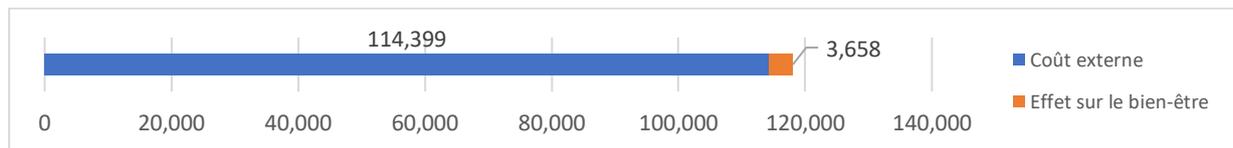


Figure 39 Coût social total de l'alcool (millions d'euros, 2015) (75)

Le « coût social » de l'alcool est de 118 057 millions d'euros, soit presque 120 milliards d'euros. Pour information (figure 41), celui du tabac est à peu près égal, celui des drogues illicites est loin derrière (8,7 milliards d'euros). Ces 3 coûts ne peuvent pas être additionnés car les fractions attribuables déterminant la valeur des vies perdues ne prennent pas en compte les comorbidités, comme l'explique l'auteur, « certaines personnes décédées du fait de l'alcool sont également des fumeurs, et inversement ».

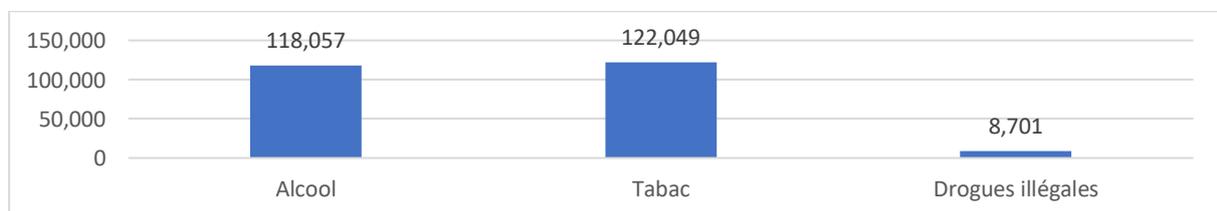


Figure 40 Comparatif du coût social de l'alcool, le tabac et les drogues illégales (millions d'euros, 2015) (75)

Le coût externe représente l'immense majorité du coût social (97 %). Cela est principalement dû au nombre important de vies perdues et de la valeur d'une année de vie perdue.

Le coût social peut être divisé par le nombre de consommateurs à risque, qui sont les personnes à l'origine de la plus grande partie des coûts. Cependant, il faut garder en tête que même les usages occasionnels, ou étiquetés « modérés » peuvent dans certains cas entraîner des coûts.

Les principaux postes responsables du coût social sont les pertes de vie humaines (56,1 %), la perte de qualité de vie (33,2 %), les pertes de productions (7,6 %) et le coût des soins (6,5 %).

Le coût externe de l'alcool est supérieur à celui du tabac alors que le nombre de décès liés au tabac sont plus importants. Cela s'explique par le fait que le décès lié à l'alcool est bien plus prématuré que celui lié au tabac (63 ans versus 71 ans), et par le fait des nombreux décès accidentels imputables à l'alcool.

Le coût de la perte de qualité de vie est plus important pour l'alcool également. Ce phénomène est expliqué par la survenue de maladies liées à l'alcool plus nombreuses et invalidantes, et qui durent de nombreuses années : elles sont donc « socialement très coûteuses »

Les dépenses du budget de l'État se sont élevées en 2010 à 380 milliards d'euros, et son déficit budgétaire à 65 milliards d'euros. Avec un coût de l'alcool pour les finances publiques de 3 milliards d'euros, on peut dire pour simplifier que :

- Presque 1 % des dépenses de l'État est constitué par le poids négatif de l'alcool ;
- Presque 5 % du déficit budgétaire de l'État est constitué par le poids négatif de l'alcool.

Nous entendons parfois dire que l'État n'agit pas plus directement sur le problème de l'alcool parce qu'il « profiterait des recettes » des ventes. Cette démonstration ainsi que la figure 42 montrent bien que le coût des soins (7,6 milliards d'euros) est bien supérieur aux recettes de taxation de l'alcool (3 milliards d'euros).

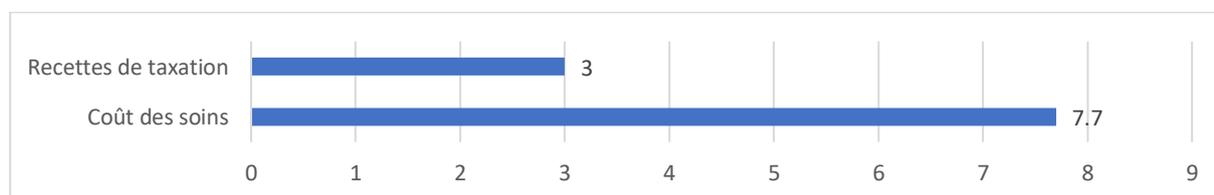


Figure 41 Comparaison entre coût des soins liés à l'alcool et recettes de taxation (milliards d'euros, 2015) (75)

L'auteur souhaite donner 3 commentaires. La présente étude conduit à des coûts sociaux par type de drogue trois fois plus élevés qu'en 2006, principalement à cause de l'amélioration des

connaissances épidémiologiques et des modifications des paramètres de calculs. Aussi, le coût des pertes de production exprimée en pourcentage du coût social s'avère relativement faible (7,5 % contre 26 % dans le rapport de 2006) du fait de de changement de paramètres de calculs tel que l'augmentation de la valeur de la vie humaine. Enfin, l'auteur précise qu'il est préférable d'éviter la comparaison du coût social entre la France et les autres pays, principalement car certains paramètres n'ont pas la même valeur, certaines études ne portent pas sur le même périmètre, mais aussi car les systèmes sociaux et les règles d'enregistrement des dépenses publiques diffèrent selon les pays. (75)

Cette étude ne prend pas en compte que les coûts intangibles affectants les victimes directes de l'alcool. Certains auteurs recommandent de compter tous les coûts intangibles, en incluant également ceux affectant les tiers. Ne sont donc pas pris en compte les coûts engendrés à cause d'une personne consommant de l'alcool mais touchant une autre personne : accidents de la routes, agressions physiques ou sexuelles, vols, dégradations, mais également la souffrance causée par la perte d'un être cher, par l'endossement du rôle d'aidant.

L'impact social de l'alcool est colossal (presque 120 milliards d'euros), il est important de contribuer à l'accélération de la prévention de ces conséquences en plus d'autres mesures telles que la réglementation du prix de vente de l'alcool, de sa disposition ou de sa promotion.

## ii. Estimations du coût des séjours hospitaliers liés à l'alcool en 2012

Grâce aux différentes informations issues de l'Objectif national de l'Assurance Maladie (ONDAM), de l'Objectif de dépenses en médecine chirurgie obstétrique (ODMCO) et des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), le coût des séjours hospitaliers liés à l'alcool a été estimé et représenté dans la figure 43 :

- En MCO, l'alcool représente 1,22 milliard d'euros de dépenses sur 55,4 milliards ;
- En psychiatrie, il représente 980 millions d'euros sur 9,4 milliards ;
- En SSR il représente 440 millions d'euros de dépenses sur 7,9 milliards d'euros.

Au total, l'alcool représente une dépense de 2,64 milliards d'euros, soit environ 3,6 % des 74,34 milliards d'euros de l'ONDAM hospitalier total de 2012. (36)

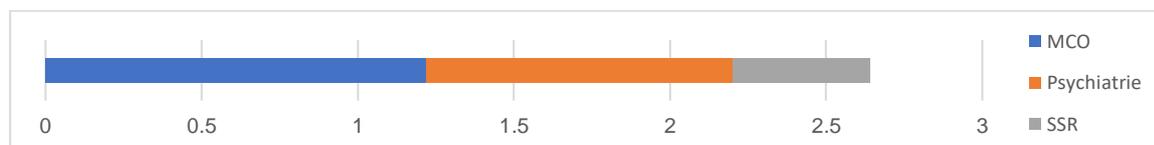


Figure 42 Coût des séjours hospitaliers liés à l'alcool en 2012 (milliards d'euros, France) (36)

L'essentiel des dépenses liées à l'alcoolisation excessive est dû aux complications tardives. Une prise en charge plus systématique et précoce des conduites d'alcoolisation pourrait permettre d'éviter l'aggravation des complications voire même leur survenue, et ainsi de diminuer les coûts. Cela implique une meilleure formation en alcoologie des équipes soignantes, et le recours aux équipes de liaisons en addictologie dans les hôpitaux.



## IV. ROLES DU PHARMACIEN DANS LA REDUCTION DE L'IMPACT DES CONSOMMATIONS D'ALCOOL

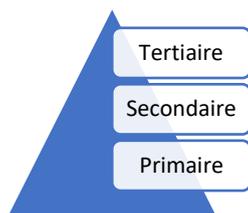


Figure 43 La prévention sous le prisme français (2)

En France, le concept de prévention est historiquement défini par 3 notions : la prévention primaire, secondaire et tertiaire (figure 44).

La prévention primaire désigne toutes les actions qui visent à empêcher les expérimentations, les pratiques à risques et l'apparition d'une dépendance.

La prévention secondaire concerne toutes les actions visant à intervenir précocement chez les consommateurs dans le but d'éviter la mise en danger causée par les consommations ou le développement d'une dépendance.

La prévention tertiaire désigne les actions visant à réduire les conséquences chez les consommateurs chroniques reconnus.

Un nombre croissant d'experts recommande de concevoir la prévention par le prisme anglo-saxon / scandinave, selon les caractéristiques de la population à laquelle elle s'adresse (figure 45).

Les 3 catégories de préventions ici sont la prévention universelle, sélective et ciblée.

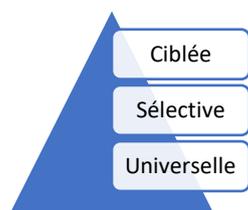


Figure 44 La prévention sous le prisme anglo-saxon et scandinave (2)

La prévention universelle désigne les actions s'adressant à toute la population.

La prévention sélective concerne les actions qui s'adressent à des groupes de populations présentant des facteurs de risques connus pour augmenter la probabilité de développement de conduites addictives.

La prévention ciblée désigne les actions qui concernent les consommateurs ayant des usages nocifs en visant à réduire les conséquences négatives de la dépendance.

Pour résumer, les concepts de prévention primaire, secondaire, universelle et sélective concernent l'ensemble des personnes, usagers ou non, ayant des pratiques à risque ou non, dépendantes ou non. Les concepts de prévention tertiaire ou ciblée se rapportent aux personnes ayant des pratiques addictives à risque ou dépendantes. (2)

## 1. PREVENTION PRIMAIRE

L'opposition entre la santé publique et l'économie est un obstacle important à l'établissement d'une politique nationale de lutte contre les dommages liés à l'alcool.

Développer un plan global nécessite de combiner plusieurs types de mesures coût-efficaces, telles que la réglementation de la publicité en faveur de l'alcool, le contrôle des points de vente d'alcool, l'augmentation des ressources allouées à la recherche, à l'éducation et à la prévention de l'alcool, et la formation des professionnels de santé au RPIB. (76)

Le pharmacien d'officine est, de longue date, impliqué dans la prévention primaire, grâce à la promotion des comportements favorables à la bonne santé. Récemment, les pharmaciens se sont un peu plus engagés dans la prévention primaire avec les campagnes de vaccination antigrippale, la vaccination, les tests antigéniques COVID-19, le relais de campagnes de marketing social tels que « Octobre rose ». (77)

Informers régulièrement la population permet de modifier les savoirs et de provoquer des prises de conscience, mais les campagnes d'informations classiques ont un effet limité quand il s'agit d'être le levier de changement. Les campagnes de préventions sont assez efficaces pour diffuser des connaissances, mais elles le sont bien moins quand on évalue la réduction de la consommation d'alcool. (76)

### **A. Primaire universelle**

#### **a. La promotion des repères de consommation**

L'officine est le lieu idéal pour afficher et promouvoir les repères actuels de consommation d'alcool. En effet, les lieux d'affichage des outils de communication visuelle sont multiples :

- La porte automatique ;
- La vitrine ;
- Les murs de la zone de libre accès ;
- Les murs derrière les comptoirs.

De nombreuses catégories de patients entrent dans la pharmacie : patients dits « habitués » qui viennent régulièrement dans la pharmacie, patients dit « non habitués » qui comprend les patients de passage et ceux qui n'ont pas de pharmacie habituelle ; patients venant avec une ordonnance et ceux venant sans ordonnance (pour un achat de produit accessible sans prescription « *over-the-counter* » (OTC), un conseil, un avis)

Enfin, la quasi-totalité des types de population fréquente au moins ponctuellement une officine : les hommes, les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes sans pathologie chronique, les patients souffrant d'une pathologie chronique (voire bénéficiant d'une prise en charge ALD), des personnes aux revenus élevés, des personnes sans-abris, des personnes bénéficiant d'une carte vitale et d'autres bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME).

Le message à transmettre depuis 2017 se compose de 3 dimensions : le niveau moyen de consommation associé surtout au développement de pathologie chroniques ; la consommation plus importante certains jours associée principalement aux risques à court terme graves et la consommation permanente associé au risque d'addiction et de dommages psychosociaux. (78)

Il se présente comme suit :

- Ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine ;
- Ne pas consommer plus de 2 verres standards par jour ;
- Avoir des jours sans consommation dans la semaine.

Pour faciliter la compréhension de tous, le message peut être simplifier comme sur la figure 46: « pour votre santé, l'alcool, c'est maximum 2 verres par jour et pas tous les jours ». (79)

**Pour votre santé,  
l'alcool c'est  
maximum  
2 verres par jour  
et pas tous  
les jours.**  
Parlez-en à  
votre médecin

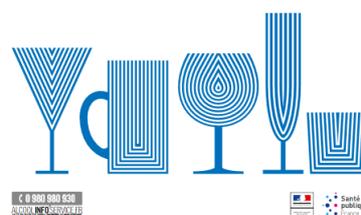


Figure 45 Affiche "2 verres par jour, et pas tous les jours. Source Santé publique France (2019)

Ces repères s'adressent à tout personne adulte en bonne santé, sans distinction de sexe (en excluant les femmes enceintes). Cela est motivé par une volonté de clarté du message, face au constat que les risques sanitaires aux seuils retenus sont semblables chez l'homme et la femme. Il ne faut cependant pas omettre d'informer sur la plus grande fragilité des femmes vis-à-vis de l'alcool. Par exemple, la morbi-mortalité liée à la cirrhose (à consommation égale) est plus importante chez les femmes (80).

Ces repères ne concernent que les adultes en bonne santé, car la consommation d'alcool est interdite aux mineurs, et parce que les risques liés à l'alcool sont considérablement augmentés par certaines pathologies (ou leurs traitements). Ils doivent également être remis en question selon les conditions de vie (grande précarité, période de stress), de travail (conduite d'engins, poste de travail dangereux), et selon l'état physiopathologie (grossesse, pathologies, prise de médicament, âge avancé) : on parle de risque situationnel. (4)

Ce sont des repères de consommation à faible risque, et non pas « sans risque ». Ces repères ont été établis en prenant en compte les perceptions de la population pour permettre un compromis entre les représentations de la population et la volonté de protection de la population, en se basant donc sur le ratio « risque / plaisir ». Cela a pour objectif de permettre une meilleure adhésion de la population à ces repères. (39,79,81)

23,6% des 18-75 ans déclarent dépasser au moins une des trois dimensions de ces repères. Ce phénomène touche davantage les hommes (33,2%) que les femmes (14,7 %). Le mode dépassement de ces repères est d'ailleurs lié à l'âge : les sujets jeunes ont plutôt tendance à consommer plus de 2 verres la même journée, alors que les sujets âgés ont plutôt tendance à ne pas avoir de jours de la semaine sans consommation d'alcool. (82)

Sur 15 000 personnes interrogées en 2020, 77 % des répondants situaient à 2 verres ou moins la limite d'alcool à ne pas dépasser dans une journée pour « limiter les risques pour la santé », sans différence entre les personnes dépassant ou non les repères de consommation. 83 % des répondants situant à 5 jours ou moins par semaine le nombre de jours de consommation d'alcool à ne pas dépasser pour « ne pas prendre trop de risque pour la santé ». Notons que 17 % des personnes dépassant les repères estimaient n'y avait pas « pas de risques » pour la santé à consommer de manière quotidienne, contre 2 fois moins chez celles ne les dépassant pas.

Parmi les personnes interrogées ayant consommé au cours des 7 derniers jours, plus de 20 % d'entre-elles déclaraient vouloir réduire leur consommation, sans que l'on ne retrouve de différence significative entre les personnes dépassant et ne dépassant pas les repères.

Pour conclure, un quart de la population déclare dépasser les repères de consommation à moindre risque en 2020, davantage les hommes que les femmes. Les personnes interrogées semblent avoir plutôt bien intégré le repère concernant le nombre de verre par jour, ainsi que le lien entre alcool et cancer. On constate tout de même que le risque représenté par le dépassement de ces repères est mis à distance : 77 % des personnes dépassant les repères déclarent ne pas vouloir réduire leur consommation d'alcool.

Il semble nécessaire d'agir auprès de l'ensemble de la population de manière individualisée. Les personnes consommant de l'alcool doivent posséder les connaissances nécessaires pour leur permettre de faire le compromis entre les effets « positifs » apportés par la consommation de l'alcool dans leur vie et les risques occasionnés, en ajustant leur comportement selon les repères promus. C'est aux professionnels de santé, dont le pharmacien d'officine, d'œuvrer à améliorer les connaissances des risques liés à la consommation des individus. (38,82)

## **b. Les campagnes de marketing social**

Des dispositifs de marketing social ayant pour but de favoriser un changement de comportement des populations ont émergés dans plusieurs pays au cours des dernières années comme la France, la Belgique, le Canada et l’Australie

### **i. Principes du Dry January**

Un des objectifs essentiels de ce type d’évènement est de permettre un changement de comportement à long terme après avoir expérimenté l’impact de l’abstinence ou de la réduction des consommations sur sa santé mentale, physique, et avoir pris conscience en sa capacité à contrôler son comportement.

Le mois de janvier est choisi pour maximiser la motivation car, il fait suite aux excès potentiels des fêtes de fin d’années, et est propice à la prise de “bonnes résolutions”. L’évènement fonctionne sur le principe de la contagion sociale. Plusieurs d’outils de soutien et de conseil sont mis à disposition : site web, blogs, communication sur les réseaux sociaux, abonnement à une newsletter, application mobile (Try Dry®).

Ces campagnes visent le grand public, mais les personnes présentant une consommation à risque peuvent néanmoins participer à l’expérience avec l’aide d’un professionnel de santé.

Les enquêtes font état d’améliorations de certains paramètres physiologiques (glycémie, cholestérol, pression sanguine, perte de poids), une amélioration de la qualité du sommeil, de l’apparence de la peau, de la concentration et des performances au travail. On constate également le développement d’un sentiment d’accomplissement, d’une impression de meilleur contrôle de sa consommation et d’une meilleure connaissance de son rapport à l’alcool. Notons que des effets bénéfiques à long terme sont également retrouvés chez les participants qui ne réussissent pas le défi d’abstinence pendant un mois complet.

Ce type d’évènement doit être vu comme un moyen de régulation positive des comportements, basé sur les effets positifs du changement plutôt que sur les effets néfastes de la consommation. Il doit être vu comme un moyen de régulation complémentaire aux actions les plus coût-efficaces tels que la régulation de la disponibilité de l’alcool, de sa publicité, de son prix.

Ces campagnes doivent être vues comme des “occasions à saisir”. Elles devraient s’accompagner d’intervention complémentaires réalisées par des professionnels de santé tels

que les interventions de type feedback normatifs ou le RPIB pour permettre aux personnes qui le souhaitent d'atteindre leurs objectifs à long terme. (76)

## ii. Le Défi de Janvier en France

La 1<sup>ère</sup> campagne du « Défi De Janvier » est née en 2020 (76). En plus d'un site internet permettant d'expliquer les modalités du défi, ses objectifs et bénéfices attendus, il était également possible de s'abonner à la newsletter pour recevoir un mail de soutien 2 fois par semaine. L'application Try Dry (disponible en anglais uniquement) a été promue. La mise en avant l'évènement a été faite sur différents réseaux sociaux et dans des médias plus traditionnels.

Une étude qualitative concernant le Défi de Janvier 2020 a été réalisée, portant sur 71 personnes de 18 à 49 ans, inscrits au défi ou non, interrogées lors d'entretiens semi-directifs. Cet échantillon respecte la parité femme-homme. À noter que la moitié des interrogés déclarait avoir une consommation d'alcool habituelle estimée à plus de 10 verres par semaine.

Les représentations de l'alcool sont très positives. Il est perçu comme un attribut de la culture française. Certains participants regrettent cependant la pression des pairs à consommer.

Le défi est considéré comme une « invitation à faire une pause, en particulier après les fêtes de fin d'année », mais également comme un prétexte permettant de se questionner sur sa consommation d'alcool.

Les motivations personnelles à la participation sont multiples : faire le point, se lancer un défi personnel, adopter un mode de vie plus sain, simple curiosité. Certains participants expliquent s'être mobilisé pour sensibiliser un proche, d'autres pour amplifier un « mouvement de dénormalisation de l'alcool ».

Un important frein à l'adhésion est la peur d'être étiqueté ou de s'identifier comme une personne ayant un problème avec l'alcool. Le coût social de l'abstinence est évalué comme considérable (le sentiment de discordance avec l'entourage, l'absence de moyen de « décompresser du stress »).

La flexibilité du défi a permis aux participants de le réaliser comme ils le souhaitaient, tout en conservant un fort sentiment d'auto-efficacité.

La principale difficulté ressentie lors de la réalisation du défi est la pression sociale qui incite à consommer de l'alcool. Certains participants regrettent avoir fait l'objet de moqueries ou de rejet. La faible notoriété de la campagne créant également parfois un sentiment d'isolement.

Les effets bénéfiques ressenties sont variables selon les participants :

- Une sensation de meilleure forme et d'énergie, en partie liée à un meilleur sommeil, permettant à certains de s'investir dans une activité physique et de noter une augmentation du bien-être ;
- Une perte de poids ;
- Une meilleure digestion, un meilleur aspect de la peau ;
- Des économies d'argent ;
- Un sentiment de satisfaction, aussi bien chez ceux ayant réussi une abstinence que ceux ayant réduit leur consommation (par choix ou par « craquage »).

Les participants disent avoir pris conscience de la place de l'alcool dans leur vie, avoir identifiés certains automatismes de consommation. Certains participants disent avoir remarqué une baisse des consommations chez des personnes de leur entourage. La grande majorité des participants attendaient la fin de l'opération pour reprendre une vie sociale « normale ».

Pour conclure, nous pouvons noter que la pression sociale à la consommation d'alcool n'est pas compensée par la notoriété de l'évènement. Le coût social perçu de l'abstinence paraît important en comparaison des gains associés à la participation au défi. Peu importe les modalités de réalisation du défi, un des résultats forts de l'expérience est la prise de conscience de la place qu'occupe l'alcool dans la vie quotidienne.

Cependant, l'étude comporte plusieurs limites. Elle ne permet pas un suivi à moyen-long terme, certaines situations ayant existées ne soient pas décrites. Il faut également noter que l'étude n'incluait que les personnes de 18-49 ans. Enfin, un possible biais de mémoire a pu accentuer les souvenirs de la réussite. (83)

À la lecture de cette analyse, il s'avère nécessaire de renforcer la communication autour de cet évènement. Le pharmacien peut y jouer un rôle majeur :

- En faisant la promotion de l'évènement pour renforcer le phénomène de contagion sociale, à l'aide de flyers, d'affiches, mais aussi des sites internet et réseaux sociaux des pharmacies ;
- En expliquant le but de l'opération et les modalités de participation possibles ;
- En exposant les bénéfices scientifiquement prouvés de la participation ;
- En participant à l'élaboration d'une application francophone.

### **c. Exemples de communications destinées au public**

Le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESPHARM), qui est une commission de l'Ordre national des pharmaciens, propose aux pharmaciens des documents d'information professionnelle, des outils éducatifs, des brochures d'information, des affiches et des vidéos. Il relaye également auprès des pharmaciens les campagnes nationales de prévention lancées par divers organismes tels que l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) ou l'Inca. (77). D'autres instances fournissent de la documentation à destination du grand public telles que Santé publique, le Réseau de prévention des addictions (RESPADD).

