UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES

Certificat interuniversitaire en Alcoologie

Travail de fin d'étude

La pharmacie clinique au service des unités de cure de désintoxication alcoolique ?

Bruno Michel

Année scolaire 2022-2023

SSMG Société Royale

Je déclare sur l'honneur que ce travail a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnable.

Table des matières

Abréviations 7

Introduction 9

Méthodologie 15

Résultats, interprétations, et discussion 16

Echantillon et connaissance de l'existence du PC 16

Intérêt des professionnels de santé d'inclure un PC dans leur équipe interdisciplinaire 17

Pistes à améliorer pour promouvoir l'inclusion du PC dans ces équipes 23

Forces 27

Limites 28

Perspectives 29

Conclusion 30

Bibliographie 31

Annexe 33

Abréviations

Etc. : Et cetera

Ex. : Exemple

IP : Intervention Pharmaceutique

PAD : Patient Alcoolo-Dépendant

PC : Pharmacien Clinicien

PHACS : Pharmacien Hospitalier Assistant Candidat Spécialiste

TUA : Trouble d'usage d'alcool

TUO : Trouble d'usage d'opiacés

UA : Unité d'alcool

VHA : Veterans Health Administration

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé estime que 237 millions d'hommes et 46 millions de femmes présentent un trouble d'usage d'alcool (TUA), avec des consommations annuelles d'alcool pur s'élevant à 19,4 litres pour les hommes et 7 litres pour les femmes.(1,2)
L'abus d'alcool est un facteur de risque majeur de nombreuses pathologies (digestives, neurologiques, cardio-vasculaires, cancéreuses, etc.) et de traumatismes physiques, à l'origine d'environ 3 millions de décès par an.(2)
Le TUA représente donc un problème de santé mondial, surtout, mais également européen et national.

En effet, 6% de la population belge boit trop l'alcool (plus de 14 unités d'alcool* (UA) par semaine pour les femmes, et plus de 21 UA par semaine pour les hommes).
Comparée à la consommation européenne moyenne d'alcool pur par an de 9,5 litres par habitant, la Belgique se classe parmi les mauvais élèves européens avec une consommation annuelle d'alcool pur estimée à 10,8 litres par habitant de plus de 15 ans en 2019.(3,4)

De ce fait, l'alcool représente la 4ème cause de mortalité et d'altération de la qualité de vie, avec un nombre de décès liés à l'alcool estimé à 5,4% de l'ensemble des décès en Belgique en 2018.(5)

En pratique, seulement 10% des patients alcoolo-dépendants (PAD) accèdent un jour à une prise en charge de leur TUA.(6)
Néanmoins, le nombre d'hospitalisations pour dépendance à l'alcool et sevrage alcoolique est élevé.
En France, durant l'année 2021, le nombre d'hospitalisations liées à un diagnostic mentionnant l'alcool dans son intitulé était de 231000, dont 48% concernaient la prise en charge d'une dépendance et d'un sevrage alcooliques.(7)

La prise en charge du sevrage alcoolique en milieu hospitalier est interdisciplinaire via les interactions entre les différents soignants. Une unité de soins hospitalière dédiée à ce type de prise en charge est principalement composée de médecins (généralistes, psychiatres, gastro-entérologues, et autres spécialistes), d'infirmiers, et de psychologues, mais également de kinésithérapeutes, de diététiciens, d'ergothérapeutes, d'assistants sociaux, d'aides-soignants, etc.

* Unité d'alcool = 10 grammes d'alcool pur

Mais qu'en est-il du pharmacien ?

De par sa formation, le pharmacien est à considérer comme un intervenant à part entière dans la qualité des soins attribués aux patients. Il y est d'ailleurs astreint par la loi belge : *«L'exercice pharmaceutique a pour objet de dispenser des médicaments et d'autres produits ou services de soins et de santé, d'en assurer la qualité, l'accessibilité et d'aider le patient et la société à en faire le meilleur usage.*
Un service pharmaceutique complet implique également de s'investir dans des activités destinées à promouvoir la santé et à éviter les maladies.
Cela suppose que le pharmacien partage une responsabilité avec les autres professionnels de santé dans l'ensemble des services qu'il rend à la société. […] Le pharmacien a pour premier souci la santé et la qualité de vie du patient qui s'adresse à lui, ainsi que le bien-être de la population en général. »(8)

La littérature scientifique est peu fournie quant à la prise en charge des PAD par le pharmacien d'officine.
Elle traite des aspects médicamenteux et non médicamenteux du métier de pharmacien, tels que mentionnés ci-dessous.

Lors d'une enquête d'opinion, 101 officines publiques françaises ont été interrogées sur l'attitude face à un buveur excessif. Il en ressort que les pharmaciens d'officine se considèrent comme des acteurs de terrain réellement sensibilisés par cette problématique et que, malgré une formation jugée insuffisante, ils ont un rôle majeur dans l'éducation des patients et la prévention des TUA.(9)

Dans son article publié dans le Pharmacy Management, Emma McClay (pharmacienne spécialisée en gastroentérologie) présente un guide d'utilisation des molécules utilisées dans les TUA telles que l'acamprosate ou le disulfiram, tout en abordant l'arrivée du nalméfène dans cet arsenal thérapeutique.(10) L'apport de ce type de publications montre l'intérêt de la profession de se tenir à jour et de délivrer des conseils sûrs et efficaces aux PAD.

Le manque d'adhérence à un traitement médicamenteux pour une pathologie chronique mène souvent à l'aggravation ou à la déstabilisation de cette pathologie.
Des outils tels que les piluliers, l'orientation de la prescription de spécialités pharmaceutiques à libération immédiate vers des spécialités pharmaceutiques à libération prolongée afin de diminuer le nombre de prises quotidiennes, ou l'éducation du patient sont des moyens proposés et mis en place par les pharmaciens, et qui ont permis une amélioration de cette adhérence aux

traitements.(11)

Le département des Anciens combattants des Etats-Unis (Veterans Health Administration, VHA) a même étudié l'impact d'interventions téléphoniques réalisées par le pharmacien dans le but d'améliorer le maintien des traitements pharmaceutiques destinés aux troubles d'usage d'opiacés (TUO) et aux TUA. Le VHA a montré une amélioration statistiquement significative du taux de maintien de ces traitements dans le groupe comprenant l'intervention téléphonique du pharmacien, comparé au groupe sans cette intervention.(12)

L'aspect moins médicamenteux du métier de pharmacien est également abordé dans cette littérature.

En effet, au Royaume-Uni, un principe de consultations autour de l'alcool réalisées par des pharmaciens d'officine a été évalué dans l'étude pilote de Stewart et al. Ce pilot a montré la faisabilité d'implémenter ces consultations dans les pharmacies d'officine.(13)
Cependant, une autre étude anglaise n'a pas montré d'amélioration significative d'une intervention brève liée à l'alcool délivrée par le pharmacien d'officine sur le résultat du score AUDIT.(14)

Ces données sont orientées vers les potentiels rôles du pharmacien d'officine dans la prise en charge de PAD.

Mais qu'en est-il du pharmacien hospitalier ?

En Belgique, le pharmacien nouvellement diplômé a l'opportunité de se spécialiser dans différents domaines dont notamment la recherche clinique, l'industrie, la biologie clinique, mais également la pharmacie hospitalière via la réalisation d'un master complémentaire.

Celui-ci permet au pharmacien de se former dans de nombreux aspects spécifiques à la pratique hospitalière : la distribution générale des médicaments pour les patients hospitalisés, ambulatoires, ou en consultation ; la préparation des poches de chimiothérapies, des radiotraceurs, des préparations magistrales ; la gestion des commandes de médicaments et de matériels ; la gestion de stocks ; etc.

En plus de tous ces aspects, le pharmacien hospitalier est formé dans le domaine de la pharmacie clinique.

Ce terme, encore fort méconnu des professionnels de santé, et émergeant progressivement dans les pratiques hospitalières, est défini par le SPF Santé publique comme suit : *« La pharmacie clinique vise à assurer des soins pharmaceutiques justifiés et axés sur le patient, dans le cadre desquels l'efficience, l'efficacité et la sécurité de la pharmacothérapie sont optimisés par une équipe de soins pluridisciplinaire et dans le cadre d'une politique globale de soins. »*(15)

L'American College of Clinical Pharmacy précise également l'intérêt du pharmacien clinicien (PC) dans la promotion de la santé, du bien-être, et dans la prévention des maladies.(16)

La différence avec le pharmacien d'officine, hormis son domaine d'action au niveau hospitalier, est son interaction directe avec les autres professionnels de santé, ainsi qu'avec le patient dans un but d'amélioration de la prise en charge.(17)
Il s'agit ainsi d'un professionnel de santé supplémentaire à inclure dans une prise en charge interdisciplinaire de patients.

En pratique, le PC est impliqué dans : la réconciliation médicamenteuse domicile-hôpital et hôpital-domicile ; la vérification des (contre-)indications des médicaments, des posologies, des voies d'administration, des interactions médicamenteuses ; le suivi de l'apparition des effets secondaires ; le monitoring médicamenteux ; la vérification de l'impact économique du traitement médicamenteux pour le patient ; la recherche d'alternatives médicamenteuses en cas de rupture de stock ; l'éducation du patient sur ses médicaments ; le bon déroulement du circuit du médicament dans l'unité de soins ; etc.

La littérature sur l'impact du PC est, quant à elle, plus fournie que pour le pharmacien d'officine.

La revue systématique de Kaboli et al. a analysé 36 articles traitant de l'impact global du PC sur différents aspects tels que sa participation au tour médical, la réconciliation médicamenteuse, l'incidence des événements médicamenteux indésirables* (EVI), la durée de séjour à l'hôpital, et les coûts liés aux médicaments.(17)
Cette revue conclut à l'amélioration de la qualité, de la sécurité, de l'efficacité, ainsi que la diminution du coût des soins liées à la présence du PC dans une équipe de soins interdisciplinaire.

*Préjudice lié à l'utilisation médicale d'un médicament

D’autres études appuient ces résultats en montrant une diminution proportionnelle des EVI avec l’augmentation du nombre de PC octroyé par patient et ainsi, une amélioration de la sécurité des patients.(18–20)

Plus spécifiquement, Stuhec and Tement ont évalué l’impact de la participation du PC dans un tour médical interdisciplinaire d’un hôpital psychiatrique slovène.
Ils ont montré que la présence du PC durant le tour médical diminuait le nombre d’EVI, avec un taux d’acceptation élevé des interventions pharmaceutiques (IP) par les médecins. Les IP étaient evidence-based, et maintenues pendant 3 mois pour la plupart.(21)

Ehrhard et al, quant à eux, ont montré que l’ajout d’un PC dans une équipe de tri de patients addicts menait à une augmentation du taux de prescriptions de médicaments pour les TUO et les TUA prescrites à des patients de manière appropriée avant leur sortie.(22)

Le PC a même montré son intérêt dans une unité de désintoxication alcoolique en milieu carcéral. En effet, Muradian et al. ont montré son implication dans la détection de patients à haut risque de syndrome de sevrage alcoolique, et l’optimisation de la prise en charge des patients en initiant, adaptant, stoppant des traitements médicamenteux, après discussion avec le médecin.(23)

L’analyse intéressante menée par Muradian et al. fait le lien entre le rôle du PC, le PAD, et l’unité de désintoxication alcoolique.
A ma connaissance, il n’existe pas d’autre article traitant de ce lien.

En Belgique, certains hôpitaux spécialisés en psychiatrie comportent un PC au minimum en temps partiel impliqué dans l’optimisation des traitements médicamenteux des patients.
En revanche, aucune unité de désintoxication alcoolique ne possède un PC au sein de son équipe dans les hôpitaux généraux.

Au vu des différents résultats d’études et d’analyses présentés précédemment, nous serions à même d’envisager l’intérêt du PC dans une équipe interdisciplinaire de désintoxication alcoolique au sein d’un hôpital général.

Mais, que pensent les professionnels de santé travaillant dans ces unités de désintoxication alcoolique ?

Cette réflexion est à la base de ce travail effectué dans le cadre du Certificat Interuniversitaire en Alcoologie organisé par la Société Scientifique de Médecine Générale, à Bruxelles (Belgique).

Méthodologie

Cette enquête observationnelle prospective quantitative s'est déroulée du 21 juillet 2023 au 21 août 2023 via la diffusion d'un questionnaire en ligne (Annexe 1) aux professionnels de santé travaillant dans une unité de cure de désintoxication alcoolique d'hôpitaux généraux francophones belges, et évaluait l'intérêt de ces professionnels de santé d'inclure un PC dans leur équipe.

Les professionnels de santé concernés étaient les médecins (généralistes ou spécialistes), infirmiers, et psychologues.

Le questionnaire, réalisé via l'outils Google Form, était composé de questions à choix multiples permettant aux répondants de donner leur appréciation sur certaines thématiques selon l'échelle de Likert (allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord » en incluant l'option « indécis »).
En plus d'une question permettant aux répondants de définir leur profession respective, le questionnaire était composé de 23 questions abordant différentes thématiques sur le PC.
Il fut diffusé aux participants travaillant dans 46 hôpitaux généraux francophones belges repris sur le site Hospitals.be via un e-mail en ciblant les adresses des secrétariats de psychiatrie, des hôpitaux, des psychiatres, des gastroentérologues, et des infirmiers chefs des unités de psychiatrie et de cure de désintoxication alcoolique.