L'un des enjeux majeurs est de mieux faire connaître aux populations les dommages et les risques causés par l'alcool. Cela nécessite d'impliquer l'ensemble des professionnels de santé, et de diffuser des données scientifiques clairement établies, dans une époque où la majorité de l'information se trouve sur internet. (39)

Affiche destinée au grand public invitant à faire le point sur la consommation, à en parler à un professionnel de santé ou à utiliser le site Alcoomètre



Figure 46 Affiche "point sur la consommation d'alcool. Source : CESPHEM

Affiche destinée au grand public informant des risques de cancers liés à l'alcool



Figure 47 Affiche "alcool et cancer". Source CESPHEM

Extrait d'un dépliant exposant les effets positifs perceptibles d'une diminution de la consommation d'alcool sur la santé



Figure 48 Extrait du dépliant « Vivre mieux avec moins d'alcool ». Source : Santé Publique France

Affiche promotionnelle du Défi de Janvier exposant son principe, ainsi que 2 avantages prouvés.



Figure 49 Affiche promotionnelle du Défi de Janvier. Source Dry January

En exemple de campagne de prévention à destination du grand public, nous pouvons citer la campagne publicitaire portée par Santé publique France : « la bonne santé n'a rien à voir avec l'alcool » diffusée du 9 au 31 janvier 2023 et illustrée par la figure 51. Elle est composée de spots vidéo d'une trentaine de secondes à destination des chaînes de télévisions et des cinémas, et de versions courtes adaptées à la diffusion sur les réseaux sociaux. Cette campagne cherche à lutter contre la banalisation de la consommation d'alcool, à marquer les esprits en soulignant le caractère absurde de souhaiter une bonne santé à quelqu'un en triquant avec des verres d'alcool, puis en rappelant les risques liés à la consommation d'alcool. Les consommateurs sont ensuite invités à s'interroger sur leurs habitudes de consommation et de se diriger vers le site de l'Alcool Info Service. (84)



Figure 50 Extrait du spot publicitaire "la bonne santé n'a rien à voir avec l'alcool. Source youtube (<https://www.youtube.com/watch?v=ApJowiaSYgA>)

## B. Primaire sélective

De nos jours, les entretiens pharmaceutiques sont pratiqués dans le cadre fixé par la convention nationale pharmaceutique : patient sous traitement antivitamine K / anticoagulant oral direct (AVK / AOD), traitement de l'asthme avec corticoïdes inhalés, traitement anticancéreux au long cours par voie orale et bilan partagé de médication. L'entretien pharmaceutique est l'un des principaux moyens d'assurer une prise en charge personnalisée du patient. Il permet de valoriser le statut du pharmacien d'expert du médicament, tout en renforçant son rôle de conseil et de prévention L'Ordre national des pharmaciens propose ainsi d'élargir le périmètre des entretiens pharmaceutiques vers des « entretiens addictions ».

Les problématiques liées à la consommation sont diverses, les consommateurs (potentiels ou avérés) sont de natures variées. Il convient de prendre en compte leurs spécificités, d'autant plus qu'il existe des situations pour lesquelles ne pas consommer d'alcool est l'option la plus sûre :

- Femme envisageant d'être enceinte, femme enceinte ou allaitante ;
- Enfant et adolescent, pendant toute la période de croissance ;
- Conduite automobile ;
- Manipulation d'outils ou de machines potentiellement dangereuses ;
- Pratique de sports à risque ;

- Consommation de certains médicaments ;
- Certaines pathologies. (85)

### **a. Les femmes enceintes et désirant l'être**

Le dossier de presse « Priorité prévention » du Comité interministériel pour la Santé datant de 2018, est rappelle que l'objectif est de sensibiliser les femmes enceintes aux consommations à risque, pour soi ou pour l'enfant à naître, ainsi que de permettre l'arrêt de la consommation d'alcool. (86). Depuis 2016, Sante publique France organise une journée nationale du syndrome d'alcoolisation fœtale qui a lieu le 9 septembre, et cherche à promouvoir le message du « zéro alcool pendant la grossesse ». Cela a pour but de sensibiliser les femmes enceintes, celles voulant l'être, et leur entourage.

Pour rappel les connaissances scientifiques ne permettent pas de définir un seuil en-dessous duquel il n'y a pas de risque pour le futur bébé, ainsi, par mesure de précaution, les autorités sanitaires recommandent donc de ne pas boire du tout d'alcool pendant la grossesse (87). Cette recommandation concerne la future mère, mais également le futur père. De récentes études ont suggéré que la consommation d'alcool chez la femme comme chez l'homme, autour de la phase de conception, pourrait avoir des conséquences négatives sur la santé du futur enfant. (32)

Les femmes enceintes font souvent face à des discours culpabilisants à l'égard d'une éventuelle consommation de produit psychoactif. Cela n'a pour effet que de les éloigner des dispositifs existants et de diminuer les chances d'un bon accompagnement. Le dispositif Alcool Info Service nous renseigne sur les demandes des femmes enceintes qui ont appelé le service. Les femmes connaissent le message « 0 alcool ». 48 % d'entre-elles ont bu de l'alcool alors qu'elles ne se savaient pas encore enceinte, et 35 % étaient « en difficulté avec l'alcool ». Les tabous doivent être brisés, car ces femmes se sentent coupables ou honteuses, et préfèrent utiliser ce service téléphonique plutôt que de s'adresser à un professionnel de santé.

Le pharmacien peut participer à cet objectif par la promotion des comportements favorables à la santé et en informant sur les conséquences des pratiques à risques tels que la consommation d'alcool pendant la grossesse. Plusieurs moments sont opportuns pour sensibiliser les femmes enceintes ou souhaitant l'être à l'impact de la consommation d'alcool sur le futur enfant. La question de l'alcool doit être systématiquement abordée lors de la grossesse, au même titre que celle du tabac. Nous pouvons citer comme exemples d'occasions :

- Lors de la vente d'un test d'ovulation, d'un test de grossesse, lors d'une demande d'information concernant la fertilité ;
- Lors d'une demande de lecture de test de grossesse sérique ;
- Lors du suivi de la femme enceinte à l'occasion de la dispensation d'un traitement par fer, acide folique, traitement d'une pathologie au décours de la grossesse, du renouvellement d'un traitement chronique ou de l'entretien femme enceinte (EFE).

Il existe de nombreux questionnaires, dont le T-ACE, permettant de faciliter et d'alimenter le dialogue, mais ils ne doivent en aucun cas se substituer au dialogue. (85).

L'importance du relais de ces informations est d'autant plus grande quand l'on sait qu'environ 4 femmes enceintes ou mères de jeunes enfants sur 10 ont déclaré dans le Baromètre santé 2017 ne pas avoir été informé des risques de la consommation d'alcool par la sage-femme ou le médecin ayant assuré le suivi de la grossesse. De plus, l'enquête nationale périnatale 2016 révèle que 32 % des femmes n'ont pas été interrogé sur leurs consommations d'alcool pendant la grossesse, et seulement 1/3 des femmes ont reçu la recommandation de ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse (88). Enfin, une étude datant de 2015 réalisée auprès de généralistes en France montre que les médecins n'abordent pas de manière systématique auprès de leurs patientes enceintes la question des consommations d'alcool et de tabac. (87)

Notons que la nouvelle convention pharmaceutique du 9 mars 2022 prévoit la réalisation d'entretiens dédiés aux femmes enceintes au sujet de leur prise en charge médicamenteuse, du risque tératogène de certains médicaments et de l'automédication (89). La recherche d'une éventuelle consommation d'alcool, de la discussion autour de ses conséquences négatives et de l'intérêt du principe de précaution « 0 alcool » peuvent y trouver leurs places.

<p>Affiche rappelant le principe « zéro alcool pendant la grossesse », et invitant la personne qui en difficulté de contacter un professionnel de santé ou la plateforme téléphonique</p>	<p>Extrait d'une brochure expliquant le principe de précaution « zéro alcool pendant la grossesse », les précautions en cas d'allaitement, et délivrant quelques conseils à destination de la femme enceinte et de son entourage</p>
 <p><b>Zéro alcool pendant la grossesse</b> <b>C'EST TROP DIFFICILE?</b></p> <p>PARLONS-EN : <b>ALCOOL-INFO-SERVICE.FR</b> 707 du 06 021 Appel anonyme et non surtaxé 0 980 980 930</p> <p><b>Vous pouvez aussi en parler avec un professionnel de santé</b></p> <p>REPUBLIQUE FRANÇAISE Santé publique France</p>	<p><b>Quelles peuvent être les conséquences?</b></p> <p>L'alcool est dangereux pour le bébé, il peut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• provoquer fausse couche ou accouchement prématuré.</li> <li>• empêcher le bon développement des organes du fœtus (cerveau, cœur, bras, jambes, etc.).</li> <li>• entraîner un retard mental ou physique et des troubles du comportement de l'enfant.</li> </ul> <p><b>Comment résister à la tentation?</b></p> <p>L'alcool est très présent autour de nous. On vous proposera peut-être d'en boire un peu durant votre grossesse.</p> <p>N'hésitez pas à rappeler à votre famille et vos amis que pendant 9 mois c'est zéro alcool. Si vous ne voulez pas dire que vous êtes enceinte au début, trouvez des prétextes pour refuser le verre d'alcool que l'on vous propose : « je suis sous antibiotiques », « j'ai mal à la tête », « je suis au régime », « j'ai trop bu hier »...</p> <p><b>Peut-on boire de l'alcool quand on allaite?</b></p> <p>Si vous allaitez, il est recommandé de ne pas boire d'alcool, car l'alcool passe dans le lait maternel. Si ce n'est pas possible, évitez de boire juste avant la tétée. Attendez entre 2 et 3 heures avant de redonner le sein si vous avez bu un verre d'alcool. <b>N'hésitez pas à demander des conseils à votre pédiatre, médecin, pharmacien ou sage-femme.</b></p> <p><b>Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)</b></p> <p>C'est la conséquence la plus grave d'une consommation d'alcool pendant la grossesse. Cette complication, heureusement rare, entraîne un retard de croissance, des anomalies faciales, des malformations et des atteintes cérébrales...</p> <p><b>Conseils à l'entourage</b></p> <p>Ne proposez pas d'alcool à une femme enceinte et prévoyez des boissons sans alcool attractives : jus de fruits pressés, cocktails sans alcool, eaux aromatisées...</p> <p>Durant les 3 premiers mois, une femme peut souhaiter rester discrète sur sa grossesse : respectez sa décision, n'insistez pas pour la servir et évitez les questions indiscrettes.</p> <p> Ce picto figure sur tous les conditionnements d'alcool pour rappeler les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse.</p>

Figure 51 Affiche zéro alcool pendant la grossesse, trop difficile ? Source CESPARM

Figure 52 Brochure zéro alcool pendant la grossesse. Source CESPARM

## b. Les personnes âgées

On estime qu'environ 30 000 décès chez la personne âgée de 65 ans et plus sont imputables, directement ou indirectement, à un mésusage de l'alcool. Ce chiffre est très certainement sous-estimé du fait de l'insuffisance de repérage. On distingue le mésusage d'alcool ancien qui se poursuit avec l'âge, du mésusage récent souvent réactionnel et ayant pour objectifs de calmer des symptômes. Même si la consommation chronique est plus fréquente, le binge drinking n'est pas impossible.

Vieillir est associé à une multiplication des traitements pris par le patient et à une sensibilité à l'alcool accrue. Cette sensibilité s'explique par des changements physiologiques chez la personne âgée : la diminution du volume de distribution de l'alcool dans l'organisme, la diminution des mécanismes de métabolisation hépatique et des mécanismes d'élimination rénale. Il faut être d'autant plus vigilant que ces effets se cumulent avec la modification des

paramètres pharmacocinétiques de certains médicaments par l'alcool (retard d'absorption, inhibition ou induction du métabolisme ou de l'élimination) et avec la potentialisation de effets pharmacodynamiques. (9,90)

Les tableaux cliniques ne sont pas spécifiques : chutes, démences, troubles psycho-comportementaux, pertes d'autonomies. Les complications peuvent être :

- Aigues : chutes, blessures, fractures, état confusionnelles, coma, arythmie ;
- Chroniques : pathologies cardiologiques, syndrome confusionnel ou démentiel (parfois confondu avec des maladies dégénératives de type Alzheimer), pathologies psychiatriques, troubles du sommeil, conséquences psychosociales (isolement social, sentiment de honte, conflits familiaux).

L'âge en lui-même est un facteur de risque non modifiable, mais la consommation excessive d'alcool est quant à elle un facteur de risque modifiable de complications chez le sujet âgé.

### **c. Les jeunes**

Selon l'enquête ESCAPAD<sup>10</sup>, 8,4% des adolescents de 17 ans disent consommer de l'alcool au moins 10 fois par mois. Cela fait de l'adolescent un des profils les plus à risques, qui doit donc faire l'objet d'actions de prévention ciblée. La consommation régulière d'alcool est plus fréquente chez les adolescents sortis du système scolaire, les adolescents dont au moins un des deux parents consomme de manière quotidienne de l'alcool, et ceux vivants dans une petite agglomération. Il y a de fortes différences d'usage selon l'environnement social et la scolarité. Ces différences doivent être prises en compte pour mieux cibler les actions de prévention. (27)

Du fait du profil à risque que représentent les adolescents et les jeunes adultes, il est utile de rechercher un potentiel mésusage. (12)

Instauré lors de la rentrée 2018, le Service sanitaire mobilise les étudiants en études de santé dans des actions de prévention primaire et de promotion de la santé. Réalisé en 5<sup>ème</sup> année pour les étudiants en pharmacie, il permet de développer leurs compétences dans la réalisation d'actions de préventions auprès de publics variés et ainsi d'intégrer la prévention dans leur future pratique professionnelle, tout en facilitant la diffusion des comportements favorables à la santé. Les actions peuvent être menées auprès de différents publics : élèves – issus de zone d'éducation prioritaire ou non -, personnes âgées, personnes en situations précaires ; dans

---

<sup>10</sup> Enquête de sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel et de préparation à la défense

différents cadres : en école primaire, collège, lycée général et professionnel, ou même en entreprise. Les actions pouvant être menées relèvent d'enjeux considérés comme prioritaire tels que l'alimentation, la santé sexuelle, l'hygiène buccodentaire ; mais également les addictions, comme par exemple la sensibilisation au concept d'addiction dans les écoles ou le lien entre alcool et fête dans les collèges et lycées. (77,86)

#### **d. Prévention des interactions alcool-médicament**

##### **i. Recommandations**

L'alcool est impliqué dans de nombreuses interactions pharmacodynamiques et pharmacocinétiques. Les effets dépendent de la sensibilité des patients, des modalités de consommation de l'alcool ainsi que du médicament. En effet, même si de nombreuses interactions sont décrites, elles ne sont pas toutes cliniquement significatives.

Des précautions particulières doivent être prise en cas de troubles hépatiques, de consommation d'alcool régulière, de dénutrition et de malnutrition.

Le pharmacien se doit de connaître et de reconnaître les médicaments pour lesquels la consommation d'alcool peut poser problème, d'être capable d'attirer l'attention sur les possibles interactions lors de l'instauration d'un traitement ou de son renouvellement. Il doit également savoir rechercher un mésusage d'alcool lors de la délivrance d'un médicament connu pour interagir avec l'alcool (warfarine, BZD, opiacés). (12)

Il faut veiller à ce que les patients sous traitements ne renoncent pas à les prendre pour pouvoir boire de l'alcool. Par principe de précaution, la meilleure option est toujours de s'abstenir de consommer des boissons alcoolisées. Cependant il convient de proposer des solutions pour les patients ne pouvant pas s'abstenir totalement. (90,91)

##### **ii. Exemples d'interactions pharmacodynamiques**

###### **Un. Alcool et traitements antidiabétiques**

La consommation d'alcool majore le risque d'acidose lactique lors de la prise de metformine. Ce risque est aggravé en cas d'insuffisance rénale et de dénutrition et se manifeste par des vomissements, douleurs abdominales, sensation de malaise, problèmes respiratoires voire coma. Il faut avertir le patient sur ce risque et les signes associés. Il faudrait idéalement ne pas consommer d'alcool du tout, sinon de ne jamais boire plus de 3 verres d'alcool par jour.

L'alcool a un effet hypoglycémiant, il peut la retarder tout en l'intensifiant, et peut également en masquer les signes physiques. Cela peut avoir un impact significatif chez les patients traités par insulines, analogues de GLP-1 ou sulfamides hypoglycémiants (et repaglinide). La meilleure option est de déconseiller la consommation d'alcool, sinon de conseiller aux patients de boire moins de 3 verres d'alcool, de préférence durant le repas composé de suffisamment de féculents. (92–94)

#### Deux. Alcool et médicaments déprimeurs du système neurovégétatif

La consommation d'alcool renforce les effets sédatifs des neuroleptiques (quétiapine, olanzapine, rispéridone), des dérivés morphiniques, des antihistaminiques H1 (particulièrement ceux à visée sédatif), des antihypertenseurs centraux (clonidine, rilménidine), métoclopramide, et bien d'autres. Les patients peuvent se sentir moins somnolents s'ils en consomment régulièrement, mais les troubles de la coordination et de la concentration ne sont pas réduits. La consommation d'un verre de temps en temps ne pose pas de problème dans la plupart des cas, en revanche il faut dissuader les patients de consommer de l'alcool en cas de conduite d'un véhicule ou de manipulation de machines

La consommation d'alcool majore le risque de dépression respiratoire, mais également les risques d'hypotension, d'hypothermie et de sédation des benzodiazépines et des z-drugs<sup>11</sup>. Le risque en cas de consommation d'un verre de temps à autre semble faible mais la vigilance doit être accrue pour les patients ayant des problèmes respiratoires.

La consommation d'alcool majore le risque de sédation, de troubles de la mémoire, de la concentration et d'hypotension orthostatique avec les antidépresseurs, et particulièrement ceux à action sédatif (amitriptyline, miansérine, mirtazapine). (92–94)

#### Trois. Alcool et effet antabuse

La consommation d'alcool associée à la prise de disulfirame provoque une forte réaction désagréable exploitant l'effet antabuse. Cet effet est utilisé en thérapeutique car le disulfirame provoque une accumulation d'acétaldéhyde dans les tissus qui entraîne des effets délétères tels que rougeurs, céphalées, nausées, vertiges, palpitations cardiaques.

Cet effet peut être provoqué en cas de consommation d'alcool concomitante à la prise de métronidazole, griséofulvine, glibenclamide et glipizide et secnidazole ; ce qui explique

---

<sup>11</sup> Zolpidem et zopiclone

pourquoi il convient de déconseiller la consommation d'alcool pendant toute la durée du traitement. La reprise de la consommation pourra se faire en tenant compte de la demi-vie d'élimination du médicament incriminé. (92–94)

#### Quatre. Alcool et effet fromage

La consommation d'alcool pendant un traitement par iproniazide est déconseillée car elle peut déclencher une crise fébrile et hypertensive connue sous le nom d'« effet fromage ». Elle s'explique par le mode d'action de l'iproniazide qui en inhibant de manière non sélective la monoamine-oxydase A et B (MAO-A et MAO-B), inhibe le métabolisme de la noradrénaline, de la dopamine, de la sérotonine, et de la tyramine qui peuvent se retrouver en quantité importante dans les viandes maturées, certains fruits secs, mais également certaines boissons alcoolisées comme les vin rouges (par exemple le chianti) ou dans certaines bières. (92–95)

### iii. Alcool et cytochromes

#### Un. Généralités

La consommation d'alcool peut agir sur le métabolisme de certains médicaments en l'accéléralant ou en le ralentissant selon le mode de consommation. Une consommation aigue d'alcool à forte dose peut inhiber le métabolisme d'un médicament ; et entraîner une majoration de son effet jusqu'à des seuils toxiques. Une consommation chronique d'alcool peut quant à elle stimuler le métabolisme du médicament et entraîner une diminution de l'efficacité de la molécule mère à dose égale et / ou une augmentation de la toxicité du métabolite.

Ces effets sur le métabolisme sont provoqués par la modification de l'activité des cytochromes P450 (CYP<sup>12</sup>). Ils touchent le CYP2E1 mais aussi dans une moindre mesure le CYP3A4 et le CYP1A2.

Ce phénomène peut compliquer la prise en charge de l'alcoolodépendance. La consommation quotidienne d'alcool, en stimulant le métabolisme de certains médicaments, rend le corps plus résistant aux effets du principe actif, ce qui nécessite parfois d'augmenter les dosages. Il peut s'en suivre alors, en cas d'arrêt brutal des consommations sans adaptation des posologies, un possible effet rebond et une augmentation de la toxicité de certains médicaments. Ce phénomène est retrouvé chez les patients sous AVK par exemple. L'effet des AVK est

---

<sup>12</sup> Enzymes impliquées dans le métabolisme des substances dont les médicaments

augmenté en cas d'alcoolisation massive ponctuelle, alors qu'il est diminué en cas de consommation chronique. En cas de consommation ancienne et importante d'alcool, des doses plus importantes sont nécessaires pour maintenir l'international normalized ratio (INR<sup>13</sup>) dans la fenêtre thérapeutique. Alors qu'en cas de changement brutal dans les habitudes de consommation sans suivi médical, l'effet anticoagulant sera majoré avec une élévation de l'INR et un risque hémorragique augmenté.

En revanche, en cas d'alcoolodépendance avancée avec cirrhose décompensée, l'induction enzymatique provoquée par l'alcool sera masquée par l'insuffisance hépatique. (96,97)

## Deux. Cas de l'association alcool et paracétamol

L'alcoolodépendance diminue la dose à partir de laquelle le paracétamol devient toxique pour le foie.

En théorie, l'oxydation de l'éthanol en acétaldéhyde se fait chez la personne saine majoritairement grâce à l'alcool déshydrogénase (et de manière accessoire par le CYP2E1 avec intervention du glutathion réduit). En revanche en cas de consommation chronique, le métabolisme par le CYP2E1 devient la principale voie de métabolisation.

En cas de consommation occasionnelle d'alcool, ce dernier possède un effet inhibiteur du CYP2E1, alors qu'en cas de consommation chronique il possède un effet inducteur.

Comme rappelé dans la figure 54, le paracétamol est principalement métabolisé au niveau hépatique à 97 % par glucuroconjugaison et sulfoconjugaison sous forme non toxique. En revanche il est métabolisé à hauteur de 3 % par le CYP2E1 en N-acétyl-para-benzo-quinone-imine (NAPQI) qui est un métabolite actif toxique. Ce métabolite est très rapidement inactivé par le glutathion réduit en acide mercaptopurique non toxique, éliminé par voie urinaire. (98)

En cas de consommation aigue, la faible part de NAPQI formée pourra ne pas être totalement inactivée par le glutathion, et entrainera des lésions hépatiques. Cependant, il a été décrit un effet « protecteur »

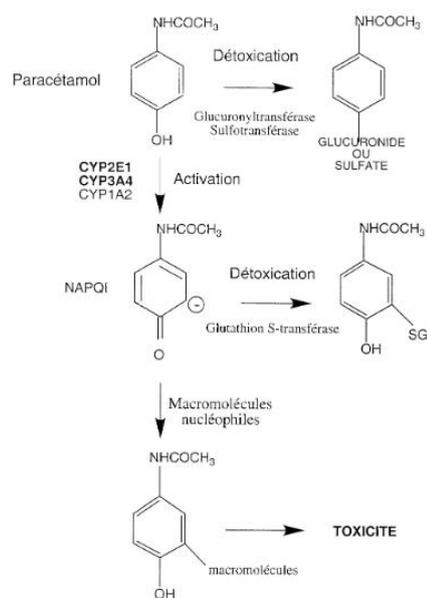


Figure 53 Métabolisme du paracétamol (96)

<sup>13</sup> Test biologique sanguin permettant d'évaluer l'effet des AVK

transitoire de l'alcool dans les cas de tentatives de suicide par ingestion de paracétamol et d'alcool. En inhibant temporairement le CYP2E1 par compétition, l'alcool diminuerait la toxicité du paracétamol en inhibant la formation de NAPQI hépatotoxique.

En cas de consommation chronique, l'effet délétère sera double

- L'activité du CYP2E1 est augmentée par l'alcool, ce qui a pour conséquence une production plus importante de NAPQI. Lors de la consommation, nous pouvons nous attendre à une compétition entre l'éthanol et le paracétamol au niveau du CYP2E1, alors qu'en dehors de la consommation, les individus vont métaboliser d'avantage le paracétamol en NAPQI. Cela se fait sans induction en parallèle des voies de glucuroconjugaison et de sulfoconjugaison.
- D'autre part, le stock de glutathion réduit est diminué et plus rapidement épuisé.