L'analyse des résultats s'est limitée à des analyses statistiques descriptives.
Les graphes furent obtenus via l'outils Google Form.

L'objectif primaire de cette enquête était d'évaluer l'intérêt des professionnels de santé travaillant dans une unité de désintoxication alcoolique d'inclure un PC dans leur équipe interdisciplinaire.

L'objectif secondaire était de déterminer les pistes à améliorer pour promouvoir cette inclusion.

Résultats, interprétations, et discussion

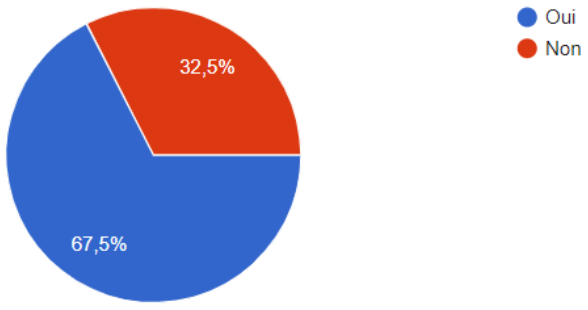
Echantillon et connaissance de l'existence du PC

Un total de 40 participations au questionnaire a pu être récolté.
Une majorité de médecins composait 50% des participants (40% de psychiatres, 5% de médecins généralistes, 5% de gastroentérologues), contre 27,5% d'infirmiers, et 22,5% de psychologues.

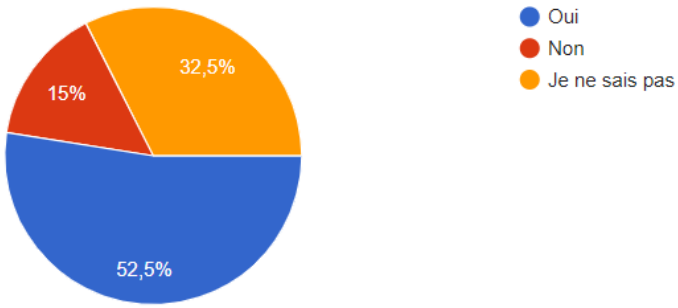
Sur ces 40 répondants, 67,5% connaissaient l'existence des PC dans les hôpitaux (Graphe 1), 52,5% signalaient la présence de minimum un PC dans leur hôpital, 15% signalaient l'absence du PC de leur hôpital, et 32,5% ne savaient pas si un PC était présent dans leur hôpital (Graphe 2).

Les 32,5% des répondants qui ne connaissaient pas l'existence du PC n'étaient pas les mêmes 32,5% des répondants qui ignoraient la présence ou non d'un PC dans leur hôpital, laissant supposer que certains répondants qui ne connaissaient pas l'existence du PC ont quand même répondu par oui ou par non à la question de l'existence du PC dans leur hôpital.
Selon moi, certains répondants qui ne connaissaient pas l'existence du PC ont indiqué qu'il n'y en avait pas dans leur hôpital, sans savoir réellement de quoi il s'agissait. Ceci peut biaiser les résultats du graphe 2 en augmentant le nombre de réponse « Non » et diminuant le nombre de réponse « Je ne sais pas ».

Graphe 1. Connaissance des répondants de l'existence du pharmacien clinicien (N=40)



Graphe 2. Connaissance des répondants de l'existence du pharmacien clinicien dans leur hôpital (N=40)

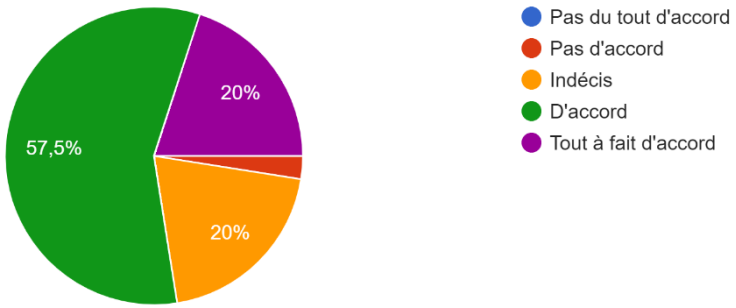


Intérêt des professionnels de santé d'inclure un PC dans leur équipe interdisciplinaire

Cet intérêt a été évalué globalement, via l'impact sur un potentiel gain de temps dans la prise en charge des PAD, via l'impact sur des aspects spécifiques de la prise en charge médicamenteuse, et via la potentielle inclusion dans un rôle de consultations médicamenteuses avec les PAD.

Globalement, 77,5% des répondants ont affirmé leur intérêt en faveur de l'inclusion d'un PC dans leur équipe interdisciplinaire.
Il est intéressant de noter qu'aucun répondant n'a montré de total désaccord envers cette inclusion.
Seulement un répondant a exprimé son désaccord (Graphe 3).

Graphe 3. Intérêt des professionnels de santé d'inclure un pharmacien clinicien dans leur équipe interdisciplinaire (N=40)



Outre l'important intérêt porté par les professionnels de santé envers l'inclusion du PC dans leurs équipes, ces résultats montrent l'effet de la sensibilisation de ces professionnels à l'utilité du PC.
En effet, nous avons vu dans le graphe 1 que 67,5% des répondants connaissaient l'existence du PC. Cependant, suite à la diffusion de ce questionnaire illustrant différents rôles du PC (voir Annexe 1), 77,5% ont finalement montré leur accord à l'inclure dans leurs équipes.
La sensibilisation des professionnels de santé sera rediscutée dans le point suivant.

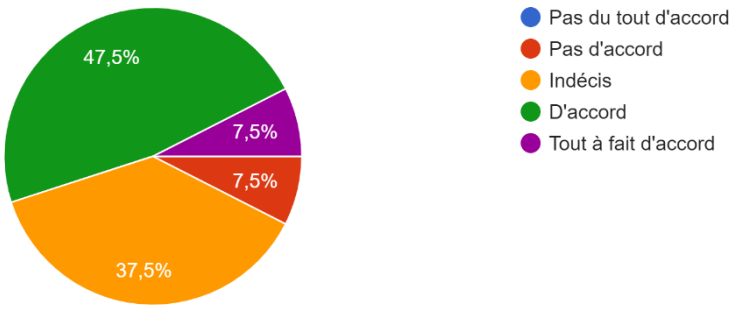
Ensuite, le gain de temps dans la prise en charge des PAD pourrait représenter un atout à inclure un PC dans ces équipes.