S'ajoute à cela l'effet délétère de la dénutrition que l'on peut observer dans certains cas d'alcoolodépendance, qui favorise les déficits en glutathion (utilisé dans la détoxification du NAPQI) et en glucose (utilisé dans la voie de glucuroconjugaison non toxique). Le NAPQI, produit en quantité plus importante, est donc encore moins inactivé et entraînera plus de lésions hépatiques.

Lors du sevrage, du fait de l'induction du CYP2E1 et de l'absence de l'éthanol pour jouer le rôle de substrat de compétition, la production de NAPQI hépatotoxique est augmentée.

En pratique, un verre d'alcool de temps à autre ne posera pas de problème en cas de prise de paracétamol à des posologies usuelles (chez l'adulte de plus de 50 kg à hauteur de 1 gramme toutes les 6 heures soit 4 grammes par jour ; 1 gramme toutes les 8 heures soit 3 grammes par jours chez le sujet âgés, le sujet pesant moins de 50 kg ou ayant une insuffisance hépatique modérée).

En revanche, une consommation quotidienne d'alcool associée à une consommation régulière de paracétamol peut provoquer des lésions hépatiques. Chez les patients ayant des troubles des fonctions hépatiques (dû par exemple à une consommation importante d'alcool) il faut avertir le patient de l'augmentation de la sensibilité à la toxicité hépatique du paracétamol et lui dire de ne pas prendre plus de 3 grammes de paracétamol par jour (1 grammes toutes les 8 heures), voire même 2 grammes par jour maximum si le niveau de consommation est très important. En raison du risque d'hépatotoxicité accrue, la dose maximale sera diminuée à 2 grammes par jours chez le patient dénutri chronique et chez le patient en cours de sevrage alcoolique.

À la vue des multiples interactions possibles entre médicaments et alcool, il est nécessaire pour les pharmaciens d'officine de mettre en garde les patients sur les interactions possibles, et de s'impliquer dans la réduction active des conséquences de ces interactions. (90,99)

## 2. PREVENTION SECONDAIRE : CAS DU REPERAGE PRECOCE ET INTERVENTION BREVE

De par le nombre de personnes concernées, la consommation à risque provoque plus de dommage en termes de morbidité et de mortalité que la dépendance. Il semble donc nécessaire de mettre en place un dépistage en routine de la consommation à risque. (8,76)

Cette étape de repérage est importante, car il est plus facile pour un buveur non dépendant de modifier sa consommation d'alcool que pour un buveur dépendant. Cette approche est d'autant plus intéressante que le rapport coût-efficacité des interventions brèves est bien meilleur que celui du traitement médicamenteux de l'alcoolodépendance.

Dans le but de prévenir les comportements à risque et le passage dans la dépendance, le pharmacien est à même d'évaluer la consommation du patient qu'il a en face de lui, ainsi que de délivrer une information claire, dans le but de faire prendre conscience des risques qu'il encoure.

Un dépistage de mésusage d'alcool devrait être effectué chez les personnes les plus à risques : personnes prenant certains médicaments, femmes enceintes, jeunes adultes, personne âgée, personnes souffrant de certains problèmes de santé (trouble psychiatrique, du sommeil, atteinte hépatique,). (12)

L'action auprès des usagers pourraient être structurée sur la base d'un entretien alcool, basé sur le repérage précoce et intervention brève (RPIB). A l'instar d'une consultation chez le médecin généraliste, le pharmacien pourrait s'entretenir sur le sujet de l'alcool avec les patients qui le souhaitent. Ces sujets pourraient être évoqués lors de bilans de prévention réalisés à différents âges de la vie (25, 45, 65 ans) en lien avec les rappels vaccinaux. Il pourrait aborder plusieurs thèmes tels que l'alimentation, le dépistage des cancers et les addictions ; ou orienter si besoin le patient vers une consultation médicale ou spécialisée. Cette intervention serait tracée dans le dossier pharmaceutique (DP) du patient. Pour permettre leur déploiement efficace, ce type d'intervention devra être formalisée et rémunérée. (77)

## A. Généralités

Le terme « intervention brève » inclut différents types d'interventions pendant lesquelles le professionnel donne des conseils et fournit une aide psychologique pour faire comprendre les effets négatifs de sa consommation d'alcool et pour explorer avec le patient les manières de les réduire. Elle s'adresse essentiellement aux personnes non dépendantes, car elles n'ont pas besoin d'être orientées vers une prise en charge addictologique. Les personnes dépendantes seront orientées vers des soins spécialisés : le repérage fera office de première étape de soin.

Le but n'est pas l'abstinence à tout prix, mais de favoriser une baisse de consommation d'alcool pour diminuer son impact sur la santé. Les principaux objectifs de cette démarche sont :

- Diminuer les risques liés à la consommation d'alcool sur la santé en faisant revenir la consommation en dessous des seuils de risques ;
- Diminuer les risques du passage vers la dépendance ;
- Diminuer les risques d'apparition et/ou d'aggravation d'un trouble secondaire à la consommation ;
- Diminuer les risques liés à l'association alcool-médicament, en sachant que ledit médicament peut être prescrit pour traiter un trouble causé par la consommation d'alcool.

Le RPIB s'appuie sur l'idée qu'il n'est pas nécessaire d'être alcoolodépendant pour présenter un usage à risque / nocif de l'alcool. Les risques de l'alcool sont envisagés comme des risques gradués, placés sur un continuum de degrés de sévérité. (100)

4 facteurs favorisent la réussite de l'accompagnement vers un changement de comportement durable :

- La connaissance et l'utilisation des techniques d'intervention brève ;
- L'accompagnement et le soutien du patient dans sa décision au changement ;
- La formation dans l'accompagnement des consommateurs à risque / à problème ;
- Le fait d'être soutenu par un addictologue dans l'accompagnement des consommateurs à problème / dépendant. (4,76,85,101)

## **B. Le repérage précoce**

Il a pour but d'identifier la consommation à risque. Il convient de poser des questions précises pour obtenir les réponses les plus précises possibles (volume, fréquence, type)

Dans la population générale, les questionnaires de dépistage sont plus performants, en termes de sensibilité et de spécificité, que les marqueurs biologiques (par exemple les gamma GT)

La 1<sup>ère</sup> étape consiste en un pré-repérage, en demandant au patient s'il lui arrive de consommer une boisson contenant de l'alcool. S'il répond oui, le repérage peut commencer. De nombreux questionnaires ont été développés pour détecter rapidement les troubles de l'usage de l'alcool : questionnaire CAGE, AUDIT, AUDIT-C (évoqués plus bas), et bien d'autres.

La suite de la prise en charge dépend du résultat, en fonction de 3 niveaux de risque :

En cas de risque faible, la prévention primaire suffit.

- Le sujet est invité à demander conseil à un professionnel de santé si la situation change.
- Il convient de valoriser les bons comportements de santé qui découlent de ce résultat, de définir le verre standard et les repères à faible risque, et de rappeler les situations pour lesquelles l'abstinence est un bon choix. (100)

En cas de consommation dépistée comme à risque, l'intervention brève justifiée par un objectif de réduction des risques. La restitution du résultat constitue la première étape. Il est conseillé de fournir l'explication attachée à ce résultat, puis d'ouvrir le dialogue par une question ouverte : « qu'en pensez-vous ? »

En cas de risque de dépendance, il convient d'orienter le patient vers une prise en charge addictologique. (85,100,102)

Le repérage devrait se faire idéalement au moins une fois par an, et/ou lors de tout changement dit « biopsychosocial », mais également en cas de risque situationnel (grossesse, conduite de véhicule, prise de médicament, conditions de vie pouvant amener du stress).

### **a. Questionnaire FACE**

En France, c'est le questionnaire FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation, ou Formule pour Approcher la Consommation d'alcool en Entretien) qui a été retenu dans le cadre du RPIB en alcoologie. Plus rapide à réaliser, il est composé de 5 items, les 2 premiers

évaluent la consommation des 12 derniers mois, les 3 autres l'alcoolisation à risque et la dépendance dans la vie entière. Il se présente comme suit :

N°	Énoncé	Nombre de points par réponse				
		0	1	2	3	4
Q1	À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	1 fois / mois ou -	2-4 fois / mois	2-3 fois / semaine	Au moins 4 fois / semaine
Q2	Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1-2 fois	2-4	5-6	7-9	10 ou +
Q3	Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	Non	/	/	/	Oui
Q4	Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	Non	/	/	/	Oui
Q5	Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?	Non	/	/	/	Oui

Résultats :

- Entre 0 et 4 chez la femme et 0 et 5 chez l'homme : risque faible ou nul ;
- Entre 4 et 8 chez la femme et 5 et 8 chez l'homme : mésusage probable ;
- Plus de 8 chez la femme et l'homme : risque de dépendance. (103)

## b. AUDIT

Le questionnaire AUDIT (Alcohol use disorders identification test) a été créé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et est adapté aux personnes de 18 ans et plus. 10 questions permettent d'évaluer le risque lié à la consommation d'alcool du sujet. (104)

N°	Énoncé	Nombre de points par réponse				
		0	1	2	3	4
Q 1	À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	1 fois par mois ou -	2-4 fois par mois	2-3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
Q 2	Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3-4	5-6	7-9	10 ou +
Q 3	Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire 6 verres	Jamais	- d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou

	standard ou plus ?					presque
<b>Q 4</b>	Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir consommé ?	Jamais	- d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
<b>Q 5</b>	Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?	Jamais	- d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
<b>Q 6</b>	Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?	Jamais	- d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
<b>Q 7</b>	Dans les 12 derniers mois, à qu'elle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?	Jamais	- d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
<b>Q 8</b>	Dans les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	- d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque
<b>Q 9</b>	Vous être-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui mais pas dans les 12 derniers mois		Oui au cours des 12 derniers mois
<b>Q 10</b>	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 ?	Non		Oui mais pas dans les 12 derniers mois		Oui au cours des 12 derniers mois

Résultats :

- Entre 0 et 5 chez la femme ou entre 0 et 6 chez l'homme : risque faible ou nul ;
- De 6 à 12 pour une femme ou de 7 à 12 pour un homme : risques pour la santé ;
- Au-delà de 12 : risque de dépendance. (105)

### c. AUDIT-C

C'est la version courte de l'AUDIT, composé de 3 questions.

Item	Nombre de points par réponse				
	0	1	2	3	4
Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	1 x / mois ou moins	2-4 x / mois	2-3 x / semaine	4 x / semaine +
Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 ou +
Avec quelle fréquence buvez-vous 6 verres ou plus lors d'une occasion particulière ?	Jamais	- de 1 x / mois	1 x / mois	1 x / semaine	Chaque jour ou presque

Tableau XII Questionnaire AUDIT-C (44)

Résultats :

- Entre 0 et 2 chez la femme et entre 0 et 3 chez l'homme : pas de consommation à risque ;
- Entre 3 et 9 chez la femme et entre 4 et 9 chez l'homme : mésusage probable ;
- Score de 10 ou plus : dépendance probable. (45)

#### **d. CAGE / DETA**

C'est un questionnaire en 4 questions (Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener ; ou en version française Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) :

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

Une réponse positive à 2 de ces questions sur 4 est un critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool. (45)

### **C. L'intervention brève**

L'intervention brève prend la forme d'un entretien d'une dizaine de minute. C'est un entretien mené dans un « esprit motivationnel, guidé, non-jugeant », destiné à un sujet ambivalent à l'idée de modifier un comportement nocif (100,106). Ce type d'entretien peut

tout à fait être réalisé à l'officine dans l'espace de confidentialité, sous couvert d'une formation initiale et continue adaptée.

Elle est indiquée chez les hommes ayant obtenu un résultat entre 7 et 12 à l'AUDIT ou entre 5 et 8 au FACE, et chez les femmes ayant obtenu entre 6 et 12 à l'AUDIT et entre 4 et 8 au FACE. L'obtention d'un tel score indique une consommation d'alcool pouvant être à risque pour la santé, sans pour autant nécessiter le champ de l'addictologie spécialisée.

## **a. Déroulement d'une intervention brève**

### Étape 1 : restitution des résultats

La restitution des résultats est la 1<sup>ère</sup> étape de l'intervention brève. Une question ouverte permet d'ouvrir la discussion : « qu'en pensez-vous ? »

### Étape 2 : risque alcool

Il convient d'expliquer clairement et simplement ce qu'est le risque alcool, c'est-à-dire quels sont les risques d'une consommation d'alcool pour la santé. Il peut être utile de faire appel à des facteurs de risques familiaux pour le patient, et d'évaluer les risques personnels et situationnels du patient. Exemple : « Il est prouvé qu'au-delà de 2 verres par jour chez les femmes et 3 chez les hommes, la consommation d'alcool a des effets négatifs semblable à l'hypertension ou à l'augmentation du cholestérol »

### Étape 3 : verre standard

Il convient de rappeler ce qu'est le verre standard, en s'aidant d'un visuel ou d'une affiche.

Il est possible d'augmenter la motivation au changement du patient en lui demandant d'abord ce qu'il connaît des liens entre alcool et problèmes de santé, puis en faisant le lien, le cas échéant, entre ses consommations et les difficultés, problèmes de santé et constats clinique.

### Étape 4 : intérêt au changement

Poser une ou des questions ouvertes pour rechercher l'intérêt personnel au changement chez le patient, et comprendre ses représentations et attentes. Exemple : « À votre avis, quels bénéfices pourriez-vous tirer d'une réduction de votre consommation d'alcool ? ». Les arguments qui viendraient du patient auront une valeur bien plus importante en termes de conviction que tous les arguments scientifiques exposés par un professionnel de santé

### Étape 5 : objectifs

Proposer des objectifs au patient, tout en lui laissant le choix et en valorisant son autonomie. Cela permettra d'évaluer le niveau de disposition au changement. Exemple : « Je vous propose que nous réfléchissions ensemble pour que vous rameniez votre consommation d'alcool en dessous des seuils de risque, afin de protéger votre santé et d'obtenir les bénéfices que vous venez d'évoquer. Qu'en pensez-vous ? »

Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation. Le patient est-il disposé à s'engager dans le changement ?

→ S'il est disposé à s'engager dans le changement

#### Étape 6 : méthodes

Aider le patient à se fixer des objectifs réalistes et personnalisés pour suspendre ou réduire sa consommation, et exposer ensemble les méthodes utilisables pour atteindre ces objectifs.

Il convient d'aider le patient à établir des stratégies lui permettant de contrôler sa consommation d'alcool tel que la tenue d'un calendrier des consommations, d'un carnet de bord, du choix de boissons de remplacement, de l'établissement de la liste des situations à risque, des lieux à éviter au moins temporairement.

#### Étape 7 : disponibilité

Réaffirmer sa disponibilité pour en reparler plus tard. Il est dans l'intérêt du patient de susciter régulièrement son engagement dans la réduction ou l'arrêt des consommations.

#### Étape 8 : encouragement

Encourager le patient à continuer à s'informer, et lui remettre une brochure et/ou orienter vers un site, application, forum, association, aide à distance. Exemple du livret de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) « pour réduire sa consommation »

→ S'il n'est pas disposé à s'engager dans le changement

#### Étape 7 : disponibilité

Réaffirmer sa disponibilité pour en reparler plus tard L'ambivalence est un phénomène normal. Les conseils prodigués ont des chances d'entraîner une chance dans la manière de penser du patient, qui pourra peut-être décider plus tard de passer à l'acte. Il est dans l'intérêt du patient de susciter régulièrement son engagement dans la réduction ou l'arrêt des consommations.

Il peut être utile en attendant de rappeler les conseils de diminutions des risques :

- Réduire la quantité totale d'alcool consommée ;
- Boire lentement, en mangeant et en alternant avec de l'eau ;
- Éviter les lieux et les activités à risque.

#### Étape 8 : encouragement

Encourager le patient à continuer à s'informer, et lui remettre une brochure et/ou orienter vers un site, application, forum, association, aide à distance. Exemple du livret de l'INPES « pour réduire sa consommation »

Il est probable que le patient soit vu quelques semaines voire mois après le 1<sup>er</sup> entretien. Qu'importe si le patient a été capable de remplir l'objectif de consommation et de le maintenir, il est important de continuer à afficher son soutien.

Si le patient en a été capable, il convient de :

- Renforcer le suivi des recommandations et valoriser l'éventuelle disparition des symptômes ;
- Renégocier les objectifs en fonction de la situation en cas de changement de situation médicale, ou de volonté de reprise des consommations après une période d'abstinence ;
- Renouveler le repérage au moins 1 fois par an.

Si le patient n'en a pas été capable, il convient de :

- Reconnaître que le changement est un processus difficile ;
- Valoriser tout changement positif ;
- Identifier les obstacles ;
- Renégocier l'objectif et le plan pour l'atteindre ;

Si le patient n'arrive pas à atteindre son objectif, il peut être utile de proposer au patient une consultation de type entretien motivationnel ou une consultation d'addictologie.  
(4,85,100,102,107)

## **b. Efficacité de l'intervention brève**

### **i. Revue de la littérature Cochrane**

Cette revue évalue l'efficacité du RPIB concernant l'alcool en étudiant les essais contrôlés randomisés ayant eu lieu dans de nombreux pays, dans le cadre de la médecine générale, d'un service d'urgence ou d'autres établissements de soins primaires. Le groupe de comparaison était soit l'absence d'intervention soit l'intervention minimale (correspondant aux soins habituels, à l'évaluation seules ou aux conseils minimaux sur l'alcool). Ici l'intervention brève a été définie comme une conversation composée de 5 sessions maximums de conseil, pour une durée totale de moins d'une heure.

Sur les plus de 5 000 études éligibles, 69 études randomisées répondant aux critères de sélection ont été incluses, en 2 méta-analyses, pour un total de 33 642 participants. Les risques de biais systématiques (biais d'aveuglement, de sélection, d'attrition<sup>14</sup>) ont été pris en compte pour établir les niveaux de preuves.

La méta-analyse primaire comprenant plus de 15 000 participants dans 34 études a fourni des preuves de qualité modérée, après un an, d'une réduction de la consommation d'alcool (moins 20 grammes d'alcool pur par semaine, soit une pinte de bière légère (à 5°) ou un tiers de bouteille de vin (à 10°) par semaine), chez les femmes et les hommes ayant bénéficié d'une intervention brève, en comparaison des sujets ayant bénéficié d'une intervention minimale ou nulle.

Cette étude retrouve également

- Des preuves de qualité modérée affirmant que les interventions brèves n'ont que peu d'impact sur la fréquence des conduites de binge drinking dans la semaine, sur les jours de consommation par semaine ou sur l'intensité de consommation.
- Des preuves de qualité modérée d'une faible différence dans la quantité d'alcool consommée en comparant les interventions prolongées et les interventions minimales ou nulles, dans les conduites de binge drinking dans la semaine et dans les jours de consommation par semaine.
- Des preuves de faible qualité d'un impact faible de l'intervention prolongée par rapport à une intervention minimale ou nulle (différence moyenne de 9 grammes d'alcool / semaine), et des preuves de faible qualité d'un impact semblable entre l'intervention prolongée et l'intervention brève.

---

<sup>14</sup> Biais associé à l'exclusion différentiels de sujets d'une étude

- Des preuves de très faible qualité de la survenue d'effets indésirables lors de l'intervention brève.

Il y a des preuves robustes que les interventions brèves peuvent réduire la consommation d'alcool chez les buveurs dits « dangereux » ou « nocifs ». L'effet est constaté jusqu'à un an après l'intervention brève. Une intervention plus longue ne semble pas fournir de résultats supplémentaires. (108)

## ii. Résultats d'autres études

D'autres études retrouvent des résultats similaires.

Une revue systématique de 2014 comprenant 56 études a conclu qu'il existait de « bonnes preuves » d'efficacité des interventions brèves, mais qu'il y avait des lacunes concernant les populations particulières, la durée et la fréquence optimales de ces interventions. (109)

Une revue systématique de 2015 de 7 revues conclu qu'une intervention brève de 15 minutes donne de meilleurs résultats que l'absence d'intervention ou une intervention plus longue, et que plusieurs interventions courtes donnent de meilleurs résultats qu'une seule longue. (110)

Enfin, une étude de 2015 ayant pour objet les jeunes âgés de 11 à 30 ans a démontré une diminution significative jusqu'à un an de la consommation d'alcool et des problèmes liés à sa consommation. (111)

Pour conclure, les professionnels de santé, dont le pharmacien, doivent soutenir l'abstinence ou la modération, ainsi que les autres comportements bénéfiques pour la santé tels que l'alimentation équilibré, la pratique d'une activité sportive. Le repérage d'une modification des habitudes de consommation doit permettre de prévenir l'apparition de dommages physiques, psychiques ou sociaux, et l'apparition d'une dépendance. Un soutien doit être apporté aux efforts visant à réduire ces risques.

Notons que les interventions numériques viennent de plus en plus en complément voir en remplacement des interventions brèves. L'avantage réside dans le fait qu'elles s'avèrent généralement moins coûteuses à mettre en place et à maintenir ; et que les gens peuvent en bénéficier n'importe où à n'importe quel moment depuis leur smartphone ou leur ordinateur. Pourtant, il est possible que ce type d'intervention ne convienne pas à toutes les catégories de personnes, du fait d'une possible difficulté d'accès et d'utilisation, ou du besoin de soutien personnel pour poursuivre l'intervention. Elles peuvent avoir un intérêt dans la réduction de la consommation en fournissant des ressources d'autoévaluations et d'autosoins. (112)

### 3. PREVENTION TERTIAIRE

L'alcoolodépendance est le stade le plus sévère de la consommation à risque. Il ne concerne qu'une minorité de personne ayant une consommation à risque d'alcool. Il existe néanmoins un défaut d'accès aux soins pour ces personnes, car seulement 10 % d'entre elles bénéficient de soins addictologiques. (76)

Le pharmacien informe et accompagne les patients et leur entourage en cas d'alcoolodépendance, par l'information et la délivrance de traitements. Le patient alcoolodépendant peut rencontrer le pharmacien à différents stades de sa prise en charge : pendant un sevrage ambulatoire, au décours d'un sevrage en milieu hospitalier, en phase d'abstinence ou encore en phase de contrôle des consommations.

Certaines molécules sont autorisées en France dans l'indication « abstinence » ou « réduction des consommation ». La démarche de soins la plus adaptées est celle qui allie alliance thérapeutique, soutien social de la part de l'environnement, interventions psychosociales et traitement pharmacologique. (8)

#### **A. Les deux approches possibles**

L'objectif de traitement d'un mésusage de l'alcool devrait d'abord être l'amélioration de la qualité de vie du patient. (12)

Une partie des patients alcoolodépendants ne se sent pas capable ou n'a pas envie de s'engager dans une démarche d'abstinence. Une offre de chemins thérapeutiques plus large permet d'augmenter les rencontres et de faciliter son engagement dans les soins.

De plus, une diminution contrôlée permet une baisse significative des risques et dommages liés à la consommation d'alcool.

Enfin, la dichotomie entre abstinence et consommation contrôlée n'est absolument pas imperméable. Il s'agit plutôt d'un continuum, l'objectif réalisé n'étant pas toujours l'objectif initial, il peut également évoluer avec le patient. Une période d'abstinence temporaire peut être envisagée avant de mettre en place une consommation contrôlée sur le long terme, comme une consommation contrôlée peut être une étape intermédiaire en vue d'une abstinence ultérieure.

Qu'importe le parcours du patient, le contact avec un professionnel de premier recours tel que le pharmacien d'officine est le premier objectif (76). La décision de l'objectif thérapeutique doit revenir au patient. Le pronostic est bien meilleur lorsque le projet de soin a été choisi par le patient, conformément à des objectifs de vie, ses motivations et ses capacités cognitives. (113)

## **a. L'approche abstinent**

### **i. L'ancien unique objectif**

Chez les patients alcoolodépendants, l'abstinence reste à l'heure actuelle l'objectif de référence.

Il est associé à de meilleures chances de réussite que celui de réduction des consommations. Il a été démontré que chez les personnes voulant arrêter l'alcool, un sevrage (en comparaison à une réduction progressive) est également associé à de meilleures chances de réussite (76). C'est également l'objectif le plus approprié en cas de comorbidité somatique ou psychiatrique (114).

Cependant, on estime qu'au moins 70 % des personnes présentant un problème avec l'alcool ne reçoivent pas de soins. Une des explications du faible taux de patients dépendants bénéficiant d'une prise en charge spécialisée serait que l'objectif d'abstinence à vie décourage bon nombre de personnes souhaitant s'engager dans les soins. (32,47)

Cet objectif, bien qu'il soit l'idéal et celui à encourager dans la plupart des cas, n'est pas le seul envisageable.

### **ii. Représentations des patients**

L'abstinence a tendance à être perçue comme l'objectif idéal. Pour d'autres, c'est un objectif possible mais non nécessaire qui serait synonyme de sacrifice d'un plaisir.

La mise en application est perçue comme difficile car elle nécessite de dépasser le *craving* qui peut être très important. De plus pour certains, la peur de la rechute est un frein à l'engagement.

Les bénéfices retenus sont un bien-être physique et psychique, un renforcement de l'estime de soi, une amélioration des relations avec les proches ainsi que des avantages financiers.

Les principaux inconvénients sont la nécessité de rompre avec son environnement actuel et avec des habitudes de vie, le fait qu'elle soit vécu comme un « frein à la convivialité » et la difficulté du maintien de cet objectif.

La mise en place de l'abstinence est le fruit d'un long processus de réflexion et de changement. Elle paraît être plutôt une décision personnelle et engagée, qui nécessite un soutien psychosocial important aussi bien de la part des proches que des professionnels de santé. (113)

## **b. L'approche de réduction des risques et des dommages**

### **i. La nouvelle approche**

Près de la moitié des patients dépendantes ne souhaitent pas arrêter totalement leur consommation d'alcool. Il convient donc de proposer à ces derniers un objectif, au moins initialement, de réduction des risques et des dommages par la diminution et le contrôle des consommations. Il semblerait que 20 % des patients alcoolodépendants pourraient retrouver une consommation contrôlée, sans qu'aucun profil particulier ne puisse être établi. (47)

La réduction des risques et des dommages (RDRD) est « une approche centrée sur la diminution des conséquences d'un usage [...] plutôt que sur l'élimination de cet usage ». Il permet de prendre en charge les comorbidités somatiques, psychosociales et addictologiques, d'améliorer son état de santé général, et de potentiellement favoriser la motivation à l'objectif d'arrêt des consommations. Cet objectif implique d'accepter que la personne consomme en la prenant là où elle se trouve, et de définir avec elle des objectifs atteignables de réduction des risques. Il permet d'inscrire les usagers dans les soins auxquels ils n'auraient pas accès si on ne leur proposait que l'arrêt (115).

L'objectif de RDRD, de plus en plus connu et adopté par les professionnels de santé, est plus facilement concevable pour les consommateurs excessifs ou dépendants qui ne souhaitent pas devenir abstinent, au moins initialement. Le RPIB est utile pour encourager les consommateurs dans cette optique de réduction des risques, en les sensibilisant et en leur fournissant une aide pour changer de comportement. (32)

Cette approche de réduction des risques fait que l'abstinence n'est pas une fin en soi, sans être non plus « anti-abstinence ». Il s'agit d'accompagner le patient tout au long de son comportement de consommation. La RDRD s'appuie sur :

- La quantification quotidienne des boissons alcoolisées consommées (dans un agenda, sur un carnet, dans une application mobile) ;
- La fixation d'objectifs réalistes atteignables avec ou sans aide médicamenteuse ;
- Le renforcement de la motivation, le développement de l'autocontrôle et d'activités alternatives à la consommation d'alcool. (12)

Cette approche n'est pas indiquée dans un certain nombre de situations physiopathologiques : mineurs, femme enceinte ou projetant de l'être, travailleurs sur poste à risque, personnes prenant des traitements médicamenteux, patients ayant des pathologies psychiatriques ou certaines pathologies somatiques. (76)

Certaines recommandations à transmettre sont universellement valables lors des occasions de consommation :

- Réduire la quantité totale d'alcool bue lors d'une occasion ;
- Boire lentement, en mangeant et en alternant avec de l'eau ;
- Éviter les lieux et les activités à risque ;
- Être entouré de personnes de confiance et de pouvoir rentrer chez soi en sécurité. (85)

## ii. Représentations des patients

Pour certains patients abstinents, l'objectif de consommation contrôlée est voué à l'échec car le risque de rechute serait trop important. Pour d'autres, c'est un objectif acceptable permettant de maintenir le plaisir des boissons alcoolisées et la convivialité.

Pour les sujets ne se sentant pas prêt pour l'abstinence, elle représente une première étape de traitement, peut être en vue de l'abstinence. Certains patients disent ne pas pouvoir se séparer de l'alcool pour le moment, d'autres craignent la sévérité de la rechute en cas de tentative d'abstinence, alors que d'autres considère la consommation contrôlée comme une issue de secours au cas où l'abstinence ne serait pas atteinte. Plusieurs études ont montré qu'une grande partie des patients (variable de 20 à 80 % selon les sources) préfèrent choisir la consommation contrôlée comme premier objectif thérapeutique.

Les bénéfices retenus sont l'amélioration de la qualité des relations familiales et amicales, et l'augmentation du bien-être ressenti, au moins en partie grâce à la reprise d'activité.

Un des principaux inconvénients de cet objectif semble être qu'il n'est pas un « objectif libérateur » : il ne permettrait pas de tourner la page. Certains d'entre-eux ont même l'impression que continuer à boire entretient le *craving*.

Il semble plutôt être un objectif de soin intermédiaire, pragmatique, parfois proposé par les professionnels de santé lorsque l'abstinence n'est pas envisageable, parfois décidé par le patient lorsqu'il n'arrive pas à maintenir l'abstinence. Il présente l'avantage d'engager le patient dans une démarche de soins plus accessible, dans laquelle les professionnels de santé de ville peuvent intervenir. (113)

### iii. Modes d'accompagnement possibles

Nous pouvons distinguer 3 grands modes d'accompagnements à la RDRD de l'utilisateur selon sa capacité d'adhésion :

- L'accompagnement des consommations telles qu'elles sont, sans possibilité immédiate de changements de consommation, pour soutenir les patients et éviter une dégradation de leurs conditions de vie.
- La préservation de la « zone de confort » de l'utilisateur comme consommation lui permettant de ne souffrir ni d'une sous-alcoolisation (responsable de troubles somatiques et psychiques) ni d'une « suralcoolisation excessive » mettant sa vie en danger ;
- L'aide à la réorganisation du cadre d'usage pour en réduire les conséquences négatives. Cela peut être en proposant le recours régulier à une boisson non-alcoolisée entre chaque verre, l'installation progressive de l'alimentation pour retarder et diminuer les effets de l'alcool, l'étalement des consommations dans le temps, la réduction des quantités bues, la consommation au verre plutôt qu'à la bouteille, la consommation dans un environnement protégé et entouré si possible de personnes sobres, ou même la consommation d'alcool du commerce à la place d'alcool de contrefaçon, fait-maison, ou non alimentaire. (115)

## **B. L'importance de la prise en charge globale du patient**

La prise en charge de l'alcoolodépendance repose sur de nombreuses stratégies complémentaires : prise en charge psychothérapeutique, sociale, médicamenteuse, prise en charge des comorbidités tels que d'autres addictions, des troubles psychiatriques et somatiques. Un suivi à long terme par un ensemble de professionnels est nécessaire pour prendre en charge les troubles neuropsychiatriques qui sont fréquemment associés aux addictions. (32)

La prise en charge du patient dans sa globalité vise à maintenir le patient engagé et motivé dans son projet thérapeutique, et est associée à des taux plus élevés d'arrêt de l'usage, à un meilleur « fonctionnement global à long terme », à une meilleure utilisation des ressources disponibles et à une plus grande satisfaction des patients. (116)

Il est important que la prise en charge globale du patient soit en lien avec les soins primaires, dans lesquels le pharmacien d'officine est un acteur majeur. Cette connexion permet de lutter contre la stigmatisation des patients, de faciliter le repérage des consommations à risque, et d'améliorer l'accès aux soins spécialisés. (76)

Le Pr Cottencin<sup>15</sup> disait à ce sujet : « Il est certain que la rechute précoce est fréquente si l'on se cantonne au sevrage et si l'on ne profite pas de cette période pour travailler la motivation, la contrainte et les facteurs de rechute qu'ils soient personnels, liés au produit et à son mode de consommation ou encore lié aux facteurs socio-environnementaux. » (117)

### **a. Le sevrage et sa préparation**

Le sevrage thérapeutique de l'alcool est la 1<sup>ère</sup> étape d'un processus d'arrêt de l'usage complet et durable seulement chez les patients qui se sentent prêts. Il n'y a pas d'indication au sevrage en cas d'absence de projet de soins, d'absence de désir d'arrêt de la consommation d'alcool ; ou en cas de détresse sociale, professionnelles ou émotionnelle n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation préalable des bénéfices attendus au sevrage. Le but est de réduire le risque de réalisation de sevrages répétés, car ils conduisent à une intensification des symptômes, une majoration du risque de complications lors des sevrages et favoriseraient également l'altération de la cognition sociale et des fonctions exécutives (contrôle émotionnel, contrôle inhibiteur, flexibilité cognitive).

Au moins 80 % des patients présenteraient une rechute en l'absence de planification des soins. Une préparation du sevrage et une planification des soins à mettre en place au décours de ce dernier permet d'améliorer l'observance et le maintien de l'abstinence. Le sevrage thérapeutique doit donc être préparé, et les soins à mettre en place au décours du sevrage doivent être planifiés afin de favoriser le maintien de l'arrêt de la consommation.

La préparation au sevrage thérapeutique devrait également comprendre la réduction de la consommation (ou au moins la stabilisation). En mettant en place des stratégies motivationnelles, la réduction de la consommation permettrait de renforcer son estime de soi et son sentiment d'efficacité personnelle, d'augmenter la qualité de vie des patients et de

---

<sup>15</sup> PU-PH de psychiatrie et d'addictologie à Lille, chef de service de l'hôpital psychiatrique Fontan 2 de Lille

réduire les dommages liés à l'alcool en attendant le sevrage thérapeutique. Cette approche permettrait également de réduire la sévérité des symptômes de sevrage et de réduire le risque de complications. (76)

Le syndrome de sevrage se définit comme le développement, dans les heures ou jours qui suivent un arrêt ou une réduction d'une consommation d'alcool massive et prolongée, d'au moins 2 des manifestations suivantes :

- Hyperactivité neurovégétative : sueurs, tachycardie ;
- Augmentation du tremblement des mains ;
- Insomnies ;
- Nausées ou vomissements ;
- Hallucinations transitoires visuelles, tactiles ou auditives ;
- Agitation psychomotrice, anxiété ;
- Crises convulsives.

Ces manifestations causent une souffrance cliniquement significative, une altération du fonctionnement social ou professionnel et ne sont pas dues à une autre affection médicale. (9)

La présence d'un syndrome de sevrage n'est pourtant pas systématique, même chez les patients dépendants, et le recours aux traitements médicamenteux n'est pas obligatoire (12). Les symptômes se limitent généralement à une hyperactivité végétative, maximale au deuxième jour suivant l'arrêt, et durant entre 5 et 7 jours. 30 % des patients auront des hallucinations après 8 à 48 h de sevrage (principalement visuelles et tactiles). L'état hypermétabolique pourra être à l'origine d'une déshydratation et de troubles électrolytiques.

Le delirium tremens est la forme la plus sévère du sevrage alcoolique qui va apparaître après 48 à 72 heures après sevrage. Il est défini comme un état « confuso-onirique », associant les symptômes sévères du sevrage éthylique (tachycardie, hypertension, fièvre, hyperventilation) et la notion de délire d'apparition aiguë avec troubles de l'attention, de la vigilance et des fonctions supérieures (mémoire, langage, orientation).

La prise en charge du sevrage a pour objectifs de prévenir le *delirium tremens*, les convulsions et les désordres électrolytiques. Elle peut se dérouler dans la plupart des cas en ville, ce qui permettra de maintenir les relations sociales et parfois la poursuite du travail, en plus de limiter les coûts. Notons que le sevrage peut se faire à l'hôpital sur simple demande du patient, où s'il existe des critères de gravité (poly-consommation, antécédents de crise convulsive, problème d'observance, problème de santé évolutif...). (116)

La prise en charge du sevrage alcoolique se décompose en 3 pans :

Premièrement, une hydratation importante, nécessaire car les patients alcoolodépendants sont souvent déshydratés et car l'hyperactivité neurovégétative entraîne des pertes hydriques. 2 à 3 litres d'eau permettent d'apporter suffisamment d'électrolytes. Les jus de fruits, sirops et soupes peuvent aider à atteindre ce volume.

Deuxièmement, une compensation des carences vitaminiques :

- Vitamine B1, prescrite en l'absence de complications neurologiques et de malnutrition à hauteur de 500 mg/j pendant 5 jours minimum puis à 250 mg/j pendant 1 à 2 semaines (116). Cette prescription est nécessaire car la reprise de la nutrition va mobiliser les réserves de B1 pouvant déclencher un syndrome de Wernicke.
- Parfois associée à une prescription de vitamine B6 (250 mg/j), et B9 (5 mg/j).

Et enfin le recours facultatif au BZD dans la prévention et le traitement du *delirium tremens* et des autres manifestations du sevrage alcoolique, grâce à leur propriété neuroprotectrice.

Les molécules les plus utilisées et évaluées sont le diazépam et l'oxazépam. Le diazépam est préféré du fait de sa longue demi-vie, et est généralement prescrit à hauteur de 40 mg par jour réparti en 4 prises, la dose étant parfois augmenté en fonction de la situation clinique à près de 80 mg par jour. L'oxazépam est privilégié en cas d'insuffisance hépatique à une posologie allant de 100 à 200 mg par jour.

Il existe deux types de schémas d'administration. Le schéma fixe dans lequel la BZD est administrée à intervalles fixes (avec la possibilité d'utiliser des doses additionnelles si nécessaire) ; et le schéma adaptatif, dans lequel la BZD n'est administrée que lorsque l'intensité de symptômes le nécessite, et qui présente l'avantage de réduire la dose totale de BZD utilisée. Dans tous les cas il faudra observer une réduction progressive des doses pour une durée de traitement totale allant de 5 à 10 jours maximum, pour limiter le risque de dépendance aux BZD. (45,47)

## **b. Les co-addictions**

Une évaluation de l'ensemble des conduites addictives doit être réalisée chez les patients alcoolodépendants afin de prendre en charge de la pathologie addictive dans sa globalité. Cela peut concerner les addictions au tabac, au cannabis, aux drogues illicites, les addictions aux jeux d'argent, au sexe, aux jeux-vidéo (32). L'alcool peut également être utilisé pour réduire les effets indésirables des autres substances ou pour servir de substitut lorsque ces dernières ne sont plus disponibles. (9)

Le sevrage tabagique peut tout à fait être réalisé en même temps que la prise en charge de l'alcoolodépendance, à l'aide de tous les traitements substitutifs existants. Il est associé à une diminution de la consommation d'alcool chez ceux qui en consomment encore, et à une diminution du risque de rechute chez ceux qui s'abstiennent.

Le sevrage en cannabis est lui aussi associé à une meilleure prise en charge de l'alcoolodépendance, d'autant plus que cette co-addiction est de plus en plus fréquente.

La dépendance aux opiacés fera quant à elle l'objet de l'instauration d'un traitement de substitution aux opiacés par méthadone, buprénorphine seule ou associée à la naloxone. Le sevrage en opiacé n'est pas recommandé car le risque de rechute et d'overdose à la reprise sont très importants. (117)

Parmi les comorbidités à prendre en charge, de nombreuses sources signalent de prêter attention aux dépendances aux traitements de la douleur et des troubles du sommeil. (76)

### **c. Les comorbidités et troubles cognitifs associés**

#### **i. Comorbidités**

Il est nécessaire que le patient bénéficie d'un bilan médical global pour dépister toutes les comorbidités les plus fréquentes. En effet, la présence de troubles psychiatriques en même temps que les conduites d'alcoolisation est fréquente (troubles de l'humeur dépressif ou bipolaire, troubles anxieux, troubles de la personnalité et schizophrénique). Dans certains cas, ils constitueront un diagnostic à part (ce double diagnostic appelle une prise en charge simultanée et intégrée des troubles.), dans d'autres ils seront directement liés à la consommation (et peuvent régresser après modification des consommations). (118)

Le dépistage des comorbidités psychiatriques est essentiel du fait des liens étroits entre troubles addictologiques et troubles psychiatriques, ces derniers étant également des facteurs de risques de mauvais pronostic et de rechute (117). Les troubles dépressifs sont fréquents au décours du sevrage, et leur persistance doit être évaluée 1 à 4 semaines après le sevrage avant d'envisager un traitement antidépresseur.

Les troubles du sommeil doivent être systématiquement recherchés et traités (d'abord par des règles d'hygiène de vie), il semblerait que la qualité objective du sommeil ainsi que la qualité perçue par le patient ont une valeur prédictive sur la rechute. (12,119)

## ii. Troubles cognitifs

Comme dit précédemment, près de 50 % des patients présentant une consommation d'alcool à risque présentent des troubles cognitifs liés à l'alcool : ce sont pour la plupart des troubles des fonctions exécutives caractérisés par une altération des capacités de flexibilité, d'inhibition, de planification ; des troubles de la mémoire épisodique, des capacités visuo-constructives et de la cognition sociale. Tous ces troubles peuvent diminuer l'efficacité des stratégies thérapeutiques en altérant la capacité au changement, les capacités d'apprentissage et la motivation au changement. (119)

Ces troubles devraient être systématiquement repéré à l'aide d'échelles telles que le *Montreal cognitive assessment* (MoCA) ou le *Brief evaluation of alcohol-related neuropsychological impairment* (BEARNI) et le cas échéant mener à un bilan neuropsychologique dans l'optique de permettre une récupération des fonctions cognitives, ou au moins la préservation des fonctions restantes. (32,76)

### **d. La prise en charge psychothérapeutique et neuropsychiatrique**

Deux courants psychothérapeutiques principaux permettent de réfléchir sur la prise en charge du patient alcoolodépendant : le courant systémique et le courant cognitivocomportemental.

L'approche systémique consiste à travailler les situations cliniques sous l'angle des interactions du patient avec les autres, donc à traiter le patient en tenant compte son environnement. L'entrée dans les soins du patient sera responsable de bouleversements dans son environnement, pouvant être synonyme d'une reprise de vie active ou d'un rôle social particulier pouvant entraîner des difficultés (rôle de conjoint, rôle de parent)

L'approche cognitivocomportementale est l'approche la plus courante. Elle est basée sur l'hypothèse que les patients ont un déficit de capacités à répondre au stress, on parle d'un défaut de coping<sup>16</sup>. Ce courant cherche à évaluer les processus cognitifs et les circonstances qui favorisent la consommation. Le but est de permettre au patient de développer des stratégies pour faire face aux situations à risque en utilisant des techniques adaptées à chaque situation (exposition, gestion des émotions, résolution de problèmes, renforcement communautaire). (117)

---

<sup>16</sup> *To cope* : faire face

Il existe de nombreux programmes, qui abordent tous le sujet de l'alcoolodépendance selon une approche cognitivocomportementale et éducative, et la volonté d'aider le patient à :

- Acquérir des stratégies alternatives à la consommation d'alcool et de nouveaux comportements protecteurs ;
- Modifier ses pensées automatiques pour limiter les pensées facilitant la consommation d'alcool (exemple « si je me sens tendu, alors je dois boire un verre pour me détendre »).

Le but est d'aider le patient à organiser sa nouvelle vie, qu'elle soit sans alcool, ou avec une consommation à faible risque d'alcool.

En ce qui concerne les stratégies psychothérapeutiques, l'approche motivationnelle améliore l'efficacité d'intervention tels que la thérapie cognitivocomportementale (TCC), la thérapie des contingences<sup>17</sup>, la méditation pleine conscience<sup>18</sup>, qui ont prouvé leur efficacité. La TCC a démontré son efficacité pour la prise en charge de l'alcoolodépendance dans de nombreuses études. La thérapie des contingences également, y compris chez les personnes présentant des troubles psychiatriques associés et chez les consommateurs n'ayant pas de demande de soins. Enfin, la méditation pleine conscience démontre son intérêt dans la prévention des rechutes.

Un discours fréquemment employé est celui du sport comme moyen de prévention et de traitement des addictions. Bien que les preuves ne soient pas encore bien établies, il semblerait que l'activité physique ait un impact positif sur la consommation d'alcool et sur l'abstinence. L'activité physique, en ayant un impact positif sur les troubles de l'humeur (notamment la dépression) et le repli social, qui semblent associés à la consommation à risque d'alcool, ainsi que sur la santé physique, joue au moins indirectement un rôle sur les consommations. (76)

### **e. La rechute**

La rechute n'est de nos jours plus définie par la simple reprise d'un premier verre après un sevrage, mais bien comme la reprise de consommation à un niveau élevé.

L'alcoolodépendance est une maladie chronique, avec des rechutes fréquentes. Comme le rappelle le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente, la rechute est une étape

---

<sup>17</sup> Thérapie fondée sur l'utilisation de renforçateurs positifs alternatifs (tel que des bons-cadeaux ) pour déprécier l'usage d'une substance

<sup>18</sup> Thérapie fondée sur l'attention portée au moment présent et sur l'acceptation sans jugement des expériences psychiques

inévitables dans le parcours du patient abstinent : la rechute est d'avantage la règle que l'exception.

Du fait des troubles fréquents des fonctions exécutives et de la mémoire épisodique chez les patients alcoolodépendants, les facultés de motivation peuvent être diminuées, tout comme les capacités d'apprentissage. Ces troubles seraient d'autant plus prédictifs d'un risque de rechute que le maintien de l'abstinence nécessite d'inhiber quotidiennement des scripts de consommation et de planifier régulièrement de nouvelles réponses comportementales aux situations à risque. (119)

Le schéma classique est celui de la volonté de l'obtention de l'abstinence après un moment de crise. L'abstinence sera obtenue quelques jours ou mois. Puis l'amélioration de la situation découlant de ce sevrage sera à l'origine d'une reprise progressive des consommations et de l'apparition de nouvelles difficultés.

Pour limiter les risques de rechutes, les patients ont fréquemment recours à des mécanismes de compensations, les plus fréquents étant l'alimentation, la consommation de café ou de thé et la consommation de tabac. (120)

La rechute provoquerait des effets délétères supplémentaires sur le fonctionnement général des personnes. Elles risquent de perdre ce qu'elles ont acquis pendant leur démarche (emploi, liens sociaux), ce qui peut diminuer leur sentiment d'auto-efficacité. Également, la rechute peut contaminer l'identité du patient qui pourrait ne se voir que comme « un alcoolique ». Il est possible que l'espoir en la réussite s'amenuise au fur et à mesure des rechutes.

Il est nécessaire de continuer à renforcer leur estime de soi, de féliciter leurs efforts et réussites, et de les soutenir dans leur combat à long terme, car le succès de la prise en charge de l'addiction, qu'elle soit appuyée par des traitements médicamenteux ou non, est fortement dépendante de la motivation du patient et du sentiment d'efficacité personnelle. (121)

Les efforts fournis pour aider les personnes en difficulté avec l'alcool débouchent sur des améliorations durables de la qualité de vie des personnes concernées. Plus de la moitié des personnes ayant tenté un traitement constatent de réelles améliorations dans leur vie l'année qui suit cette tentative, et les personnes ayant constaté une amélioration après un an ont de plus chances de continuer à aller mieux dans les 3 à 5 ans à venir. (47)

## C. Les traitements médicamenteux existants

### a. Chiffres

Les données se basent sur les chiffres de l'Assurance maladie, en traitant le baclofène à part des autres traitements indiqués en alcoologie que sont l'acamprostate, le naltrexone, le disulfirame et le nalméfène.

La figure 55 montre que le nombre de personnes ayant bénéficié de remboursements de ces quatre médicaments a globalement baissé, avec une décroissance marquée depuis 2016. La prescription d'acamprostate, naltrexone et de disulfirame n'a fait que décroître depuis 2018, ce qui fait pour chacune des 3 molécules respectivement 74 000, 37 000 et 15 000 bénéficiaires en 2018. Le nalméfène a quant à lui été commercialisé en 2013, et après 2 ans d'augmentation, le

nombre de bénéficiaire recule à 57 000 en 2018. Le nombre total des bénéficiaires de ces 4 molécules en 2018 est semblable à celui de 2013 (avant la commercialisation du nalméfène).