En pratique, 55% des répondants considèrent que le PC permettrait un gain de temps dans la prise en charge des PAD (Graphe 4).
Cette majorité dépasse à peine la moitié des répondants. Cela peut être dû au manque de recul que la présence du PC implique. En effet, ces professionnels ne travaillant pas avec des PC, il est compliqué pour eux de prédire le gain de temps octroyé par les actions mises en place par le PC en pratique.
Pour rappel, 32,5% des répondants ne connaissaient pas l'existence des PC, ce qui peut expliquer une grande partie des 37,5% d'indécis à cette question sur le gain de temps.

Une explication supplémentaire au nombre élevé d'indécis est que le gain de temps est une notion peu définie et subjective.
Il peut s'agir de gagner du temps sur la journée (ex. : trouver une alternative à un médicament indisponible), ou dans le long processus de prise en charge du patient (ex. : aider à trouver le meilleur choix de médicament selon les caractéristiques du patient).

Malgré ce manque de précision sur la notion du gain de temps, une majorité des répondants (55%) ont répondu en faveur d'un impact positif du PC sur ce gain de temps dans la prise en charge de PAD.

Graphe 4. Degrés d'accord envers un gain de temps dans la prise en charge des patients alcoolo-dépendants grâce au pharmacien clinicien (N=40)



De plus, de par son rôle sur différents aspects spécifiques de la prise en charge médicamenteuse des patients, il était intéressant d'évaluer l'avis des professionnels de santé sur l'apport du PC d'une plus-value sur ces différents aspects de prise en charge médicamenteuse de PAD.

Dans la Figure 1, nous pouvons apprécier les tendances des avis récoltés quant à l'apport d'une plus-value sur 16 aspects de la prise en charge médicamenteuse sur lesquelles agit le PC.

Nous remarquons une validation fortement prononcée (≥ 32/40 des répondants ayant répondu « D'accord » ou « Tout à fait d'accord ») d'une potentielle plus-value apportée par le PC pour 9 aspects sur les 16 évalués dans le questionnaire, à savoir : l'anamnèse médicamenteuse (32/40), la détection des effets indésirables médicamenteux (35/40), des interactions médicamenteuses (38/40), des interactions alcool-médicaments (36/40), la proposition d'une alternative médicamenteuse en cas d'indisponibilité du médicament initial (39/40), l'éducation thérapeutique médicamenteuse du patient (32/40), la gestion des stocks des médicaments pris par le patient comme les commande/livraison/(dé)facturation (35/40), la réponse aux questions pharmacologiques et pharmaceutiques du patient (34/40), et du personnel soignant (38/40).

Une validation prononcée (entre 26 et 31/40 des répondants ayant répondu « D'accord » ou « Tout à fait d'accord ») d'une potentielle plus-value apportée par le PC pour 6 aspects sur les 16 évalués dans le questionnaire a pu également être mis en évidence, à savoir : la simplification du plan de traitement du patient (26/40), l'aide à la prescription du meilleur choix de médicament pour le patient (29/40), l'explication des modalités de prise des médicaments au patient (31/40), au personnel soignant (30/40), la réduction économique du traitement du patient (28/40), et la gestion médicamenteuse globale du patient (29/40).

Une validation plus mitigée (entre 20 et 25/40 des répondants ayant répondu « D'accord » ou « Tout à fait d'accord ») d'une potentielle plus-value apportée par le PC concernait un aspect sur les 16 évalués dans le questionnaire, à savoir : l'adaptation posologique nécessaire du traitement du patient (24/40).

Globalement, les répondants ont considéré un apport de plus-value par le PC pour les 16 aspects évalués dans le questionnaire, avec seulement un aspect dont la décision semble plus mitigée pour les répondants.

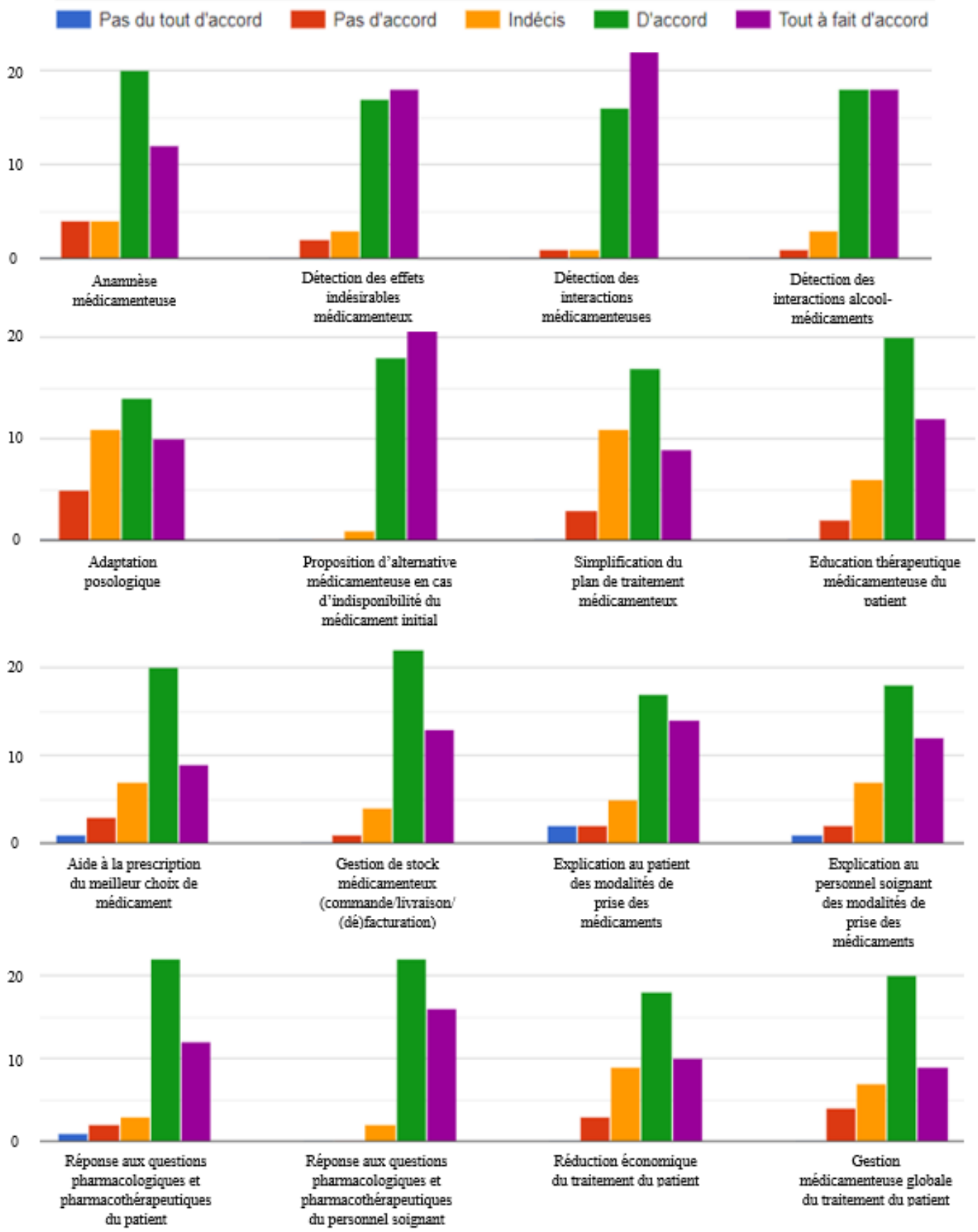
Ces résultats vont clairement dans le sens d'un intérêt à inclure le PC dans une équipe interdisciplinaire de cure de désintoxication alcoolique.
Cet intérêt concerne l'apport du PC au niveau de l'équipe soignante (aide à la décision quant au traitement médicamenteux adéquat en collaboration avec les soignants, amélioration de la prise en charge des patients par les infirmiers), et au niveau du patient lui-même (optimisation de la compréhension et de la prise des traitements directement par les patients).