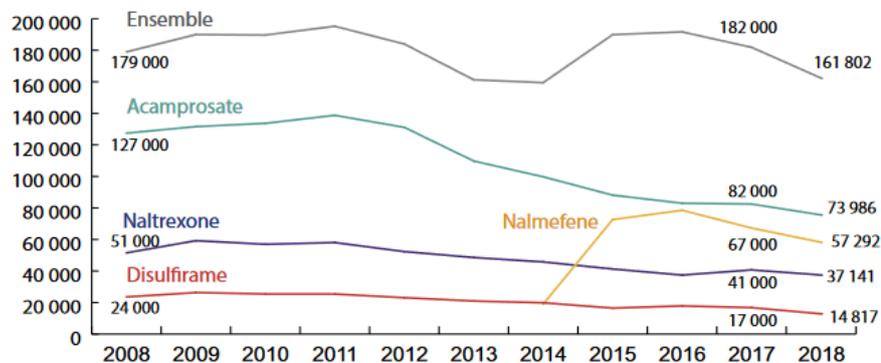


Figure 54 Bénéficiaires de remboursements de médicament d'aide au sevrage d'alcool (34)

La très forte augmentation du nombre de bénéficiaire d'un traitement par baclofène au début des années 2010 illustrée par la figure 56 semble pouvoir être entièrement liée à sa prescription dans le cadre

de l'alcoolodépendance. Depuis cette année, le nombre de bénéficiaires diminue de 5 % chaque année, pour atteindre 171 000 en 2018. (34)

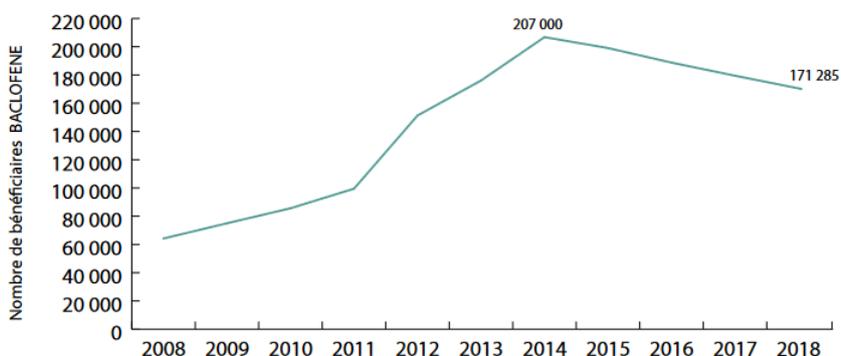


Figure 55 Bénéficiaires de remboursements de baclofène (34)

Il n'existe par ailleurs aucune preuve de

l'efficacité de l'association de plusieurs médicaments. (32)

Les médicaments ici présents peuvent apporter un gain non négligeable, mais ne doivent pas laisser croire au patient qu'ils vont lui permettre à eux seuls une guérison sans investissement personnel. (122)

### **b. Acamprosate**

L'acamprosate est un antagoniste glutamatergique et agoniste gabaergique. Il régule l'activité dopaminergique mésolimbique du circuit de la récompense et permettrait d'atténuer les changements neuroadaptatifs provoqués par l'usage chronique de l'alcool après sevrage. Il compense l'effet renforçateur de l'alcool mais a un effet modeste sur le *craving*. Il permet de réduire le risque de consommer de l'alcool et augmente la durée cumulée d'abstinence. 30 % des patients traités sont répondeurs en ce qui concerne le maintien de l'abstinence. Son efficacité a été démontrée sur la réduction du nombre de rechutes à 3 mois d'environ 15 %, et sur son effet neuroprotecteur durant le sevrage. Il n'a pas d'effet sur la consommation contrôlée.

Ses effets indésirables les plus fréquents sont la diarrhée ainsi que le météorisme. Il peut également entraîner des nausées et vomissements.

Il est contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale (élimination rénale majoritaire) et d'allaitement. Il n'y a pas de contre-indications médicamenteuses et il n'interagit pas avec l'alcool.

Ce traitement est à débiter dès l'arrêt de la consommation d'alcool, voir même avant le sevrage. L'effet entier est obtenu après 7 à 10 jours de traitements. Sa posologie est de 2 comprimés 3 fois par jour chez le patient de 60 kg et plus, et de 2 comprimés 2 fois par jour le patient de moins de 60 kg ou ayant une altération de la fonction rénale. La durée de traitement recommandée est de 1 an mais peut être reconduite.

Pour conclure c'est un médicament avec une efficacité modeste mais réelle, plutôt bien toléré et sans réel danger. Il convient d'attendre au moins 2 semaines de traitements avant de conclure sur son efficacité. (3,117,123)

### **c. Naltrexone**

C'est un antagoniste des récepteurs opioïdes mu, delta et kappa. Il permet la modulation des neurones glutamatergiques et gabaergiques responsables de la libération finale de dopamine dans le circuit mésolimbique de la récompense.

Il a un effet sur le *craving* et l'effet renforçateur de l'alcool. Il est plus efficace que l'acamprosate en ce qui concerne la réduction du nombre de jours de forte alcoolisation. Il réduit le risque de rechute à 3 mois d'environ 15 %, et le risque de consommation massive d'alcool.

Son utilisation est limitée par son hépatotoxicité, et a pour effets indésirables les plus fréquents : nausées, vomissements, somnolence, anxiété, altération de l'humeur, céphalées, douleurs abdominales.

Il est indiqué dans toutes les formes d'alcoolodépendance, sauf en cas de co-addiction aux opiacés. Il est ainsi contre-indiqué en cas de traitements opiacés (analgésique morphinique ou méthadone), d'antécédents de dépendances aux opiacés, de consommation d'opiacés suspectée en raison d'un risque de syndrome de sevrage ; mais également en cas d'insuffisance hépatique et d'hépatite aigue. Il faut être prudent en cas d'autre maladie hépatique, d'insuffisance rénale, de dépression et d'antécédent de tentative de suicide.

La posologie initiale est de 25 mg par jour (soit un demi-comprimé), et la dose d'entretien est d'un comprimé de 50 mg par jour. Grâce à l'effet thérapeutique pouvant durer 4 jours, une posologie selon un schéma trihebdomadaire peut être envisagée si elle permet une meilleure observance, en partant par exemple sur un schéma de 100 mg le lundi, 100 mg le mercredi et 150 mg le vendredi.

La durée de traitement est de 3 mois mais peut être reconduite. Le suivi de la fonction hépatique est nécessaire du fait de sa possible hépatotoxicité (pouvant nécessiter l'arrêt). (3,117,123)

#### **d. Disulfirame**

C'est un traitement aversif à effet antabuse historiquement utilisé dans les cures de dégoût, il est maintenant utilisé à visée préventive. C'est un inhibiteur de l'acétaldéhyde déshydrogénase empêchant ainsi le métabolisme de l'acétaldéhyde (le métabolite toxique de l'alcool) en acétate. En cas de consommation d'alcool concomitante, l'acétaldéhyde va s'accumuler dans l'organisme et va déclencher de nombreux signes fonctionnels : nausées, vomissements, douleurs abdominales, céphalées, flush, vertiges, sueurs, hypotension, palpitations cardiaques.

Il est peu utilisé de nos jours et est indiqué en deuxième intention en raison de ses nombreuses contre-indications (rénales, hépatiques, neurologiques, cardiovasculaires), de la possible dangerosité de l'effet antabuse et de l'obsolescence de l'approche thérapeutique fondée sur le

renforcement négatif. C'est une option intéressante pour les patients motivés, fiables et disposant d'un réel projet de soin, qui comprennent les risques de l'effet antabuse.

Son efficacité est modeste mais reconnue sur l'abstinence à court terme, le nombre de jours avant la rechute et le nombre de jours d'alcoolisation. Il semblerait que l'effet placebo soit important, et que la supervision du traitement améliore grandement l'efficacité thérapeutique. (116)

Ses effets indésirables principaux sont une sédation, des céphalées, une confusion, une dysgueusie avec goût métallique. On notera également un risque d'hypercholestérolémie, d'hépatotoxicité, de neuropathie périphérique, de névrite optique ou de dermatite. Enfin, il existe un risque de réaction antabuse sévère potentiellement mortelle, qu'elle soit accidentelle ou suicidaire.

Ce traitement est contre-indiqué en cas de troubles cognitifs, d'absence de motivation à l'arrêt, de faible capacité de contrôle face à la tentation, de pathologie cardiaque, d'insuffisance hépatique sévère, d'insuffisance rénale, d'insuffisance respiratoire sévère, de lésion cérébrale, d'épilepsie, de psychose, de diabète, de grossesse et d'allaitement. Les signes d'intoxication aiguës sont : troubles du rythme cardiaque, pic hypertensif, perte de connaissance et risque d'épilepsie. Le disulfirame n'est pas conseillé chez la personne âgée. (124)

Le traitement doit être pris à raison d'un comprimé par jour le matin lors du petit-déjeuner, après une abstinence d'au moins 24 heures. L'interaction avec l'alcool peut se produire entre 12 et 24h après la dernière consommation, cependant des réactions avec l'alcool peuvent être ressenties jusqu'à 2 semaines après l'arrêt du disulfirame en cas de traitement prolongé.

L'alimentation du patient doit être strictement sans alcool. Des réactions antabuses sont possibles en cas de présence d'alcool dans certains aliments (certaines sauces, condiments, desserts et chocolats), certains produits pharmaceutiques contenant de l'alcool (certains sprays pour la gorge, sirops ou désinfectants buccodentaires). Enfin, des réactions antabuses ont déjà été décrites en cas d'inhalation de particules d'eau de Cologne, de parfum, et de lave-vitre.

Les interactions médicamenteuses sont nombreuses : AVK, isoniazide, métronidazole, phénytoïnes, médicaments hépatotoxiques. Il est conseillé de réaliser un électrocardiogramme avant l'instauration du traitement, et de porter une carte-patient. Un suivi de la fonction hépatique est également nécessaire. (3,47,117,123)

### **e. Nalméfène**

Il a une action antagoniste des récepteurs opioïdes mu et delta et une action d'agoniste partiel des récepteurs kappa. C'est le premier médicament ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne pour la réduction de la consommation.

Il possède une action comparable au naltrexone mais un profil d'affinité différent et une durée d'action plus longue (un effet partiel peut être ressenti jusqu'à 4 à 7 jours après la dernière prise). Il agit sur le *craving* de récompense, sur le renforcement négatif et les symptômes de dysphories. Son efficacité est modeste mais démontrée dans la réduction du nombre de jours de forte consommation et de la consommation totale d'alcool par jour, bien que son effet placebo semble également important.

Il est indiqué dans la réduction de la consommation d'alcool, en prise non systématique, si le patient en ressent le besoin, à hauteur de 1 comprimé de 18 mg par jour maximum. Il est à prendre de préférence 1 à 2 heures avant un épisode de consommation ou une situation à risque de consommation non contrôlée, ou immédiatement après avoir commencé à boire de l'alcool

Les effets indésirables les plus communs sont les nausées, vomissements, céphalées, troubles du sommeil, sédation et baisse de l'appétit. Il est moins hépatotoxique que le naltrexone. Il faut prévenir le patient de ne pas écraser le comprimé car il peut provoquer des réactions cutanées par contact.

En plus des mêmes contre-indications que le naltrexone, il est contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale, de grossesse et d'intolérance au lactose (excipient à effet notoire)

Des précautions sont à prendre en cas de modifications du bilan hépatique, d'allaitement (en raison du risque non étudié). Il peut être conseillé de porter une carte-patient. (3,117,123)

### **f. Baclofène**

C'est un agoniste des récepteurs GABA-B dépresseur du système nerveux central, initialement indiqué dans les maladies neurologiques spastiques. Il serait actif en alcoologie en diminuant l'effet renforçateur de l'alcool en réduisant la libération de dopamine dans le système de récompense, et permettrait de bloquer les mécanismes de perte de contrôle de la consommation. Les effets recherchés sont la diminution du *craving* et l'indifférence à l'alcool.

Il dispose à présent d'une AMM, mais doit être systématiquement être associé à une prise en charge « psychothérapeutique et/ou psychocorporelle et/ou sociale, systématique, en cas de troubles psychiatriques associés ».

Certaines études démontrent une diminution du nombre de jour de consommation, d'autres ne démontrent aucun effet bénéfique comparé au placebo. L'efficacité n'est pas clairement démontrée en ce qui concerne l'abstinence, et est incertaine pour la consommation contrôlée.

Les études de sécurité (ANSM, 2017) montrent un risque de mortalité accru en fonction de la dose. Aux doses comprises entre 75 et 180 mg/j, le risque de mortalité est augmenté de 50 % ; tandis qu'à des doses supérieures à 180 mg/j, le risque d'hospitalisation et de mortalité sont augmentés. D'autres études telle que celle de Chaignot (2018) semblent montrer que l'exposition au baclofène est associée de manière à un risque d'hospitalisation et de décès, en comparaison aux autres traitements existants. (125)

L'instauration du traitement est progressive en 3 prises par jour pour une meilleure tolérance. La dose maximale est de 300 mg/j. Il est possible de faire une phase de forte dose puis redescendre à une dose d'entretien.

Une augmentation progressive des doses est nécessaire jusqu'à atteindre un niveau de consommation à « faible risque », avec un premier palier maximum de 80 mg/j. Si l'objectif n'est pas atteint, il est recommandé de proposer une évaluation et une prise en charge pluridisciplinaire spécialisée en addictologie. La dose peut être augmentée jusqu'au maximum de 300 mg/jour.

Si la dose journalière est supérieure à 80 mg/jour mais est bien tolérée et efficace, il faut informer le patient sur les risques suspectés, surveiller la prescription pour éviter tout changement de posologie et si possible rechercher prudemment la dose minimale efficace. Si le traitement est mal toléré et / ou se révèle inefficace, il faut conseiller au patient de se rapprocher de son médecin pour mettre en place une diminution progressive des doses par palier de 15 mg par semaine.

Les effets indésirables les plus fréquents (surtout en cas d'augmentation rapide des doses) sont la sédation, la confusion, des vertiges, des fasciculations, des paresthésies, des troubles du sommeil, des nausées, une sécheresse buccale, des céphalées, de l'anxiété, des troubles de l'humeur. Dans de plus rares cas l'on peut observer des troubles du transit, troubles dermatologiques, une dysurie, une hypomanie, des acouphènes. Un surdosage aigue peut être à l'origine d'œdèmes, de convulsions ou d'accès maniaques

En cas d'arrêt brutal d'un traitement par baclofène prolongé, il est possible de voir apparaître un syndrome de sevrage caractérisé par une confusion, un risque épileptique, des hallucinations, et une hyperspasticité musculaire

Ce traitement est contre-indiqué en cas de troubles psychiatriques sévères (schizophrénie, dépression sévère, trouble bipolaire), grossesse, co-addiction (sauf tabac), état confusionnel, insuffisance rénale, hépatique, cardiaque ou respiratoire. Son utilisation chez la personne âgée n'est pas conseillée en raison du risque de chute et de confusion. (124)

Pour conclure, le baclofène peut être utilisé avec prudence en dernier recours dans un objectif de consommation contrôlée, car certaines données, dont les interprétations encore débattues, semblent inquiétantes à hautes doses. (47,117,123)



## 4. PISTES D'AMELIORATION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS

### **A. S'intégrer dans la prise en charge du patient**

Pour améliorer la prise en charge du patient et sa qualité de vie, le pharmacien doit collaborer avec de nombreux professionnels des secteurs sanitaires et médicosociaux. On parle d'interface pour définir les interactions du pharmacien d'officine et des autres professionnels du parcours de soin des patients. Elles peuvent être des collaborations formelles (réunions pluridisciplinaires, protocoles de soins) ou informelles entre les professionnels de santé qui se connaissent et exercent sur le même secteur.

La place du pharmacien, ainsi que ses compétences, sont peu mises en valeur dans les textes et protocoles officiels. Il est souvent cité en tant que "autres professionnels de santé". Il est d'ailleurs rarement impliqué dans les objectifs thérapeutiques du patient.

La naissance des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA), grâce à la loi Hôpital, patient, santé, territoires (HPST) de 2009 ; permet de regrouper des professionnels de santé sur un mode d'exercice pluridisciplinaire au sein de maisons de santé, et d'intégrer le pharmacien dans des protocoles locaux formalisés et rémunérés. La création de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) requiert la rédaction de protocoles de coopération. La prise en charge des addictions (et des malades) implique un accompagnement chronique et pluriprofessionnel : des projets de soins axés sur ces thèmes ont naturellement toutes leurs places.

Le pharmacien d'officine possède des atouts majeurs pour lui permettre d'endosser le rôle d'interface entre le patient, la ville, le secteur sanitaire et le secteur médicosocial grâce à :

- Accessibilité géographique : le maillage territorial est efficace grâce aux règles de répartition des officines sur le territoire et au service de garde
- Fidélité de la clientèle / patientèle : dans la majorité des officines, les clients sont réguliers et plutôt fidèles. Cela permet au pharmacien de bien les connaître eux, leurs habitudes, modes de vie, et leurs traitements.
- Discrétion et confidentialité : les règles déontologiques, le respect du secret professionnel, ainsi que les règles d'aménagement de l'officine permettent au patient de parler lui en toute confiance, de sa vie, de ses problèmes de santé et de ses traitements

- Position de spécialiste du médicament : la formation du pharmacien lui permet d'utiliser ses compétences pour assurer la sécurisation du circuit du médicament et la promotion des comportements favorables à la santé.

Les partenaires du pharmacien d'officine sont multiples (liste non exhaustive) :

Le médecin généraliste est l'un des interlocuteurs de choix du patient et du pharmacien. Il est en mesure d'agir à tous les stades de soins du patient : travailler la motivation du patient lors d'une consultation médicale, faire une intervention brève, prendre en charge le sevrage ambulatoire sans complication, prescrire et assurer le suivi des traitements médicamenteux du maintien de l'abstinence et de la réduction des consommations. (12)

Les CSAPA sont des établissements prodiguant des soins ambulatoires gratuits à destination des personnes ayant des problèmes d'addictions (47). Ils assurent l'accueil, l'information, l'orientation des patients, ainsi que la prise en charge médicale et psychosociale (126). Les CSAPA sont une porte d'entrée vers les soins pour les usagers. Après avoir été reçu sans rendez-vous pour parler de leur vie, de leurs troubles et leurs souhaits de prise en charge, ils peuvent être adressés vers des consultations ambulatoires sur place avec des médecins addictologues et des infirmiers formés en addictologie ; ou vers une hospitalisation programmée pour sevrage. Notons qu'il existe également les « consultations jeunes consommateurs » (CJC) qui se proposent d'accompagner le jeune usager ou sa famille en prenant en compte la double particularité de l'adolescence et de l'entrée récente dans l'abus. (126)

Les groupes d'entraide et d'auto-support (comme celui des Alcooliques Anonymes : AA) présentent également un intérêt majeur dans le traitement des addictions. De nombreux articles évaluent leur efficacité, notamment celle de leur méthode en 12 étapes. L'approche des AA comporte certes des références divines chrétiennes, mais elle est également basée sur la solidarité, l'aide au changement, l'amélioration de soi, le travail sur les sentiments et les émotions, qui ont un intérêt thérapeutique réel. De nombreuses autres associations existent : Croix d'Or, Croix Bleue, Vie libre, Joie et Santé. Les membres de ces groupes sont des interlocuteurs compétents pour prévenir le risque alcool aider et accompagner les personnes ayant un trouble de l'usage d'alcool. (47,76,127)

Bon nombre de patients méconnaissant l'alcool perdent au fil du temps en sources de plaisirs et en habitudes autres que l'alcool, il est utile de proposer chez certains d'entre eux des interventions non-médicales et non psychothérapeutiques afin de faciliter la reprise d'un lien

social, l'accès à des plaisirs diversifiés, et une attention portée à leur corps. On peut distinguer plusieurs types d'activités :

- Les activités à médiation corporelle : activité physique, sophrologie, yoga, ergothérapie, acupuncture. Bien que les preuves ne soient pas indiscutables, la pratique d'une activité physique semble efficace en renforçant l'engagement du patient dans le changement et en améliorant son estime de soi ;
- Les activités à médiation d'expression : ergothérapies, art-thérapies ;
- Les activités de sociothérapie : visent à renforcer les capacités relationnelles altérées des patients et à leur permettre de se recréer un réseau relationnel ;
- Activités cognitives : ateliers gestion du stress, atelier revue de presse, atelier remédiation cognitive, atelier éducatif sur les troubles liés à l'alcool ;

La plupart de ces activités ont un effet non spécifique chez les patients présentant un mésusage. Elles permettent globalement une amélioration de l'estime de soi, de l'adaptation sociale et de la qualité de vie.

Les activités ayant démontré les meilleures preuves d'efficacité dans la réduction de l'anxiété associée au mésusage sont : l'activité physique, la bibliothérapie, les techniques de relaxation (sophrologie, yoga). Une technique de Yoga (Sudarshana Kriya Yoga) basée sur le rythme de la respiration a montré une réduction des symptômes dépressifs lors du sevrage des patients. L'ergothérapie (atelier presse, atelier mémoire) permet de viser des objectifs à long terme tel que la resocialisation, l'autonomisation, la verbalisation des affects.

Il est important de faire la promotion des structures qui mettent ces activités en place (CSAPA, hôpital de jour, SSR addictologique, ...), et de soutenir la recherche appliquée à ces domaines. (12). Une meilleure intégration du pharmacien d'officine dans le dispositif d'addictologie permettrait non seulement d'optimiser la prise en charge des addictions, mais également de renforcer la légitimité du pharmacien d'officine auprès des usagers et des différents acteurs des secteurs sanitaires, médicosociaux et de ville. (100)

## **B. Accompagner le patient dans son changement**

Ce sont des approches qui dépassent parfois le champ de compétences du pharmacien d'officine, qui ne doit en aucun cas se substituer à des professionnels diplômés et qualifiés du domaine. Cependant, connaître les bases permet de construire une culture addictologique, d'orienter correctement les patients, d'améliorer notre pratique quotidienne pour contribuer au soutien psychosocial dont le patient a besoin. (12)

Dans tous les cas, et quel que soit l'objectif visé, il est important de renforcer tout effort fourni par le patient allant dans le sens du changement. Il est nécessaire de l'inciter à développer des activités alternatives plaisantes pour limiter la frustration, de renforcer ses efforts et de pousser son entourage à faire de même et de faire un bilan régulier des bénéfices et inconvénients rencontrés dans sa progression. (122)

### a. Le modèle transthéorique du changement

Le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente illustré par la figure 57 est un modèle descriptif permettant d'expliquer pourquoi et comment le changement s'opère, et postule de l'existence de stades de changements (de 5 à 7 selon les nomenclatures) par lesquels passent la plupart des personnes lors d'un processus de changement : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien, la rechute et la stabilisation.

Ce modèle prend la forme d'une spirale ou d'un cercle car les retours à un stade précédent sont possibles (pour ne pas dire fréquents), et les personnes ayant fait une rechute n'échouent pas définitivement (les personnes ayant rechutées apprennent de leurs erreurs). (129).

Il peut s'appliquer pour de nombreux problèmes de santé et est particulièrement adapté à l'accompagnement des patients dans leur processus de changement de comportement de consommation d'alcool. (128,130)

La détermination du stade dans lequel se trouve le patient est essentielle car certaines stratégies sont plus utiles à certains stades qu'à d'autres. Les procédés cognitifs (comme le travail sur les représentations et les émotions) sont indispensables pour passer du stade de la précontemplation à celui de la contemplation, tandis que les procédés comportementaux le sont davantage pour permettre le passage de la préparation à l'action et au maintien. (129)

La détermination du stade est importante également quand l'on sait que trois conditions simultanées sont nécessaires au changement :

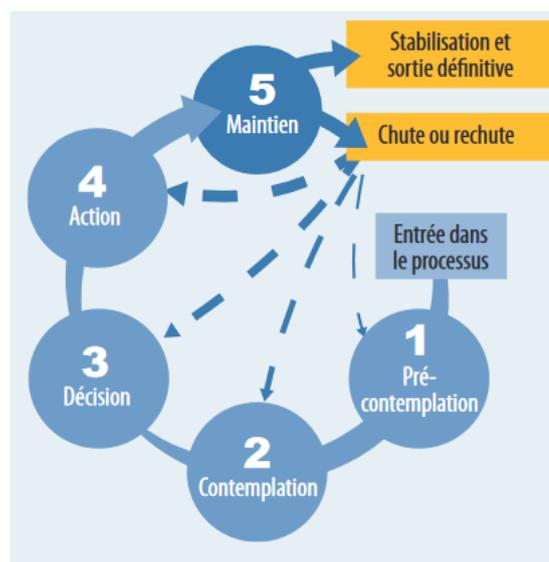


Figure 56 Modèle transthéorique du changement selon Prochaska et DiClemente (131)

- Il faut que ce soit important pour le patient ;
- Il faut qu'il ait confiance en sa capacité à changer ;
- Il faut que cela soit le bon moment. (131)

L'objectif final est le maintien du changement de comportement. Cependant, pour l'atteindre, il est nécessaire de mettre en place des objectifs intermédiaires répondant à des stratégies adaptées en fonction du stade dans lequel se situe le patient.