Ces résultats rejoignent ceux obtenus dans l'étude de mise en pratique de Muradian et al.(23) Cependant, il aurait été intéressant de rajouter un item concernant la détection des patients à au risque de sevrage alcoolique par le PC dans le questionnaire diffusé afin de pouvoir réaliser une comparaison plus complète avec l'étude de mise en pratique de Muradian et al.

Suite à ces résultats, il serait intéressant de réaliser une étude en 3 étapes : la première étape serait le remplissage de ce même questionnaire par une équipe de soins concernée, suivie par une deuxième étape de mise en pratique via l'inclusion d'un PC dans cette équipe durant une période définie, pour clôturer par une troisième étape durant laquelle l'équipe soignante répond à nouveau au questionnaire. Cela nous permettrait de réaliser un « avant/après » l'inclusion du PC, et d'évaluer l'impact réel de la présence du PC sur l'avis des différents professionnels de santé composant cette équipe de soins.

Une autre étude à développer se ferait via la diffusion d'un questionnaire similaire aux PC pratiquant dans d'autres unités de soins (hors désintoxication alcoolique) afin d'avoir leur avis sur leurs propres compétences quant à la prise en charge de ces patients particuliers.
Cela permettrait de cibler les lacunes ressenties par les PC et de les optimiser d'emblée par le biais de formations complémentaires avant de les inclure dans de telles unités de soins.

Figure 1. Plus-value apportée par le pharmacien clinicien pour différentes actions pharmaceutiques, selon les répondants (N=40)



Enfin, davantage de crédit est donné au PC lorsque l'on constate que 55% des répondants sont d'accord quant à l'utilité d'instaurer des consultations pharmaceutiques gérées par un PC pour les PAD.

Le reste des répondants est majoritairement indécis (37,5%) quant à cet item, et 7,5% sont en désaccord avec ce dernier (Graphe 5).

Malgré l'absence actuelle de PC dans ces unités de soins, ces équipes montrent néanmoins majoritairement (55%) un intérêt à l'y inclure via un schéma de consultations.

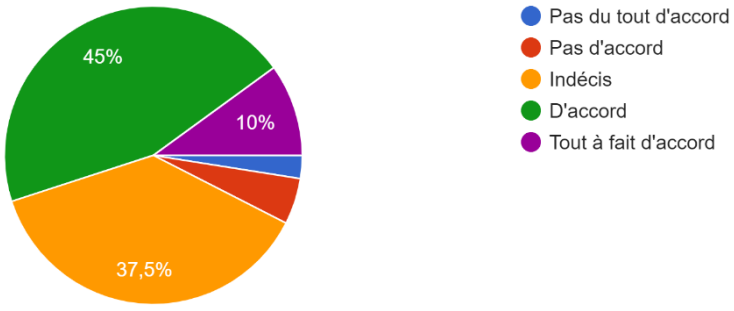
De par le profil particulier des PAD, laisser un professionnel de santé gérer une consultation avec ce type de patients relève de la confiance en ses compétences et de la croyance en l'effet bénéfique de son implication.

En effet, les avis récoltés et illustrés dans le graphe 5 ne sont pas issus d'une quelconque mise en pratique et proviennent uniquement de la confiance qu'ont les autres professionnels de santé envers le pharmacien.

De plus, cela permettrait l'obtention d'un dossier médical plus complet et plus précis grâce aux notes d'évolution et différents rapports de consultations apportés par le PC.

Enfin, cela permettrait aux PAD d'avoir un autre professionnel de santé en qui faire confiance, avec qui tisser du lien et communiquer sur les différentes craintes liées au traitement.

Graphe 5. Degrés d'accord pour une utilité à instaurer des consultations pharmaceutiques gérées par un pharmacien clinicien (N=40)



La part non négligeable de répondants indécis (37,5%) et en désaccord (7,5%) pousse néanmoins à la réflexion quant à des pistes d'amélioration pour promouvoir l'inclusion du PC dans ces équipes interdisciplinaires.

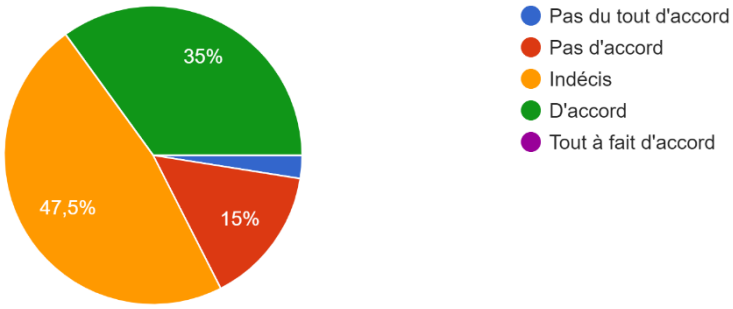
Ces pistes seront explorées dans le point suivant.

Pistes à améliorer pour promouvoir l'inclusion du PC dans ces équipes

Pour aborder le thème du PC dans une unité de cure de désintoxication alcoolique, il me semblait indispensable de connaître l'avis des autres professionnels de santé sur l'état des connaissances que le PC aurait de la désintoxication alcoolique.

Suite à cette question, seulement 35% des répondants trouvaient que le PC avait des connaissances suffisantes sur la désintoxication alcoolique. Sept répondants (17,5%) ont affirmé que le PC n'avait pas les connaissances suffisantes, et 47,5% restaient indécis par rapport à la question (Graphe 6).

Graphe 6. Degrés d'accord pour des connaissances suffisantes des pharmaciens cliniciens sur la désintoxication alcoolique (N=40)



Ces résultats sont à nuancer.

Premièrement, ces professionnels de santé n'ont, pour la plupart, jamais travaillé avec un PC et ne connaissent pas le contenu de la formation scientifique et médicale suivie par le PC. Ce dernier pourrait être formé durant son cursus de base, ou lors de formations continues.
Il s'agit donc d'une idée préconçue qu'ont les professionnels de santé du PC suite au manque de collaboration entre ces professions dans ce domaine.

Cependant, la spécialisation d'un PC dans un domaine spécifique se réalise essentiellement par l'expérience acquise sur le terrain.
En effet, durant sa spécialisation hospitalière, le pharmacien hospitalier assistant candidat spécialiste (PHACS) a l'opportunité de réaliser des stages de pharmacie clinique, mais ne reçoit pas de cours relatifs aux différents domaines de la pharmacie clinique (ex. : gériatrie, soins intensifs, psychiatrie, pédiatrie, etc.).

Suivre des cours ou des formations continues sur la prise en charge de PAD pourrait représenter une prérogative au PC pour travailler dans des unités de cure de désintoxication alcoolique pour une amélioration de la qualité des soins, mais également une meilleure appréciation de son niveau de connaissances sur la désintoxication alcoolique par les autres professionnels de santé.

Deuxièmement, le taux élevé de répondants indécis (47,5%) pourrait s'expliquer par le manque d'expérience des répondants quant à la collaboration avec un PC.
Le PC étant actuellement absent de ces équipes de prise en charge, les professionnels de santé concernés ne sont probablement pas conscients des ressources que peuvent apporter le PC, et l'impact qu'il aurait sur la prise en charge de PAD.

Les rôles du PC peuvent, en grande partie, s'articuler autour du médicament pris par le patient (posologie, mode d'administration, gestion de stock, effets indésirables, etc.), indépendamment de l'unité de soins dans laquelle le PC se trouve.
De ce point de vue, le manque de connaissances sur la désintoxication alcoolique par le PC a un moindre impact sur son efficacité dans la prise en charge de ces patients.

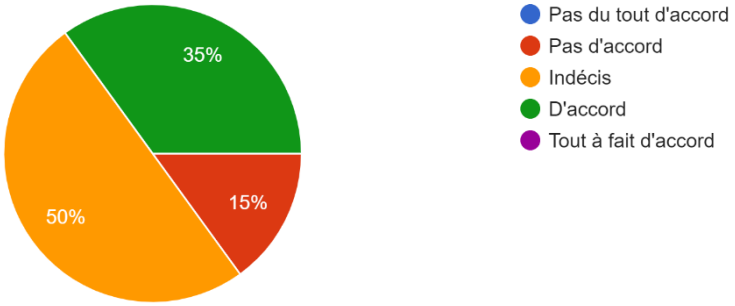
La part non négligeable de répondants indécis (37,5%) et en désaccord (7,5%) quant à l'instauration d'une consultation pharmaceutique gérée par le PC pense probablement que ce dernier ne possède pas les compétences psychosociales pour mener à bien ce type de consultation.

En effet, seulement 35% estiment que le PC possède les compétences psychosociales nécessaires, 15% pensent le contraire, et 50% restent indécis quant à cette question (Graphe 7).

Le faible taux de répondants en accord avec cette affirmation peut probablement s'expliquer par le fait que, bien que le PC soit amené à gérer des entretiens médicamenteux avec certains patients dans d'autres spécialités médicales (ex. : gériatrie), les patients concernés dans les unités de cure de désintoxication alcoolique sont des PAD dont la prise en charge psychosociale est plus compliquée et délicate qu'avec les autres patients.
Les PAD peuvent avoir vécu des évènements traumatisants menant à la consommation d'alcool ou de médicaments, avoir des comorbidités psychiatriques induites et indépendantes de l'alcool, avoir des troubles cognitifs difficilement perceptibles et compréhensibles par un professionnel de santé non formé dans le prise en charge de ces PAD, etc.
Il semble donc compréhensible que les PC ne soient pas considérés comme ayant les

compétences psychosociales nécessaires, au même titre que d'autres professionnels de santé, vu l'importance d'une formation dans la prise en charge de ces patients qui est pourtant absente de nombreux cursus de professionnels de la santé, tels que le PC.

Graphe 7. Possession des compétences psychosociales suffisantes du pharmacien clinicien pour gérer une consultation pharmaceutique avec des patients alcoolo-dépendants (N=40)



Les pistes que nous pouvons mettre en évidence pour promouvoir l'inclusion du PC dans ces équipes de soins sont donc multiples.

D'abord, nous avons vu que 67,5% des répondants connaissaient l'existence du PC, et que la simple participation au questionnaire mentionnant une liste non exhaustive des rôles du PC a convaincu plusieurs répondants afin que 77,5% soient en faveur d'inclure un PC dans leur équipe interdisciplinaire.
Ce travail de sensibilisation est la première étape pour faire connaitre le PC et ses rôles dans l'amélioration de la prise en charge des PAD.

Ensuite, la prise en charge de PAD demande des connaissances spécifiques.
Bien que le PC puisse agir sur la médication du patient indépendamment de son profil, la nécessité de suivre des formations plus spécifiques à la prise en charge des PAD semble être primordiale afin de fournir des soins de qualité.
Cela permettra également à l'ensemble de l'équipe d'aller dans un sens commun de prise en charge du patient.

Enfin, offrir des opportunités aux PC pour effectuer une mise en pratique et acquérir de l'expérience me paraît être la piste incontournable pour permettre une réelle visualisation de l'impact du PC dans ces unités de cure de désintoxication alcoolique.

Il est important de considérer ces pistes d'amélioration car le PC peut prétendre à une place incontournable dans les équipes interdisciplinaires.

En effet, le PC possède une formation scientifique et médicale universitaire approfondie lui permettant de proposer des solutions pharmaceutiques et pharmacologiques adaptées aux divers profils des patients.

Il est également expert dans l'analyse souvent fastidieuse des traitements médicamenteux (interactions, effets secondaires, contre-indications, posologie, etc.), octroyant une grande légitimité à ses IP lors de la prise en charge de patients.

Grâce à son implication dans l'officine hospitalière, il maîtrise le circuit du médicament au sein de l'hôpital, ce qui peut faciliter l'administration du bon médicament au bon moment sans générer de temps supplémentaire de prise en charge par les équipes infirmières.