Précontemplation / pré-intention. C'est le stade du consommateur « heureux », par ignorance, par déni des conséquences ou par absence totale de confiance en sa capacité de changer. Il sera le plus souvent sur la défensive, car il n'a pas l'intention de modifier son comportement dans les 6 mois à venir.

Les objectifs thérapeutiques intermédiaires et exemple de stratégie adaptée : faire naître le doute, assouplir son système défensif, essayer de faire percevoir les risques et problèmes liées à la conduite addictive.

Contemplation / intention. C'est le stade du consommateur « indécis ». Il reconnaît l'existence du problème, pense qu'un changement serait bénéfique mais ne l'envisage pas dans un futur proche car il hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle.

Objectifs thérapeutiques intermédiaires et exemple de stratégie adaptée : explorer l'ambivalence, aider le patient à exprimer les risques à ne pas changer et les bénéfices à changer (voire les avantages et inconvénients du changement et du maintien), augmenter le sentiment d'auto-efficacité.

Préparation / détermination / décision. C'est le stade du consommateur ayant l'intention de passer à l'action dans peu de temps, souvent dans le mois. Sa décision est prise, il ne lui reste plus qu'à s'organiser. Il est possible que le patient ait déjà commencé à effectuer des changements mineurs.

Objectifs thérapeutiques intermédiaires et exemple de stratégie adaptée : proposer un choix de stratégies de changement, lever les derniers obstacles, augmenter le discours-changement, tester son niveau d'engagement ; et ainsi tout mettre en œuvre pour aider le patient à accéder aux soins nécessaires.

Action. C'est le stade de la modification manifeste du mode de vie et/ou de l'environnement, et de la réalisation de nouveaux comportements. Cette phase dure 6 mois dans le cadre des addictions.

Objectifs thérapeutiques intermédiaires et exemple de stratégie adaptée : accompagner le patient dans la réalisation du changement, encourager tout changement même minime.

Maintien. C'est le stade de la prévention de la rechute. Il commence 6 mois après l'arrêt d'un comportement addictif, et peut durer toute la vie. Le patient travaille à la pérennisation des changements réalisés durant le stade de l'action et à la prévention de la rechute.

Objectifs thérapeutiques intermédiaires et exemple de stratégie adaptée : aider le patient à maintenir ses acquis, à développer ses stratégies de prévention de la rechute, aider à lever les doutes sur l'intérêt du changement effectué.

Régression / rechute. C'est le retour à un stade antérieur, généralement à la contemplation. Ce stade fait partie intégrante du cycle du changement, il est normal et fréquent. Cette régression permet de progresser, et s'y préparer permet de poursuivre la tentative de changement

Objectifs thérapeutiques intermédiaires et exemple de stratégie adaptée : aider le patient à comprendre la situation, dédramatiser la situation et déculpabiliser le patient, reprendre la balance décisionnelle, aider le patient à considérer cet échec comme un apprentissage, pousser le patient à s'engager à nouveau rapidement dans le changement.

Stade d'achèvement ? C'est le stade final vu comme un objectif idéal à atteindre, caractérisé l'absence d'effort pour prévenir la rechute. En pratique, ce stade n'est que très rarement atteints.

Objectifs thérapeutiques intermédiaires et exemple de stratégie adaptée : prendre régulièrement des nouvelles du patient, le féliciter pour ses acquis, participer à la consolidation du maintien, l'interroger sur les projets à court et long termes. (117,128–131)

## **b. L'entretien motivationnel**

### **i. Définitions**

(131–133)

L'entretien motivationnel (EM), avant d'être une technique, est une posture thérapeutique – une méthode de communication - impliquant d'être centré sur le patient. Elle cherche à renforcer sa motivation propre (intrinsèque), à explorer et à résoudre l'ambivalence du patient, et à soutenir son engagement dans le changement. Cette approche a été inventée dans les années 1980 par Miller et Rollnick dans le domaine de l'alcoologie. Son efficacité a été évaluée chez l'adulte et les adolescents dans de nombreuses études randomisées et

contrôlées dans le domaine des addictions. L'EM explique comment aider le patient à travers le processus de changement, en plus de posséder des concepts qui lui sont propre tel que celui du discours-changement.

C'est une attitude relationnelle accessible à l'ensemble des professionnels de santé, dont le pharmacien d'officine et peut être appliquée dans de nombreux domaines de santé à but préventif pour aider les patients à modifier certains comportements à risques ou délétères. (133)

Il ne s'agit pas de manipuler le patient et lui faire dire ce que l'on souhaite, mais de rassembler les éléments de son discours en faveurs du changement qu'il verbalise pour lui offrir une nouvelle vision de la situation. Il ne s'agit pas de chercher à convaincre le patient ou de lui imposer le changement, mais de l'aider à découvrir ses motivations personnelles. Il ne s'agit pas non plus d'amener quelque chose au patient qui lui manquerait, mais bien de faire émerger les ressources dont il dispose déjà. (106,132,134)

L'EM soutient l'autonomie et la liberté du patient : une des premières façons de la respecter est de lui demander la permission de discuter de sa consommation d'alcool.

La responsabilité du changement appartient au patient, aussi bien en ce qui concerne la décision de changer, les comportements à modifier, les moyens et le moment choisis. Le soignant va donner les grandes lignes de l'entretien, fournir des informations si le patient le demande et surtout encourager le patient à parler de ses motivations, ses croyances et ses objectifs.

La relation ne doit pas être perçue comme un cours magistral, mais plutôt comme une discussion centrée sur le patient comme expert de ses expériences de vie. Cette approche est intéressante quand l'on sait que les interventions traditionnelles du type « éduquer / conseiller » sont inefficaces chez la plupart des personnes pour induire et maintenir des changements significatifs de comportements ou d'habitudes de vie. (133)

Ce n'est pas au pharmacien de décider des objectifs du patient. En effet seul le patient doit choisir un ou plusieurs objectifs adaptés à sa situation (mieux dormir, être plus performant au travail, être en meilleur santé, perdre du poids) et se fixer ses propres limites (nombre de verres consommés par occasion, nombre de jours dans la semaine sans consommation, heure du premier verre de la journée). (117)

Pour conclure, deux processus (non exclusifs) expliqueraient l'efficacité de l'EM :

- La relation thérapeute-patient axée sur l'empathie permet au patient d'explorer le changement dans une atmosphère sereine.
- L'esprit de l'entretien permettant au patient de verbaliser lui-même des arguments en faveur du changement. (134)

## ii. Les processus fondamentaux de l'EM

Les 4 étapes du processus de l'EM : (135–137)

Pour accompagner les personnes dans les différentes étapes du changement, nous pouvons distinguer 4 temps de l'approche motivationnelle, considérés comme des processus consécutifs et imbriqués les uns dans les autres formant le parcours à travers lequel se construit l'entretien et illustrés par la figure 58.

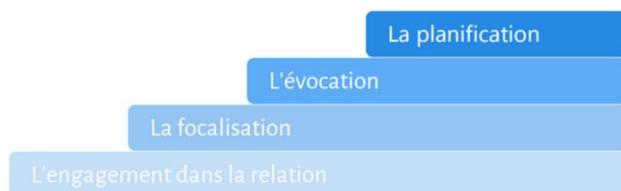


Figure 57 Les 4 processus de l'EM selon Miller et Rollnick. (136)

L'engagement cherche à fournir un espace de confiance et de collaboration dans lequel le patient va explorer l'idée du changement. La manière dont cette étape est vécue influe sur le succès de l'accompagnement. Tout rentre en jeu, dont l'attitude et l'état émotionnel du soignant. Les pièges à éviter sont de rendre le patient passif, provoquer de la dissonance en ayant un avis réducteur ou jugeant, poser trop de questions fermées ou adopter une position d'expert. Une question utile à se poser peut être « la rencontre correspond-elle à ce qu'en attend le patient ? »

Les compétences à mettre en œuvre sont par exemple : savoir écouter pour comprendre les éléments responsables de l'ambivalence, savoir explorer les valeurs et les désirs du patient.

La focalisation permet de déterminer en continu la direction du changement souhaitée et de réajuster les objectifs en continu au décours de l'accompagnement.

Il est nécessaire d'adopter un style « guider ». Ce style relationnel place l'information, l'interrogation et l'écoute sur un même pied d'égalité. Le but est de guider l'entretien pour aider le patient à exprimer ses attentes, ses besoins, et de l'aider à décider de lui-même avec l'aide du soignant des objectifs de changement et de la marche à suivre. (132)

L'évocation permet d'explorer les arguments en faveur du changement et d'augmenter sa motivation. C'est le cœur de l'approche motivationnelle qui a pour but de susciter le discours-

changement. Le rôle du soignant est ainsi d'aider le patient à exprimer ses arguments et motivations personnelles au changement, de relever les idées amenées énoncées et de les faire évoquer quand ce dernier ne les énonce pas de lui-même (134). Il faut également être attentif au discours-maintien car il fait partie de la nature même de l'ambivalence et permet de mieux la comprendre.

Nous pouvons distinguer 2 types de discours qui permettent d'indiquer où le patient se trouve dans le processus de changement pour nous aider à décider de la marche à suivre :

- Le discours préparatoire qui exprime le désirs, besoins, les raisons à changer et ses capacités (« j'ai envie de, j'ai besoin de, je voudrais, je pourrais, il faut que »). À ce stade, il faut continuer à aider à explorer et résoudre l'ambivalence.
- Le discours de mobilisation qui indique un mouvement vers la résolution de l'ambivalence en faveur du changement (« je pourrais », « je suis prêt à », « je vais changer ceci », « je vais commencer à »). Il faut aider le patient à planifier le changement voulu.

La planification. Ce temps débute quand le discours-changement évoque la mobilisation. Le rôle du soignant est de renforcer l'engagement vers le changement, et de l'aider le patient à formuler un plan d'action en posant une question clé telle que « Quelle sera la prochaine étape ? » et en laissant le temps au patient de réfléchir afin qu'il élabore lui-même son plan.

Il est possible d'aider le patient à choisir son propre plan de changement en respectant plusieurs étapes :

- Confirmer le changement visé ;
- Énumérer les alternatives possibles et explorer les différentes possibilités pour définir une stratégie d'action ;
- Poser une question pour faire émerger davantage de discours-changement de mobilisation : « qu'allez-vous faire ? », « comment allez-vous vous y prendre ? » ;
- Explorer les obstacles possibles et les manière d'y faire face. (137)

### iii. Les 4 principes fondamentaux de l'EM

4 principes fondamentaux de l'EM : (131,133,138)

Exprimer de l'empathie. Elle correspond à la faculté de concevoir ce que le patient vit et ressent sans pour autant y émettre de jugement. L'empathie permet d'établir un climat

favorisant le dialogue et la collaboration du patient, grâce à une écoute attentive et bienveillante. Un patient se sentant compris a davantage de chance de s'ouvrir et de nous transmettre ses ressources et ses besoins. Faire preuve d'empathie est parfois exigeant, car il est facile de s'agacer face à un patient qui ne semble pas faire « tout ce qu'il devrait faire ». Cependant, cet agacement se traduira par une attitude désagréable et le recours à la persuasion, qui sont contreproductifs.

Développer les divergences. L'intérêt du travail motivationnel est de refléter (voire d'amplifier) au patient les divergences entre ce qu'il est / son comportement actuel (ou la situation actuelle) et ses valeurs / idéaux personnels (ou objectifs). Cela permettra de provoquer des dissonances et d'augmenter la motivation du patient au changement. Un exemple de question à poser pourrait être « comment se passait votre vie avant que vous ne commenciez à consommer de l'alcool ? »

Rouler avec la résistance. La résistance est définie comme un signal de dissonance dans la relation thérapeutique, qui invite le soignant à modifier son style. C'est un facteur prédictif de l'absence de changement et provient de la peur du changement. Elle se manifeste chez le patient par une argumentation (« oui, mais... »), une hostilité, des interruptions, des changements de sujet, un déni du problème ou un désintérêt face au discours (130). Il est utile de la reconnaître et de savoir la rechercher par des questions simples : « sur une échelle de 0 à 10, à quel point est-ce important de modifier votre consommation ? ». (12)

Il est bien plus utile d'utiliser la résistance pour aider le patient à la réflexion plutôt que de s'y confronter. Argumenter et imposer son point de vue ont plutôt tendance à renforcer ses convictions à ne pas changer, et à le faire formuler des contrarguments. Se mettre du côté de la résistance permet de reconnaître au patient le droit d'avoir peur et de ne pas être prêt au changement. Il est ainsi nécessaire d'accorder au patient le temps nécessaire pour exprimer son ambivalence et de prendre en compte son rythme (133).

Soutenir le sentiment d'efficacité personnelle. Nous pouvons le définir comme la probabilité qu'un patient s'attribue de pouvoir changer un comportement (106), ou encore comme le degré de confiance qu'a une personne en ses capacités à s'engager dans un changement (128). Il est indispensable de le renforcer car un faible sentiment d'auto-efficacité est un obstacle majeur au changement. Travailler sur le sentiment d'auto-efficacité permet de réduire les doutes du patient sur sa capacité à changer. Des questions simples permettent d'évaluer ce sentiment : « à quel point vous sentez-vous capable de modifier votre consommation ? ». (12)

Il est important de renouveler notre soutien à leur sentiment d'efficacité personnelle autant que nécessaire, car ils éprouvent souvent le besoin que nous exprimions clairement notre confiance en leur capacité d'action.

#### iv. Les 4 principes structurant les entretiens

4 principes structurant la conduite des entretiens (les 4 E) : (132)

- **Éviter** : éviter le réflexe correcteur, c'est-à-dire d'expliquer au patient le changement qu'il devrait entreprendre et la manière dont il devrait s'y prendre ;
- **Explorer** : explorer les motivations propres du patient sur un mode collaboratif ;
- **Écouter** : écouter le patient avec empathie ;
- **Encourager** : encourager l'espoir et les capacités du patient à s'engager dans le changement.

#### v. Techniques et outils de l'EM utilisables

Ce sont autant de stratégies qui permettent de renforcer la l'alliance thérapeutique, susciter un discours changement, d'explorer et résoudre l'ambivalence. (131,133)

Les 4 R :

**Résumer** les informations. Les résumés doivent être vu comme des respirations dans l'entretien, sous la forme de récapitulation courtes et fréquentes tout au long de l'entretien, permettant de rassembler des différents éléments clés du discours, de faire réentendre au patient les éléments motivationnels importants, et de ponctuer l'entretien. (130,135,138)

**Reformuler**. Où l'écoute en écho. Dès que le patient verbalise un élément motivationnel, il est utile de le reformuler sur un mode affirmatif. Le fait de l'entendre une deuxième fois permet de lui donner du poids et de guider le discours du patient vers des éléments susceptibles d'augmenter sa motivation au changement (130). Cela signifie qu'en entendant son propre argument reformulé par le soignant, il peut se convaincre lui-même. (134)

Nous pouvons également considérer deux variantes spécifiques à la reformulation (106) :

- La sous-évaluation, qui consiste à minimiser la charge émotionnelle du discours du patient pour lui permettre de la renforcer ;
- La surévaluation, consistant à maximiser le discours du patient jusqu'à la caricature pour lui permettre de le critiquer et de le réajuster.

**Recontextualiser** , c'est-à-dire centrer l'attention du patient sur ce qu'il ressent, pour nous aider à mieux comprendre ce qu'il vit et à mieux analyser la situation. (139)

**Renforcer** , c'est-à-dire encourager les qualités du patient et ses actions qui vont dans le sens du changement souhaitable. Cela permet d'en augmenter la probabilité de réalisation. (139)

Pratiquer l'écoute réflexive, car elle permet de laisser parler le patient et de lui renvoyer une partie de ce que l'on a compris de son discours, tout en s'assurant que nous avons bien compris le sens de ses paroles. Elle ne consiste pas à demander ce que l'autre veut dire, mais à formuler une phrase affirmative. Elle permet au patient d'entendre ce qu'il vient de dire, de l'engager dans une discussion avec lui-même, que le soignant alimente avec les propres paroles du patient sélectionnées comme étant les plus susceptibles d'encourager le changement. En reflétant ce que l'on comprend, le patient peut plus facilement constituer un argumentaire en faveur du changement. (135,137-139)

Poser des questions ouvertes, pour permettre de lui donner un maximum de liberté d'expression, de faire ressortir ses préoccupations, de l'aider à planifier le changement et de guider la conversation (137). Ce sont toutes les questions qui nécessitent une réponse de plusieurs mots ou de plusieurs phrases. Il faut en poser le plus possible et faire comprendre au patient que l'on attend de lui qu'il expose systématiquement son point de vue et ses motivations. (135,138)

- Exemples : « que vous apporte la consommation d'alcool ? », « quels seraient les avantages que vous pourriez tirer d'une diminution de votre consommation ? »

Valoriser les efforts et avancées du patient, car valoriser la démarche du patient permet de renforcer son estime de soi. Il faut encourager le patient pour entretenir l'espoir, particulièrement pendant les moments difficiles. (135,138)

Travailler sur la notion d'essai pour renforcer la confiance du patient dans le changement, car il se peut qu'il soit pessimiste à la suite de plusieurs échecs. Il faut pour cela traduire les échecs en gain d'expérience : plusieurs tentatives sont souvent nécessaires pour atteindre ses objectifs dans le domaine des addictions. Au lieu de laisser le patient attribuer l'échec à des facteurs internes stables (« je n'y arriverai jamais », il est préférable de l'attribuer à des facteurs externes (« ce n'était pas le bon moment »). (106)

Étiqueter positivement le patient : l'effet Pygmalion ou “prophétie autoréalisatrice” est un cas d'effet d'étiquetage montrant que les performances et les probabilités de réussite d'un individu sont augmentées si son environnement a des croyances positives quant à ses

capacités. Il est donc possible d'augmenter les probabilités de succès en étant bienveillant à l'égard du patient, de ses efforts et de ses capacités (« je vois que vous faites des efforts »)

#### Échanger l'information :

- Pour éviter d'imposer son point de vue, de répéter ce que le patient sait déjà et de réduire son sentiment d'autonomie, il faut percevoir l'échange d'information comme une collaboration entre 2 experts : le professionnel est expert dans son domaine tout comme le patient est expert de lui-même.
- Le modèle d'échange d'informations souhaitable est celui du « demander – informer-demander » : demander la permission, explorer les connaissances, chercher les besoins d'information ; puis fournir l'information de manière simple en soutenant l'autonomie du patient ; et explorer ce que le patient a compris et quel sens il donne à cette information. (137)

Inciter à des déclarations motivationnelles en invitant le patient à s'exprimer sur les conséquences de sa consommation d'alcool, sur ses inquiétudes vis-à-vis de cette dernière, sur son intention de changer et sur la confiance qu'il a en sa capacité à changer. (130)

#### vi. Le discours changement

L'EM se propose de renforcer le discours-changement du patient (les arguments en faveur du changement et les inconvénients liés au statuquo) et de diminuer le discours-maintien (les arguments en faveur du statuquo et les inconvénients liés au changement), le déni et la passivité.

Toutes les paroles qui peuvent favoriser le changement sont des éléments du discours-changement : la reconnaissance du problème et les inquiétudes qui en découlent, le degré d'optimisme face au changement (133), les éléments exprimant les raisons de changer, les capacités à changer ou la préparation du changement (134).

Il ne faut pas seulement le rechercher, mais aussi favoriser son expression en privilégiant la verbalisation des capacités à changer du patient, de ses désirs, ses valeurs et ses besoins. Plus un patient verbalise ces éléments, plus il sera probable qu'il s'y engage.

Plusieurs stratégies permettent de susciter le discours changement : (134,137)

- Explorer les valeurs : « En quoi est-ce que votre consommation actuelle ne colle pas avec ce qui est important pour vous ? » ;
- Faire la balance décisionnelle ;

- Poser des questions évocatrices : « Quelles seraient les bonnes raisons pour vous de diminuer votre consommation d'alcool ? », « Par quoi pourriez-vous commencer ? » ;
- Réaliser une échelle d'importance, une échelle de confiance ;
- Explorer les extrêmes : « Quels seraient les plus grands bénéfices d'une abstinence pour vous ? », « Quelle est la pire chose qui pourrait vous arriver si vous ne changez rien ? » ;
- Regarder en avant / en arrière : « En quoi les choses étaient-elles mieux avant que vous ne commenciez à boire de cette façon ? », « Comment aimeriez-vous que soit votre vie dans cinq ans ? ».

4 compétences majeures (OuVER) permettent de répondre au discours-changement et de le renforcer, pour que le patient continue à explorer le changement : (135,137,138)

- Questions Ouvertes : en demandant au patient de fournir un exemple d'élaboration ;
- Valoriser ce que le patient dit en faveur du changement ;
- Écoute réflexive : refléter le discours-changement ;
- Résumer différents éléments composant le discours-changement.

#### vii. Pièges facilitant la survenue de résistances

La résistance au changement ne doit pas être vue que comme une caractéristique intrinsèque au patient mais plutôt comme le produit des interactions entre le patient et son entourage. La disposition au changement dépend donc de la qualité des échanges. (138)

Plusieurs pièges sont à éviter pour diminuer le risque de résistance du patient.

Le piège des « questions / réponses ». L'usage de multiples questions fermées n'aide pas le patient à exposer son point de vue. Ce sont toutes les questions attendant une réponse brève, généralement par un oui, un non ou un chiffre. Préférez « que pensez-vous faire pour modifier votre consommation d'alcool ? » plutôt que « quand avez-vous prévu d'arrêter de boire ? »

Le piège de la confrontation. La confrontation favorise les résistances. En l'absence de demande explicite du patient, expliquer, démontrer, prouver, éduquer et persuader vont renforcer la résistance au changement du patient, en le forçant à argumenter contre le changement.

Le piège de la réactance. La réactance postule que l'attractivité d'un comportement problématique est augmentée lorsque la liberté individuelle est menacée (106). C'est un

mécanisme de défense psychologique qui déclenche un état de motivation particulier poussant le sujet à vouloir rétablir à tout prix cette liberté. C'est pour cela qu'il est constructif de respecter et de chercher à renforcer le sentiment de liberté de choix et d'action du patient, plutôt que de porter atteinte à sa liberté individuelle par la critique, la punition ou la privation.

Le piège du réflexe correcteur. Ce réflexe exprime le fait que les soignants ont tendance à vouloir régler les problèmes de leurs patients en portant atteinte à leur autonomie. En disant au patient ce qu'il devrait faire et ainsi argumenter en faveur du changement, ce dernier va résister d'autant plus fort qu'il est ambivalent en contre-argumentant en faveur du maintien de ce comportement. Une des solutions peut être de se faire « l'avocat du diable » (voir partir suivante). (106,130)

#### viii. D'autres manières d'augmenter la motivation

En dehors de l'approche de l'EM, il existe bien d'autres méthodes pour renforcer la motivation d'un patient à changer un comportement nocif. La plupart d'entre-elles sont tirées de la tabacologie. (139)

#### Un. La balance décisionnelle

C'est un outil permettant de donner au patient une image complète de la situation et de savoir à quel stade de changement il se trouve. Elle consiste à faire peser les avantages et les inconvénients du maintien du comportement et du changement de comportement. (128)

Une version courte peut être réalisable à l'officine selon le modèle du tableau XIII, en comparant les avantages et inconvénients à continuer le comportement par rapport aux avantages et inconvénients à modifier ce comportement.

	<b>Inconvénients</b>	<b>Avantages</b>
<b>Maintien</b>	Favorise le discours changement	
<b>Changement</b>		Favorise le discours changement

*Tableau XIII La balance décisionnelle (128, 139)*

## Deux. Les cercles vicieux et cercles constructifs

La mise en évidence des cercles vicieux permet de mettre le patient en face de la réalité de la situation. 4 points permettent d'analyser la situation (modèle SORC de Cungi) :

- Stimulus : situation déclenchante ;
- Organisme : pensées, émotions, sensations ;
- Réponse : comportements en réponse au stimulus ;
- Conséquences : conséquences de ce comportement comme facteurs de maintien ou d'aggravation.

Exemple de cercle vicieux : boire → problèmes financier ou social (S) → se sentir coincé dans le problème (O) → anxiété ou peur ou colère (O) → envie de boire (R) → boire (C).