Il est fortement impliqué dans le bon usage de la prescription médicale informatisée et des systèmes d'aide à la décision pour la prescription médicale, dont la demande est grandissante à l'heure actuelle.

Enfin, son large domaine d'action lui permet d'interagir tant avec les médecins au niveau de la prescription, qu'avec les infirmiers au niveau de l'administration des médicaments, mais également avec les autres professions (ex. : psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens) afin d'optimiser et de personnaliser le traitement médicamenteux de chaque patient.

Forces

Lors de la revue de littérature réalisée pour la rédaction de ce travail, aucun article ne mentionnait une collaboration entre un PC et une unité de cure de désintoxication alcoolique dans un hôpital général.
A ma connaissance, il s'agit de la première enquête sur cette thématique dans la littérature francophone et anglophone, octroyant un certain degré d'originalité à ce travail.

Le questionnaire et ce travail ont été rédigés par un PC suivant un certificat interuniversitaire en Alcoologie, témoignant d'une certaine pertinence du questionnaire destiné aux professionnels de santé travaillant dans la désintoxication alcoolique, et d'une connaissance pratique du rôle du PC dans la prise en charge de patients.

Bien que l'échantillon ne soit pas homogène (ni très large) entre les médecins, infirmiers, et psychologues, il est néanmoins varié et offre ainsi un point de vue global représentatif d'une unité de cure de désintoxication alcoolique composée de ces différentes professions.

La simplicité de la méthodologie rend cette enquête facilement reproductible à plus large échelle et pourrait obtenir davantage de participations.

Ce travail permet également de cibler les actions à entreprendre pour promouvoir l'inclusion du PC dans une unité de désintoxication alcoolique (sensibilisation des autres professionnels de santé, formations complémentaires des PC, mise en pratique de la présence d'un PC dans une telle unité de soins).

Limites

Une première limite de cette enquête est le faible nombre de réponses.
En effet, le manque d'accès aux contacts des responsables des unités de soins concernées, le mode de communication (e-mail), et la période de récolte des données (21 juillet au 21 août, période de vacances) n'ont pas permis d'atteindre un nombre élevé de réponses.
Cette limite permet l'isolement de certaines tendances, sans généralisation possible à la pratique à plus grande échelle, et empêche également d'obtenir un échantillon plus homogène en termes de professions.

Le peu de temps octroyé à la réalisation de ce travail représente une seconde limite. Il en découle une analyse globale des résultats (toutes les professions réunies) au lieu d'une analyse plus approfondie par profession.
Une analyse plus approfondie par profession aurait pu préciser les tendances définies par cette enquête, cibler davantage les groupes de professionnels à sensibiliser, et une meilleure compréhension des attentes de chaque professionnel.
En effet, il serait intéressant de savoir si ce sont les médecins qui sont plutôt en accord avec le rôle du PC dans la détection des effets secondaires, ou si les infirmiers sont plutôt en accord avec le rôle d'explication du mode d'administration du médicament par le PC au personnel soignant, par exemples.
Ceci permettrait d'établir un plan d'actions du PC adapté au différentes professions.

Le questionnaire ne contenait pas de questions sur le caractère universitaire de l'établissement dans lequel travaillaient les répondants. Il n'est donc pas possible d'établir des tendances ou des intérêts influencés selon que les répondants provenaient d'un hôpital universitaire ou non.

La revue de littérature s'est focalisée sur les littératures anglophone et francophone.
Les littératures néerlandophone et germanophone n'ont pas été consultées, empêchant une comparaison entre ce travail et d'autres travaux éventuellement réalisés dans les parties néerlandophone et germanophone de Belgique.

Perspectives

Une analyse approfondie des résultats par professions ayant répondu pourrait fournir des informations plus précises de l'avis actuel de ces professionnels de santé sur ce sujet.
Prendre du temps supplémentaire pour effectuer cette analyse approfondie me semble d'une utilité indiscutable.

Seuls les hôpitaux francophones de Belgique ont été sollicités lors de cette enquête, octroyant seulement 40 réponses sur une période de récolte des données de un mois.
Il serait intéressant de mener le même type d'étude sur une période supérieure à un mois, et sollicitant davantage d'hôpitaux au-delà de la barrière linguistique.
En effet, il serait utile d'adapter et d'élargir la diffusion du questionnaire aux régions néerlandophones et germanophones de Belgique afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble de la situation actuelle belge.

La complexité du profil des PAD rend leur prise en charge laborieuse à court et à long termes, avec un risque pour la santé et de rupture de contact.
Bien que le PC soit formé à l'analyse et à la gestion des traitements médicamenteux de patients, une formation complémentaire dans le domaine de la désintoxication alcoolique et l'approche de ces patients est primordiale pour une prise en charge optimale.
Ces formations peuvent être réalisées sous la forme de formations continues, séminaires, webinaires, mais également via l'invitation des PC aux congrès et symposiums traitant de la prise en charge des PAD.

La perspective principale qui ressort de cette enquête est la grande nécessité de réaliser une étude pratique sur la présence du PC dans une unité de cure de désintoxication alcoolique.
En effet, les résultats montrent l'intérêt des professionnels de santé à inclure un PC dans leur équipe, et montrent également les attentes de ces professionnels de la présence du PC.
Les résultats d'une étude de pratiques nous permettront de sensibiliser davantage de professionnels de santé, d'acquérir une base de travail et une optimisation de la qualité des soins fournis aux PAD.

Conclusion

Les professionnels de santé (médecins, infirmiers, psychologues) travaillant dans des unités de cure de désintoxication alcooliques en milieu hospitalier général sont en grande majorité favorables à l'inclusion d'un pharmacien clinicien dans leurs équipes interdisciplinaires, et estiment un impact positif du pharmacien clinicien sur le gain de temps dans la prise en charge des patients, mais également sur plusieurs aspects de la prise en charge médicamenteuse.
L'idée de mettre en place une consultation pharmaceutique avec les patients alcoolodépendants gérée par le pharmacien clinicien a également été positivement évaluée par ces professionnels.

Des doutes persistent quant aux connaissances de la désintoxication alcoolique et aux compétences psychosociales du pharmacien clinicien pour mener une consultation.

La mise en place de formations complémentaires pour le pharmacien clinicien devrait permettre d'améliorer les compétences de ce dernier, ainsi que la confiance du personnel soignant envers le pharmacien clinicien.

Une étude plus longue et à plus large échelle permettrait d'obtenir un plus grand nombre de participants, un échantillon plus homogène, et des résultats plus précis. Cela permettrait également une analyse plus approfondie des résultats par profession.