Leur substitution par des cercles constructifs (ou vertueux) permet de renforcer la motivation à changer. Exemple : ne pas boire → meilleur état de santé (sommeil, stress) et social (relations, activités) → meilleur moral → moins de stress ou de tristesse → ne pas boire.  
(140)

## Trois. Le désamorçage des obligations et de la précipitation dans l'urgence

Les phrases qui reflètent une obligation (« je dois arrêter de boire », « il faut que j'arrête de boire ») conduisent à penser au comportement à problème, et génèrent des émotions négatives susceptibles de favoriser l'envie de consommer. Il est possible de combattre cet effet en conseillant au patient de se formuler à soi-même des phrases moins négatives et plus bienveillante envers soi ; par exemple, plutôt que se dire « je dois arrêter sinon je vais mourir d'un cancer », se dire « je peux lutter contre cette addiction en utilisant tous les outils possibles sans me mettre la pression »

## Quatre. Se faire « l'avocat du diable »

Cette technique permet de réduire le risque d'induire une résistance. Elle consiste à insister sur les bienfaits de la consommation d'alcool et à argumenter en faveur du maintien du comportement, pour amener le patient à exprimer de lui-même les arguments en faveur du changement et se convaincre lui-même.

#### Cinq. La lettre de rupture

Le pharmacien peut conseiller au patient ambivalent de réaliser une lettre de rupture avec l'alcool, basée du modèle de la lettre de rupture avec le tabac. Cette lettre permet au patient d'exprimer sa relation avec l'alcool, ce qu'il en a tiré de positif, ce qu'il en tire maintenant de négatif, d'expliquer les raisons de son envie d'arrêter ce comportement, comment il va s'y prendre et comment il conçoit sa vie après.

### **c. Les approches cognitivocomportementales**

Les approches cognitivocomportementales visent à enseigner des compétences aux patients pour les aider à surmonter des déficits interpersonnels et intrapersonnels et à faire face à des situations à risque. (141)

#### i. Méthodes comportementales

Elles cherchent à améliorer le contrôle émotionnel et à faciliter la recherche de comportement alternatifs pour permettre au patient de gérer au mieux les situations à risques.

Le contrôle de stimulus (140) permet de mettre en évidence les situations à risque et d'explorer les alternatives possibles. Nous pouvons illustrer ce travail par 6 points à aborder :

- Description de la situation à risque : ou, quand, comment, avec qui ? ;
- Alternatives possibles à la situation à risque ;
- Moyens pour mettre en place cette alternative ;
- Moyens préparés ;
- Moyens mis en œuvre ;
- Résultats.

La recherche de comportement alternatif. Cela consiste simplement à faire une activité alternative quand une envie de consommer vient, généralement en lien avec une situation stressante : boire de l'eau, faire un exercice de respiration, s'étirer, aller marcher. (139)

#### ii. Méthodes cognitives

1<sup>ère</sup> étape : la mise en évidence des pensées automatiques.

Par la méthode du cercle vicieux, ou par la méthode des colonnes de Beck qui consiste à décrire sous forme de tableau (voir tableau XIV) :

Situation	Émotions	Pensées automatiques	Pensées rationnelles	Résultats

Tableau XIV Les 5 colonnes de Beck (139)

- La situation à risque ;
- Les émotions ressenties lors de la situation (généralement négatives), en évaluant leurs intensités ;
- Les pensées automatiques survenant au décours de la situation (généralement en lien avec l'envie de consommer) ;
- Les pensées alternatives possibles pour améliorer la gestion de la situation (pensées plus bienveillantes et nuancées) ;
- Le comportement adapté avec la pensée modifiée.

2<sup>ème</sup> étape : la modification des pensées automatiques, par la méthode des colonnes de Beck

3<sup>ème</sup> étape : la mise en évidence et la modification des erreurs de logique. Pour chaque erreur mise en évidence, il est possible de définir :

- Le processus ;
- Les exemples ;
- Les questions à se poser : « que s'est-il passé ? », « penserais-je de même pour un ami dans le même cas ? » ;
- La méthode pour modifier cette erreur : « quelles sont les solutions alternatives ? ».

Il existe de nombreuses erreurs de logiques, appelées distorsions cognitives, qui entretiennent les difficultés émotionnelles :

- La surgénéralisation, qui est la tendance à tirer une conclusion générale à partir d'un cas particulier ;
- L'abstraction sélective, qui est la tendance à focaliser son attention sur les aspects négatifs d'une situation en ignorant les côtés positifs ;
- Les fausses obligations (« je dois, il faut »), qui se manifestent comme la tendance à s'attribuer des obligations arbitraires pour se motiver ; et à attribuer aux autres des responsabilités arbitraires ;
- L'étiquetage, qui correspond à l'établissement d'un jugement définitif, généralement négatif, sur soi ou sur quelqu'un à partir d'une situation précise. C'est une forme de généralisation ;
- La minimisation, par exemple « juste un verre ce n'est pas grave » ou « juste une cuite ce n'est pas grave » ;

- La maximalisation ou exagération de l'importance d'éléments négatifs (erreurs, imperfections, lacunes), par exemple « j'ai repris un verre, tout est fichu ». (142–145)

4<sup>ème</sup> étape : la mise en évidence et modification des croyances accordant un effet particulier à l'alcool Les croyances (ou schémas cognitifs) orientent nos façons de penser et d'agir. Pour chaque croyance mise en évidence (exemple « boire est indispensable pour que je me détende »), il est possible de travailler sur :

- L'évidence pour la croyance. Exemple « boire me détend d'habitude » ;
- L'évidence contre la croyance. Exemple « boire ne résout pas le problème, et n'est pas plus efficace qu'autre chose » ;
- L'avantage de la croyance à court terme, généralement en lien avec la facilité de cette solution et son effet rapide ;
- L'inconvénient de la croyance à court terme ;
- L'avantage de la croyance à long terme. « À chaque difficulté qui se présente je peux aisément boire de l'alcool » ;
- L'inconvénient de la croyance à long terme, en listant tous les inconvénients possibles de la consommation, en lien avec les intérêts et les craintes du patient ;
- La croyance modifiée. Exemple « boire un verre est une solution immédiate, mais d'autres solutions sont toutes aussi efficace et sans conséquences néfastes » ;
- La mise en place d'actions de substitution. (139)

#### **d. Les stratégies d'autocontrôle possibles**

Ces stratégies visent à développer le comportement de non-consommation et à limiter une frustration trop intense. Pour être efficaces, ces techniques nécessitent une exposition graduelle aux situations à risque. (122)

##### **i. Stratégies de contrôle comportementales**

Reformulation quotidienne de la décision actuelle associée ou non à des stimuli de rappel (inscription, objet...)

Techniques d'affirmation de soi. Elles ont pour but de développer chez le patient une attitude affirmée dans différents contextes sociaux. Initialement développés dans la prise en charges des phobies sociales, elles sont développées pour les abus de substances. Elles possèdent une

efficacité dans le sens où l'inconfort à refuser une consommation est un facteur prédictif de ré-alcoolisation.

Techniques de sensibilisation couverte. Elles consistent à mettre en place un conditionnement opérant, en associant dans l'esprit la prise d'alcool à une sensation désagréable physique ou psychique, ou en associant le comportement de non-consommation à des sensations plaisantes.

## ii. Stratégies de contrôle émotionnelles

La gestion des émotions, qui pourra être travaillée à l'aide d'exercices de contrôle respiratoires, des techniques de relaxation ou la pratique du yoga.

Les techniques de gestion du stress de Lazarus, qui associe l'apprentissage de la réduction de la réponse au stress par des techniques de relaxation et de désensibilisation et la gestion des stressseurs à l'aide de stratégies de résolutions de problèmes

Ces 2 techniques sont particulièrement intéressantes pour les sujets pour qui le stress est un facteur majeur de consommation.

Les techniques de pleine conscience, qui consiste à observer et accepter avec bienveillance la survenue des envies plutôt que de chercher à lutter contre elles, et de les laisser partir comme elles sont venues.

## iii. Stratégies de contrôle cognitives

Elles ont pour but de développer les capacités de décentrage du patient et de l'aider à lutter contre les pensées dysfonctionnelles.

La méthode des continuums qui permet de dissocier les processus de pensée dichotomique en tout ou rien.

Le double standard qui permet, en se mettant à la place d'un autre, le décentrage du patient par rapport à la rigidité de ses schémas.

La technique de la flèche descendante qui consiste à guider le patient dans le questionnement progressif de ses pensées automatiques et de leurs conséquences, pour permettre leur remplacement par des pensées alternatives.

## e. La prévention de la rechute

L'objectif idéal est évidemment de limiter les rechutes, mais il est également très utile d'explorer les faux-pas et les rechutes et de les inclure dans son parcours afin d'en tirer une expérience utile pour la suite. (122)

La rechute n'est pas une simple reprise de la consommation, mais le retour de la perte de contrôle de la consommation, de la conduite addictive et de ses conséquences négatives. Elle est d'avantage la règle que l'exception.

Le modèle de Marlatt présenté dans la figure 59 (146) est le modèle de référence concernant la prévention de la rechute. La consommation d'un 1<sup>er</sup> verre est généralement consécutive à une mauvaise gestion d'une situation à haut risque, qui peuvent être de 2 types :

- Personnelle : pensée en relation avec l'alcool, contact avec l'alcool, état émotionnel négatif, problème de santé physique ;
- Interpersonnelle : contact avec des buveurs, conflit, pression sociale à boire.

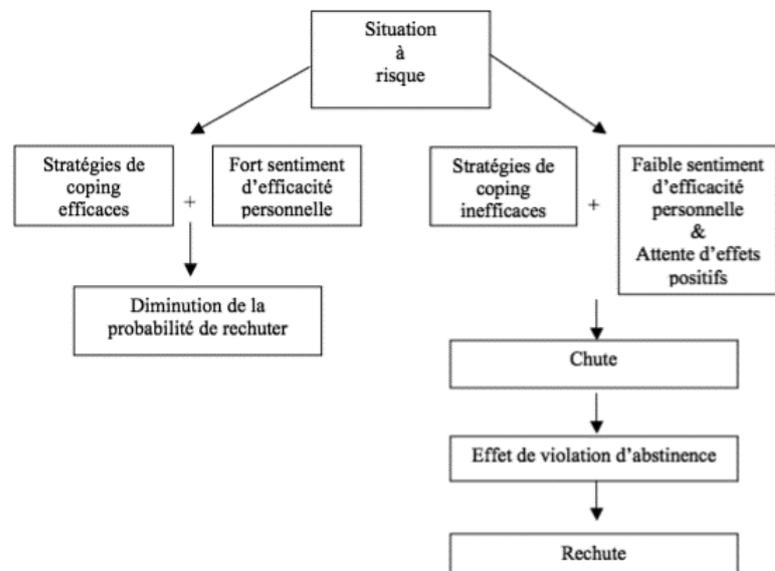


Figure 58 Modèle de prévention de la rechute de Marlatt (146)

Selon ce modèle, une situation à haut risque bien gérée augmente le sentiment d'efficacité personnelle et diminue le risque de rechute ; une situation mal gérée diminue ce sentiment,

entraîne des émotions négatives, provoque une attente d'effets positifs de la consommation de la substance (ici l'alcool), et augmente le risque de rechute.

L'effet de la violation de cette abstinence est double.

- Elle déclenche une dissonance cognitive, par opposition entre l'engagement d'abstinence et l'acte de la reprise de la consommation (honte, culpabilité). Il y a alors un risque de tentative de résolution de cette dissonance cognitive par l'abandon de l'engagement (car c'est la solution la moins coûteuse) ;
- La fausse croyance de l'inéluctabilité de la rechute après la prise d'une première consommation favorise l'abandon dans la rechute.

Les stratégies thérapeutiques découlant de ce modèle peuvent être :

- L'exploration des situations à haut risque ;
- Le travail sur la gestion des situations à haut risque passe par l'entraînement :
  - o Aux stratégies pour faire face : savoir refuser un verre, savoir gérer ses envies, avoir un plan d'urgence en cas de « faux-pas » ;
  - o Aux techniques d'affirmation de soi ;
  - o A la gestion des émotions négatives.
- Le renforcement du sentiment d'auto-efficacité par la gestion des émotions négatives ;
- Le travail sur l'attente des effets positifs de l'alcool par se fait par un travail sur la balance décisionnelle ;
- La gestion du premier verre peut être préparée par l'établissement d'un plan d'urgence en cas de faux-pas et par un contrat de consommation contrôlée.
- Le travail de restructuration cognitive pour prévenir l'effet de violation de l'abstinence passe par le travail sur la croyance en l'inévitabilité de la rechute, la dédramatisation et sur la focalisation sur les aspects positifs de l'expérience. (130)

## **f. Autres approches**

### **i. Entraînement à l'autocontrôle comportemental**

C'est une approche cognitivocomportementale dédiée plus particulièrement aux patients ayant un objectif de réduction des consommations. Son efficacité a été démontré dans cet objectif. Elle est fondée sur :

- La mesure quotidienne des consommations (principalement) ;
- Le contrôle du rythme de consommation, l'analyse des situations à risque et l'apprentissage de comportements alternatifs, la détermination de limites de consommation (respecter au moins 1 jour d'abstinence par semaine, ne pas boire à jeun, ne pas boire d'alcool fort), l'apprentissage de stratégies de refus de l'offre de consommation, l'intérêt de l'examen régulier par l'éthylotest, et bien évidemment la collaboration de l'entourage. (12,122)

### **ii. Les interventions basées sur la pleine conscience**

La thérapie de pleine conscience est fondée sur l'attention portée au moment présent, et l'acceptation avec bienveillance des émotions et sensations positives et négatives, face au

postulat que lutter contre les envies de consommer leur donne de plus en plus de poids (on parle d'effet rebond). Elle se propose, plutôt que de lutter contre le *craving* et les émotions et pensées associées, de les accepter comme elles sont sans chercher à les modifier ou porter du jugement, tout en sachant qu'elles finiront par disparaître. Il s'agit d'une thérapie complémentaire basée sur la pratique quotidienne (147). L'étude de Bowen a démontré une diminution significative des consommations ainsi qu'une diminution de l'envie de consommer durant les 2 mois de suivi post-traitement chez le groupe traité par le programme de prévention de la rechute basée sur la pleine conscience. (148)



## V. CONCLUSION

L'alcool est toujours très présent dans les événements de la vie courante. En 2017, 9 français sur 10 déclarent en consommer au moins une fois dans l'année, et 1 sur 10 tous les jours. Bien que les usages soient différents selon les pays, l'âge ou le genre, la consommation d'alcool concerne une grande partie de la population.

L'impact de la consommation d'alcool sur la santé est très important. Il était en 2015 la deuxième cause de mort évitable en France avec un total de 41 000 décès (7 % des cas de décès). Il était également responsable de 28 000 nouveaux cas de cancers (8 % des nouveaux cas). Il a été démontré que la consommation d'alcool, même à des niveaux de consommation faible à modérés (parfois même dès le premier verre), est responsable du développement de nombreuses pathologies, et est la cause favorisante de beaucoup d'autres affections : atteintes hépatiques, pancréatiques, cardiaques, neurologiques, nutritionnelles, cardiovasculaires, psycho-comportementales. Ces risques sont pour la plupart corrélés à l'augmentation des consommations. À des consommations faibles à modérées, les grandes études récentes rapportent des effets négatifs supérieurs aux effets prétendument positifs, lorsqu'elle ne rapporte pas une absence totale d'effet bénéfique.

Le coût social de l'alcool calculé en 2015 est considérable et donne au moins une idée de l'ordre de grandeur : presque 120 milliards d'euros. La consommation d'alcool est responsable de nombreux dommages causés aux tiers, de souffrances, d'années de vies perdues, d'années en mauvaise santé, d'hospitalisations, de perte de production pour les entreprises, et bien évidemment de dépenses de santé. C'est donc bel et bien un problème de santé publique majeur. Et en comparaison, les mesures de santé publique visant à réduire son impact semblent pauvres.

Le pharmacien d'officine doit avoir un rôle majeur dans la lutte contre les méfaits liés à l'alcool à tous les stades de prévention.

Au niveau primaire en faisant la promotion des repères de consommation ou du « Défi de Janvier », ou de manière plus ciblée en dépistant la consommation et informant des risques de la consommation chez la femme enceinte, le sujet âgé, le sujet jeune, ou en cas de prise concomitante de certains traitements médicamenteux.

Au niveau secondaire en développant l'approche du « repérage précoce et intervention brève » et en travaillant à sa mise en place dans la pratique officinale, dans le but de dépister les consommations à risque, d'informer le patient et de l'aider à réduire sa consommation d'alcool ou de l'orienter vers une aide spécialisée si nécessaire.

Au niveau tertiaire enfin, par l'accompagnement des patients présentant un trouble de l'usage, qu'importe l'objectif thérapeutique choisi, lors d'un sevrage ambulatoire, de la prise en charge de comorbidités ; mais aussi via l'acte de dispensation, en assurant le suivi et le bon usage des traitements pharmacologiques du maintien de l'abstinence et de la réduction de la consommation.

Cependant la prise en charge du sujet dépendant est loin d'être seulement pharmacologique, elle est également psychosociale. Le pharmacien peut y participer, à son échelle et sans se substituer aux professionnels qualifiés, en s'inspirant de techniques psychologiques efficaces et en utilisant ses compétences relationnelles.

La réduction de l'impact de l'alcool nécessite la collaboration de nombreux professionnels du secteur médical, paramédical et social, car la lutte contre les méfaits de l'alcool est une lutte nécessairement pluridisciplinaire, chaque métier posant sa pierre à l'édifice. Le pharmacien se positionne à la fois comme un acteur majeur en matière de prévention et comme un maillon dans le réseau d'addictologique permettant d'œuvrer à la réduction du coût de la consommation d'alcool à l'échelle individuelle et sociétale.

.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Marques C, Quatremère G, Andler R, Nguyen-Thanh V. Toute consommation d'alcool comporte des risques pour la santé. *La Santé en action*. 2020;(452):42.
2. Mme Maya Vair-Piova. Lettre de cadrage - Projet de programme portant sur : « Prévention des conduites addictives et réduction des risques et des dommages liés aux addictions » [Internet]. 2016 [cité 16 août 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3147889/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages-par-les-centres-de-soins-d-accompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-csapa](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3147889/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages-par-les-centres-de-soins-d-accompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-csapa)
3. Hanak C. Les médicaments utilisés en alcoologie [Internet]. Certificat interuniversitaire d'alcoologie 2021-2022; 2021 janv [cité 14 mars 2022]; CHU de Brugmann. Disponible sur: [https://www.reseaualcool.be/wp-content/uploads/2022/01/CIU5-C.Hanak\\_medicaments\\_utilises\\_en\\_alcoologie.pdf](https://www.reseaualcool.be/wp-content/uploads/2022/01/CIU5-C.Hanak_medicaments_utilises_en_alcoologie.pdf)
4. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte - Rapport d'élaboration [Internet]. 2021 janv [cité 12 août 2022] p. 52. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/reco403\\_rapport\\_elaboration\\_2014\\_maj2021\\_alcool\\_cannabis\\_tabac\\_cd\\_2021\\_02\\_05.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/reco403_rapport_elaboration_2014_maj2021_alcool_cannabis_tabac_cd_2021_02_05.pdf)
5. Bière belge Lindemans KRIEK de la brasserie Lindemans [Internet]. [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.saveur-biere.com/fr/bouteilles/736-lindemans-kriek.html>
6. Bière Delirium Red - Bière belge [Internet]. [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.saveur-biere.com/fr/bouteilles/1606-delirium-red.html>
7. Esser MB, Jernigan DH. Policy Approaches for Regulating Alcohol Marketing in a Global Context: A Public Health Perspective. *Annu Rev Public Health*. 1 avr 2018;39(1):385-401.
8. Hendriks HFJ. Alcohol and Human Health: What Is the Evidence? *Annu Rev Food Sci Technol*. 25 mars 2020;11(1):1-21.
9. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5ème édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
10. Définitions diagnostiques [Internet]. Stop-alcool.ch. 2021 [cité 28 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.stop-alcool.ch/fr/l-alcool-en-general-2/la-consommation-d-alcool/definitions-diagnostiques>
11. Simioni N, Rolland B. Nouveautés dans la prise en charge médicale du mésusage d'alcool. *Hépatogastro*. juin 2016;23(6):506-14.
12. d'Alcoologie SF. Mésusage de l'alcool: dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie Addictologie*. 15 mars 2015;37(1):5-84.
13. Orban T. Dépistage et intervention brève en alcoologie. *Rev Médecine Générale*. janv 2004;(209):37-9.
14. Batel P. Des drogues ? Lesquelles et à quels risques ? *Après-Demain*. 2017;N ° 44, NF(4):16-8.

15. Kuntsche E, Knibbe R, Gmel G, Engels R. Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clin Psychol Rev.* nov 2005;25(7):841-61.
16. RAHRA. Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for futur action. Synthesis report [Internet]. 2016 déc [cité 22 août 2022] p. 368. Disponible sur: <https://www.rarha.eu/NewsEvents/LatestNews/Lists/LatestNews/Attachments/36/Comparative%20monitoring%20of%20alcohol%20epidemiology%20across%20the%20EU%20E2%80%93%2027.02.pdf>
17. Stritzke WGK, Butt JCM. Motives for not drinking alcohol among Australian adolescents. *Addict Behav.* sept 2001;26(5):633-49.
18. Palle C, Beck F, Richard JB. Usages d'alcool et dommages subis : une perspective européenne. *Tendances.* juin 2017;(118):6.
19. Mårdby AC, Lupattelli A, Hensing G, Nordeng H. Consumption of alcohol during pregnancy-A multinational European study. *Women Birth J Aust Coll Midwives.* août 2017;30(4):e207-13.
20. Demiguel V, Perrine A, Quatremère G, Charles M, Regnault N. Consommation d'alcool chez la femme enceinte et conséquences sur le nouveau-né [Internet]. *Santé publique France*; 2019 sept [cité 18 août 2022] p. 11. (Études et enquêtes). Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/rapport-synthese/consommation-d-alcool-chez-la-femme-enceinte-et-consequences-sur-le-nouveau-ne>
21. Kitsantas P, Gaffney KF, Wu H, Kastello JC. Determinants of alcohol cessation, reduction and no reduction during pregnancy. *Arch Gynecol Obstet.* avr 2014;289(4):771-9.
22. McCormack C, Hutchinson D, Burns L, Wilson J, Elliott E, Allsop S, et al. Prenatal Alcohol Consumption Between Conception and Recognition of Pregnancy. *Alcohol Clin Exp Res.* févr 2017;41(2):369-78.
23. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A. 20 ans d'évolutions des usages de drogues en Europe à l'adolescence. *Tendances.* déc 2021;(143):8.
24. Marques C, Quatremère G, Andler R, Nguyen-Thanh V. Pourquoi les Français consomment-ils de l'alcool ? *La Santé en action.* 2020;(452):41.
25. Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bull Epidémiologique Hebd.* 2019;(5-6):89-97.
26. Spilka S, Philippon A, Le Nézet O, Janssen E, Brissot Z, Eroukmanoff V, et al. Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les élèves de 3e en 2021. *Tendances.* déc 2021;(148):4.
27. Phillipon A, Le Nézet O, Janssen E, Cogordan C, Andler R, Richard JB, et al. Consommation et approvisionnement en alcool à 17 ans en France : résultats de l'enquête ESCAPAD 2017. *Bull Epidémiologique Hebd.* 2019;(5-6):109-15.
28. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, et al. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. *Tendances.* févr 2018;(123):8.

29. Obradovic I, Douchet MA. Perceptions et comportements vis-à-vis de l'alcool à l'adolescence : connaître les contextes et les motivations d'usage pour agir efficacement. *Bull Epidémiologique Hebd.* 2019;(5-6):116-7.
30. Obradovic I. Enquête ARAMIS [Internet]. Paris: OFDT; 2019 [cité 28 mars 2023]. 55 p. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxioza.pdf>
31. Douchet MA, Neybougier P. Alcool et soirées chez les adolescents et les jeunes majeurs. *Tendances.* avr 2022;(149):8.
32. Alcool & Santé · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/alcool-sante/>
33. Perrine A, Develay AE. Recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France en 2011. L'apport du réseau Oscour ®. *Bull Epidémiologique Hebd.* 2013;(16-17-18):195-8.
34. Palle C. Les évolutions récentes de la consommation d'alcool en France et de ses conséquences [Internet]. OFDT; 2020 déc [cité 22 août 2022] p. 20. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2020.pdf>
35. Bostwick JM, Seaman JS. Hospitalized patients and alcohol: who is being missed? *Gen Hosp Psychiatry.* 1 janv 2004;26(1):59-62.
36. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bull Epidémiologique Hebd.* 2015;(24-25):440-9.
37. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Chyderiotis S. Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers. *Tendances.* avr 2021;(131):8.
38. Santé publique France. Bulletin de santé publique alcool dans les Hauts-de-France [Internet]. 2020 janv [cité 17 août 2020] p. 1-36. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/hauts-de-france/documents/bulletin-regional/2020/bulletin-de-sante-publique-alcool-dans-les-hauts-de-france.-janvier-2020>
39. Naassila M. Éditorial. Alcool: un impact sur la santé, même à faibles doses. *Bull Epidémiologique Hebd.* 2019;(10-11):176-7.
40. Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, Willeit P, Warnakula S, Bolton T, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *The Lancet.* 14 avr 2018;391(10129):1513-23.
41. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bull Epidémiologique Hebd.* 2019;(5-6):97-108.
42. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health.* août 2013;23(4):588-93.
43. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SRM, Tymeson HD, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet.* 22 sept 2018;392(10152):1015-35.

44. Santé publique France. Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ? [Internet]. [cité 18 août 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante>
45. Charbit B. Prise en charge du patient alcoolique. *Oxymag*. sept 2019;32(168):17-40.
46. Rabasa-Lhoret R. Alcool et diabète [Internet]. *Educ-Alcool*. Canada; 2022 [cité 1 avr 2023]. 16 p. Disponible sur: [https://www.educalcool.qc.ca/wp-content/uploads/2022/09/ALCOOL\\_ET\\_DIABETE\\_2023.pdf](https://www.educalcool.qc.ca/wp-content/uploads/2022/09/ALCOOL_ET_DIABETE_2023.pdf)
47. Gache P. Alcool, alcoolisation excessive et alcoolisme. In: *Nutrition Clinique Pratique* (3ème édition) [Internet]. Jean-Louis Schlienger. Elsevier Masson; 2018 [cité 14 mars 2023]. p. 251-8. Disponible sur: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294754685000244?ref=pdf\\_download&fr=RR-2&rr=7ab4b033df282a3e](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294754685000244?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=7ab4b033df282a3e)
48. De Flines J, Scheen A, Paquot N. Complications métaboliques et carences nutritionnelles liées à une consommation excessive d'alcool. *Rev Médicale Liège* [Internet]. 2019 [cité 14 mars 2023];74(5-6). Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/238160>
49. Urbano-Marquez A, Estruch R, Navarro-Lopez F, Grau JM, Mont L, Rubin E. The effects of alcoholism on skeletal and cardiac muscle. *N Engl J Med*. 16 févr 1989;320(7):409-15.
50. Larsson SC, Drca N, Wolk A. Alcohol Consumption and Risk of Atrial Fibrillation: A Prospective Study and Dose-Response Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol*. 22 juill 2014;64(3):281-9.
51. Patra J, Taylor B, Irving H, Roerecke M, Baliunas D, Mohapatra S, et al. Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke types - a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. déc 2010;10(1):1-12.
52. Castaing D. Hypertension portale [Internet]. Centre Hépato-Biliaire Paul Brousse. 2015 [cité 30 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.centre-hepato-biliaire.org/maladies-foie/signes-symptomes/hypertension-portale.html>
53. Coilly A. L'Encéphalopathie Hépatique [Internet]. Centre Hépato-Biliaire Paul Brousse. 2014 [cité 30 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.centre-hepato-biliaire.org/maladies-foie/signes-symptomes/encephalopathie-hepatique.html>
54. Tholey D. Encéphalopathie hépatique - Troubles du foie et de la vésicule biliaire [Internet]. *Manuels MSD pour le grand public*. 2023 [cité 30 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-foie-et-de-la-v%C3%A9sicule-biliaire/manifestations-cliniques-des-maladies-du-foie/enc%C3%A9phalopathie-h%C3%A9patique>
55. Sobesky R, Mony C. Alcool et foie [Internet]. Centre Hépato-Biliaire Paul Brousse. 2014 [cité 30 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.centre-hepato-biliaire.org/maladies-foie/alcool-et-foie.html>

56. Samokhvalov AV, Rehm J, Roerecke M. Alcohol Consumption as a Risk Factor for Acute and Chronic Pancreatitis: A Systematic Review and a Series of Meta-analyses. *EBioMedicine*. déc 2015;2(12):1996-2002.
57. Martin PR, Singleton CK, Hiller-Sturmhöfel S. The role of thiamine deficiency in alcoholic brain disease. *Alcohol Res Health J Natl Inst Alcohol Abuse Alcohol*. 2003;27(2):134-42.
58. Institut national du cancer. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 - Feuille de route 2021-2025 [Internet]. 2021 [cité 17 août 2022] p. 58. Disponible sur: <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/actualites/2021/Lutte-contre-les-cancers-lancement-de-la-strategie-decennale-2021-2030>
59. Glover-Bondeau AS. Alcool et Tabac - [www.Stop-alcool.ch](http://www.Stop-alcool.ch) [Internet]. 2013 [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.stop-alcool.ch/fr/risques-pour-la-sante-et-plus-2/alcool-et-tabac>
60. Shield KD, Marant Micallef C, Hill C, Touvier M, Arwidson P, Bonaldi C, et al. New cancer cases in France in 2015 attributable to different levels of alcohol consumption. *Addict Abingdon Engl*. févr 2018;113(2):247-56.
61. Cheng C, Huang CL, Tsai CJ, Chou PH, Lin CC, Chang CK. Alcohol-Related Dementia: A Systemic Review of Epidemiological Studies. *Psychosomatics*. 1 juill 2017;58(4):331-42.
62. Rivière P. Alcoolisme et risque de démences [Internet]. Inserm. 2018 [cité 7 mars 2023]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/alcoolisme-et-risque-de-demences/30713/>
63. Schwarzingler M, Pollock BG, Hasan OSM, Dufouil C, Rehm J, Baillot S, et al. Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008–13: a nationwide retrospective cohort study. *Lancet Public Health*. 1 mars 2018;3(3):124-32.
64. Gluckman PD, Hanson MA, Cooper C, Thornburg KL. Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *N Engl J Med*. 3 juill 2008;359(1):61-73.
65. Barker DJ, Gluckman PD, Godfrey KM, Harding JE, Owens JA, Robinson JS. Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life. *Lancet Lond Engl*. 10 avr 1993;341(8850):938-41.
66. Mamluk L, Edwards HB, Savović J, Leach V, Jones T, Moore THM, et al. Low alcohol consumption and pregnancy and childhood outcomes: time to change guidelines indicating apparently « safe » levels of alcohol during pregnancy? A systematic review and meta-analyses. *BMJ Open*. 3 août 2017;7(7):13.
67. Hoyme HE, Kalberg WO, Elliott AJ, Blankenship J, Buckley D, Marais AS, et al. Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics*. août 2016;138(2):18.
68. Lange S, Shield K, Rehm J, Popova S. Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorders in Child Care Settings: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 1 oct 2013;132(4):980-95.
69. Service des bonnes pratiques professionnelles, HAS. Document de travail – Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage [Internet]. HAS; 2013 juill [cité 1 avr 2023] p. 46. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/troubles\\_causes\\_par\\_lalcoolisation\\_foetale\\_reperage-\\_rapport\\_delaboration.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/troubles_causes_par_lalcoolisation_foetale_reperage-_rapport_delaboration.pdf)

70. Stockwell T, Zhao J, Panwar S, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Do “Moderate” Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. *J Stud Alcohol Drugs*. mars 2016;77(2):185-98.
71. Sécurité Routière. L’alcool et la conduite [Internet]. [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: <http://www.securite-routiere.gouv.fr/dangers-de-la-route/lalcool-et-la-conduite>
72. Le Borgès E, Quatremère G, Andler R. Consommation de substances psychoactives chez les jeunes en France et dans certains pays à revenus élevés. État des lieux des modes et niveaux de consommation, et facteurs associés [Internet]. *Santé publique France*; 2019 sept [cité 1 avr 2023] p. 45. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/RapportConsoSPA190925.pdf>
73. Rossow I, Felix L, Keating P, McCambridge J. Parental drinking and adverse outcomes in children: A scoping review of cohort studies: Parental drinking and harms to children. *Drug Alcohol Rev*. juill 2016;35(4):397-405.
74. Torvik FA, Rognmo K, Ask H, Røysamb E, Tambs K. Parental alcohol use and adolescent school adjustment in the general population: results from the HUNT study. *BMC Public Health*. 19 sept 2011;11:706.
75. Kopp P. Le coût social des drogues en France [Internet]. 2015 [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxpkvc.pdf>
76. Inserm. Réduction des dommages associés à la consommation d’alcool [Internet]. *EDP Sciences*. 2021. 738 p. (Expertise collective). Disponible sur: [https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/10900/expcol\\_2021\\_Alcool.pdf](https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/10900/expcol_2021_Alcool.pdf)
77. Ordre national des pharmaciens. Développer la prévention en France : 15 propositions pour renforcer le rôle des pharmaciens [Internet]. 2018 oct [cité 17 août 2022] p. 49. Disponible sur: <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/catalogue/Developper-la-prevention-rapport>
78. Ducimetiere P, Arwidson P. Focus. Évolution du discours public en matière de consommation d’alcool en France. *Bull Epidémiologique Hebd*. 2019;(10-11):178-9.
79. Marques C, Quatremère G, Andler R, Nguyen-Thanh V. De nouveaux repères de consommation d’alcool pour limiter les risques sur sa santé. *La Santé en action*. 2020;(452):40.
80. Rehm J, Taylor B, Mohapatra S, Irving H, Baliunas D, Patra J, et al. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Rev*. juill 2010;29(4):437-45.
81. Bourdillon F. Editorial. Alcool et réduction des risques. *Bull Epidémiologique Hebd*. 2019;(5-6):88-9.
82. Andler R, Lahaie E, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Dépassement des repères de consommation d’alcool à risque en 2020 : Résultats du baromètre santé de Santé publique France. *Bull Epidémiologique Hebd* 2021. 2021;(17):304-12.
83. Quatremère Guillemette, Shah Jalpa, Nguyen-Thanh Viêt. Évaluation qualitative du Défi de Janvier – Dry January 2020. *Alcoologie Addictologie*. 2021;43(2):1-14.

84. Assurance Maladie. Nouvelle campagne de Santé publique France pour alerter sur les risques liés à l'alcool [Internet]. 2023 [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/nouvelle-campagne-de-sante-publique-france-pour-alerter-sur-les-risques-lies-l-alcool>
85. Santé publique France. Comment réduire les risques de la consommation d'alcool ? [Internet]. [cité 18 août 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/comment-reduire-les-risques-de-la-consommation-d-alcool>
86. Comité interministériel pour la Santé. Dossier de presse « Priorité prévention » [Internet]. 2018 avr [cité 17 août 2022]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier\\_de\\_presse\\_priorite\\_prevention.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf)
87. Nguyen-Thanh V, Andler R, Cogordan C, Richard JB. Consommation d'alcool et grossesse. *La Santé en action*. 2018;(445):49-50.
88. Blondel B, Gonzalez L, Raynaud P. Enquête nationale périnatale 2016 [Internet]. Inserm et DRESS; 2017 oct [cité 15 avr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/rapports/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>
89. Assurance Maladie. Entretien femme enceinte [Internet]. 2023 [cité 10 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/accompagnements/entretien-femme-enceinte>
90. De Giorgi I. Alcool & médicament : les liaisons dangereuses ? [Internet]. Groupement des praticiens en Psychogériatrie du CHUV Symposium du 9 mai 2017; 2017 mai [cité 13 mars 2023]; Lausanne. Disponible sur: <https://www.gppg.ch/wp-content/uploads/alcool-et-medicaments.pdf>
91. ZFPS & Addiction Suisse. Interactions entre l'alcool et les médicaments [Internet]. 2020 [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: <https://shop.addictionsuisse.ch/fr/medicaments/133-wechselwirkungen-von-alkohol-mit-medikamenten.html>
92. Breslow RA, Dong C, White A. Prevalence of Alcohol-Interactive Prescription Medication Use Among Current Drinkers: United States, 1999 to 2010. *Alcohol Clin Exp Res*. févr 2015;39(2):371-9.
93. Aide Alcool. Médicaments et alcool ? Evitez les cocktails à risque [Internet]. [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: [https://aide-alcool.be/static/uploads/pdf/Medicamentalcool\\_FR\\_A5.pdf](https://aide-alcool.be/static/uploads/pdf/Medicamentalcool_FR_A5.pdf)
94. ANSM. Thésaurus des interactions médicamenteuses [Internet]. 2020 oct [cité 14 mars 2023] p. 256. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2020/10/27/20201027-thesaurus-referentiel-national-des-interactions-medicamenteuses-20102020.pdf>
95. Coryell W. Traitement pharmacologique de la dépression [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. 2021 [cité 19 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psihiatriques/troubles-de-l-humeur/traitement-pharmacologique-de-la-d%C3%A9pression>

96. Meskar A, Plee-Gautier E, Amet Y, Berthou F, Lucas D. Interactions alcool-xénobiotiques. Rôle du cytochrome P450 2E1. *Pathol Biol.* 1 janv 2001;49(9):696-702.
97. Berthélémy S. Médicaments et alimentation. *Actual Pharm.* 1 déc 2015;54(551):39-42.
98. Garat A. Toxicité du paracétamol et des salicylés. Cours magistral de 3ème année de pharmacie présenté à; 2019; Lille.
99. Réseau Français des Centre de Pharmacovigilance. Association alcool-médicament, quelles interactions? [Internet]. [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.rfcrpv.fr/association-alcool-medicament-queelles-interactions/>
100. RESPADD. Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine [Internet]. 2014 [cité 19 août 2022]. 108 p. Disponible sur: <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/09/Guide-addictologie.pdf>
101. HAS. Note de cadrage - Repérage précoce et intervention brève en alcoologie en premier recours [Internet]. 2014 [cité 16 août 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/reperage\\_precoce\\_et\\_intervention\\_breve\\_en\\_alcoologie\\_en\\_premier\\_recours\\_-\\_note\\_de\\_cadrage.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/reperage_precoce_et_intervention_breve_en_alcoologie_en_premier_recours_-_note_de_cadrage.pdf)
102. RESPADD. Affiche RPIB Alcool [Internet]. 2020 [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2020/06/Affiche-RPIB-alcool-03-20-02.pdf>
103. HAS. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève - Alcool, cannabis et tabac chez l'adulte [Internet]. 2021 [cité 15 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/reco403\\_fiche\\_outil\\_2021\\_alcool\\_cannabis\\_tabac\\_cd\\_2021\\_02\\_11\\_v0.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/reco403_fiche_outil_2021_alcool_cannabis_tabac_cd_2021_02_11_v0.pdf)
104. Benyamina A. LE DÉFI DE JANVIER EN 2021. *Agir Addictions.* janv 2021;(11):4-5.
105. RESPADD. Questionnaire AUDIT [Internet]. 2018 [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2020/06/Questionnaire-AUDIT-A5-2018-BAT.pdf>
106. Fond G, Ducasse D, Attal J, Larue A, Macgregor A, Brittner M, et al. Appliquer quelques concepts simples de l'entretien motivationnel dans la pratique psychiatrique au quotidien. *PSN.* 2012;10(1):51-62.
107. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte - Fiche outil [Internet]. PDF présenté à; 2021 janv [cité 12 août 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/reco403\\_fiche\\_outil\\_2021\\_alcool\\_cannabis\\_tabac\\_cd\\_2021\\_02\\_11\\_v0.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/reco403_fiche_outil_2021_alcool_cannabis_tabac_cd_2021_02_11_v0.pdf)
108. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(2).
109. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf.* 2014;49(1):66-78.
110. Álvarez-Bueno C, Rodríguez-Martín B, García-Ortiz L, Gómez-Marcos MÁ, Martínez-Vizcaíno V. Effectiveness of brief interventions in primary health care settings to decrease

- alcohol consumption by adult non-dependent drinkers: a systematic review of systematic reviews. *Prev Med.* juill 2015;76 Suppl:S33-38.
111. Tanner-Smith EE, Lipsey MW. Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *J Subst Abuse Treat.* avr 2015;51:1-18.
112. Kaner EF, Beyer FR. Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations - PubMed. *Cochrane Database Syst Rev.* 25 sept 2017;
113. Vasseur C, Montariol Y, Pétrègne F, Fleury B, Castera P. Place de l'abstinence et de la consommation contrôlée dans le parcours des patients ayant un trouble sévère de l'usage de l'alcool. *Alcoologie Addictologie.* mars 2019;41(1):5-13.
114. Huez-Robert MF, Menecier P. Patients présentant un trouble d'usage de l'alcool : quel accompagnement ? *Médecine.* juin 2018;258-63.
115. Fieulaine M. Comment intégrer, dans les pratiques, l'accompagnement et les outils de la consommation à moindre risque ? Risques alcool : changer de paradigme pour accompagner les personnes dans leurs usages. *Alcoologie Addictologie.* 18 déc 2017;39(4):364-72.
116. Paille F. 67. Traitements médicamenteux de la dépendance à l'alcool. In: *Traité d'addictologie.* Cachan: Lavoisier; 2016. p. 499-507.
117. Cottencin O. Traitements médicamenteux et psychothérapeutiques de l'alcoolodépendance. *Presse Médicale.* 1 juill 2018;47(7, Part 1):677-85.
118. Tremey A, Brousse G. 63. Conduites d'alcoolisation et pathologies psychiatriques. In: *Traité d'addictologie.* Cachan: Lavoisier; 2016. p. 470-5.
119. Beaunieux H, Ritz L, Segobin S, Le Berre AP, Lannuzel C, Boudehent C, et al. Troubles neuropsychologiques dans l'alcoolodépendance : l'origine de la rechute ? *Rev Neuropsychol.* 2013;5(3):159-65.
120. Décamps G, Scroccaro N, Battaglia N. Stratégies de coping, activités compensatoires et rechutes chez les alcooliques abstinents. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 sept 2009;167(7):491-6.
121. Gormley A. Intervenir auprès d'adultes dépendants à l'alcool ou aux drogues ayant expérimenté une ou plusieurs rechutes: point de vue de l'utilisateur et de l'intervenant [Internet] [Mémoire en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences psychoéducation]. [Canada]: Université de Sherbrooke; 2012 [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/5593/MR88880.pdf>
122. Réocreux M. 68. Prise en charge cognitivo-comportementale et émotionnelle des problèmes d'alcool. In: *Traité d'addictologie.* Cachan: Lavoisier; 2016. p. 508-22.
123. Gorsane MA. Du nouveau dans le traitement de l'alcoolisme. *Rev Prat.* avr 2016;30(959):286-7.
124. Maheut-Bosser A, Paille F. Consommation excessive d'alcool chez le sujet âgé : savoir y penser. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 oct 2016;16(95):258-63.

125. Chaignot C, Zureik M, Rey G, Dray-Spira R, Coste J, Weill A. Risk of hospitalisation and death related to baclofen for alcohol use disorders: Comparison with nalmefene, acamprosate, and naltrexone in a cohort study of 165 334 patients between 2009 and 2015 in France. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* nov 2018;27(11):1239-48.
126. Couteron JP. 51. Organisation de l'offre médico-sociale. In: *Traité d'addictologie*. Cachan: Lavoisier; 2016. p. 411-5.
127. Moureau F. 71. Les associations d'entraide. In: *Traité d'addictologie*. Cachan: Lavoisier; 2016. p. 530-2.
128. Benyamina A. 36. Modèle transthéorique du changement. In: *Traité d'addictologie*. Cachan: Lavoisier; 2016. p. 311-4.
129. Csillik AS, Petot JM. L'évaluation des stades de changement dans les addictions. *L'Évolution Psychiatr.* 1 juill 2012;77(3):331-41.
130. Aubin HJ, Meunier N, Berghout C. Les thérapies cognitivo-comportementales de l'alcoolisme. *Lett Hépatogastroentérologue.* mars 2004;7(2):78-81.
131. Paille F, Maarek R. L'entretien motivationnel en consultation d'addictologie : soutenir l'engagement du patient vers le changement. *Courr Addict.* juin 2019;21(2):28-9.
132. Languérand E. L'entretien motivationnel : une attitude relationnelle. *Santé Ment.* janv 2012;(164):22-9.
133. Laurin C, Lavoie KL. L'entretien motivationnel et les changements de comportements en santé. *Perspect Psy.* 2011;50(3):231-7.
134. Fortini C, Daepfen JB. L'entretien motivationnel : développements récents. *Psychothérapies.* 2011;31(3):159-65.
135. Sorbonne Université. Entretien motivationnel [Internet]. 2020 [cité 6 avr 2023]. Disponible sur: <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/06/Entretien-motivationnel.pdf>
136. Les 4 processus de l'EM [Internet]. AFDEM. 2015 [cité 5 avr 2023]. Disponible sur: <https://afdem.org/entretienmotivationnel/qu-est-ce-que-c-est/4processus/>
137. Fortini C, Daepfen JB. 41. L'entretien motivationnel. In: *Traité d'addictologie*. Cachan: Lavoisier; 2016. p. 343-51.
138. Gache P, Fortini C, Meynard A, Meylan MR, Sommer J. L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques. *Rev Médicale Suisse.* sept 2006;2154-62.
139. Masson E. Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) dans le sevrage tabagique : quels outils pour le pneumologue ? *EM-Consulte.* mai 2019;36(5):600-9.
140. Cungi C, Nicole S. Faire face aux dépendances: Alcool, tabac, drogues, jeux, internet... Retz; 2014. 454 p.
141. Gorsane MA, Rémond JJ, Rahioui H. 42. Les thérapies cognitives et comportementales dans les addictions et dans les comorbidités : prévention de la rechute. In: *Traité d'addictologie*. Cachan: Lavoisier; 2016. p. 352-7.

142. Lebel G. Guide d'autosoins pour la gestion du stress [Internet]. 2011 [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/Guide-autosoins-pour-la-gestion-du-stress.pdf>
143. Roux S. Vous êtes biaisé(e)s : les distorsions cognitives en TCC [Internet]. psyttcc.me. 2019 [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.psyttcc.me/post/vous-etes-biaises-les-distorsions-cognitives-en-tcc>
144. Nightline France. Comprendre mes biais de pensée [Internet]. Nightline. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.nightline.fr/kit-de-vie/comprendre-mes-biais-de-pensee>
145. Soucy I. Distorsions cognitives les plus fréquentes [Internet]. 2020 [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.isabellesoucy.com/wp-content/uploads/2021/04/Tableau-des-distorsions-cognitives-et-restructuration-avec-exemples.pdf>
146. Claisse C. Étude des mécanismes de régulation émotionnelle chez les individus alcoolodépendants abstinents à l'alcool à court et à long terme [Internet]. Université de Lille; 2017 [cité 6 juin 2023]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-01629417v1/document>
147. Mindfulness - www.Stop-alcool.ch [Internet]. 2021 [cité 18 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.stop-alcool.ch/fr/traiter-les-problemes-d-alcool-2/panorama-des-traitements/mindfulness>
148. Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, et al. Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Subst Abuse*. 2009;30(4):295-305.

Université de Lille  
FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**  
Année Universitaire 2022/2023

**Nom : Hemery**  
**Prénom : Pierre**

**Titre de la thèse : Impacts de l'alcool sur les individus et la société : comment le pharmacien peut-il contribuer à les réduire ?**

**Mots-clés :** accompagnement, alcool, épidémiologie, officine, pharmacien

---

**Résumé :**

La consommation d'alcool est très présente dans nos sociétés et ses usages sont variés. Ses conséquences sur la santé sont présentes dès de faibles niveaux de consommations et peuvent être graves. Sa consommation est ainsi responsable de nombreux décès, nombreuses pathologies, hospitalisations, dépenses de santé, dommages causés aux tiers et perte de productions.

Le pharmacien d'officine a un rôle majeur à tous les stades de prévention. En faisant la promotion de bons comportements de santé, en dépistant les consommations à risque et en favorisant la réduction de la consommation, ainsi qu'en accompagnant les patients présentant un trouble de l'usage.

Il participe ainsi à la prévention et à la réduction des conséquences néfastes de la consommation d'alcool sur la santé et sur la société.

---

**Membres du jury :**

**Président : Madame GARAT Anne, Maître de Conférences des Universités et Praticien Hospitalier, Faculté de Pharmacie de Lille**

**Directeur de thèse : Monsieur BRASSART Olivier, pharmacien d'officine, Douai**

**Assesseur : Madame NIKASINOVIC Lydia, Maître de Conférences des Universités, Faculté de Pharmacie de Lille**