Ces données concernant uniquement l'impact que pourrait théoriquement avoir le pharmacien clinicien sur la prise en charge de patients alcoolodépendants, il serait intéressant de réaliser une étude de mise en pratique et d'évaluer la corrélation entre ces résultats et ceux obtenus après l'inclusion du pharmacien clinicien.

Bibliographie

1. World Health Organization [Internet]. 2022. Alcool.

2. World Health Organization [Internet]. 2016. L'abus d'alcool tue chaque année plus de 3 millions de personnes.

3. SPF Santé Publique Sécurité de la Chaîne alimentaire Environnement [Internet]. 2016. Alcool.

4. Vers une Belgique en bonne santé [Internet]. 2020. Consommation d'alcool.

5. Société Scientifique de Médecine Générale [Internet]. 2023. « Plan Alcool, plan pas cool! » : carte blanche de notre cellule Alcool.

6. Schmidt LA. Recent Developments in Alcohol Services Research on Access to Care. Alcohol Res. 2016;38(1):27-33.

7. Observatoire français des drogues et des tendances addictives [Internet]. 2023. Alcool.

8. Arrêté royal portant instructions pour les pharmaciens [Internet]. 2009. Disponible sur: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2009012132&table_name=loi

9. Pouyet-Poulet É, Sauvant MP, Pépin D, Planche R. Le pharmacien d'officine face au problème des buveurs excessifs: Santé Publique. 1 sept 2001;Vol. 13(3):237-48.

10. McClay E. How Pharmacists Can Help Patients Reduce Their Alcohol Intake : A Guide To New And Existing Treatments. Pharmacy Management. 2016;32(1):18-23.

11. Peterson AM. Improving adherence in patients with alcohol dependence: A new role for pharmacists. American Journal of Health-System Pharmacy. 1 mars 2007;64(5_Supplement_3):S23-9.

12. Smith A, Hansen J, Colvard M. Impact of a pharmacist-led substance use disorder transitions of care clinic on postdischarge medication treatment retention. Journal of Substance Abuse Treatment. nov 2021;130:108440.

13. Stewart D, van Dongen A, Watson M, Mandefield L, Atkin K, Dhital R, et al. A pilot cluster randomised trial of the Medicinesand Alcohol Consultation (MAC): an intervention to discuss alcohol use in community pharmacy medicine review services. BMC Health Serv Res. déc 2020;20(1):943.

14. Dhital R, Norman I, Whittlesea C, Murrells T, McCambridge J. The effectiveness of brief alcohol interventions delivered by community pharmacists: randomized controlled trial: Effectiveness of pharmacy alcohol BI. Addiction. oct 2015;110(10):1586-94.

15. SPF Santé Publique Sécurité de la Chaîne alimentaire Environnement [Internet]. 2016. Pharmacie clinique.

16. The Definition of Clinical Pharmacy. Pharmacotherapy. 2008;28(6):816-7.

17.Kaboli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, Schnipper JL. Clinical Pharmacists and Inpatient Medical Care: A Systematic Review. Arch Intern Med. 8 mai 2006;166(9):955.

18.Bond CA, Raehl CL, Franke T. Interrelationships among Mortality Rates, Drug Costs, Total Cost of Care, and Length of Stay in United States Hospitals: Summary and Recommendations for Clinical Pharmacy Services and Staffing. Pharmacotherapy. févr 2001;21(2):129-41.

19.Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical Pharmacy Services, Hospital Pharmacy Staffing, and Medication Errors in United States Hospitals. Pharmacotherapy. févr 2002;22(2):134-47.

20.Da Silva NMM. The impact of pharmacist participation in a multidisciplinary team on an oncology ward compared with a ward clinical pharmacy service. Eur J Hosp Pharm. avr 2012;19(2):259.2-260.

21.Stuhec M, Tement V. Positive evidence for clinical pharmacist interventions during interdisciplinary rounding at a psychiatric hospital. Sci Rep. 1 juill 2021;11(1):13641.

22.Ehrhard K, Colvard M, Brabson J. Addition of a clinical pharmacist practitioner to an inpatient addiction triage team and related medication outcomes. Mental Health Clinician. 1 août 2022;12(4):219-24.

23.Muradian IK, Aminzadeh A, Lin CH, Tran NT, Do NN, Lu QD, et al. Clinical Pharmacist's Role in an Alcohol Detox Unit in a Correctional Setting. Journal of Pharmacy Practice. août 2021;34(4):592-5.

Annexe

Annexe 1. Questionnaire diffusé aux professionnels de santé durant l'enquête.

La pharmacie clinique au service des unités de cure de désintoxication alcoolique ?

Bonjour,

Je suis pharmacien clinicien et je réalise un certificat interuniversitaire en alcoologie. Dans le cadre de ce certificat, j'aimerais récolter votre avis sur le potentiel rôle de la pharmacie clinique lors de la prise en charge de cures de désintoxications alcooliques.

Pour information : la pharmacie clinique est une branche de la pharmacie hospitalière centrée sur le patient selon des aspects pharmacologiques, pharmacothérapeutiques, économiques, logistiques, etc.

Ce questionnaire est destiné aux services exclusivement hospitaliers **et** prenant en charge des désintoxications alcooliques.

Les professionnels pouvant répondre à ce questionnaire sont les **médecins** (généralistes et spécialistes tels que psychiatres, gastro-entérologues, neurologues, etc.), **infirmier·e·s**, et **psychologues**.

Afin de garantir une bonne visibilité du questionnaire, veuillez le compléter sur ordinateur (et non sur smartphone).

Durée du questionnaire : **5 minutes**.

Anonymat garanti.

En vous remerciant d'avance pour le temps que vous consacrerez à répondre à ce questionnaire.

Bruno Michel

Je suis *

- ◯ Médecin généraliste
- ◯ Médecin psychiatre
- ◯ Médecin gastro-entérologue
- ◯ Autre médecin spécialiste
- ◯ Psychologue
- ◯ Infirmier·e

Je connais l'existence des pharmaciens cliniciens dans les hôpitaux *

- ◯ Oui
- ◯ Non

Il existe un (des) pharmacien(s) clinicien(s) dans mon hôpital *

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Je ne sais pas

Selon moi, le pharmacien clinicien possède les **connaissances suffisantes sur la désintoxication alcoolique** *

- ◯ Pas du tout d'accord
- ◯ Pas d'accord
- ◯ Indécis
- ◯ D'accord
- ◯ Tout à fait d'accord

Selon moi, le pharmacien clinicien apporterait une **plus-value** dans *

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indécis	D'accord	Tout à fait d'accord
l'anamnèse médicamenteuse de mon patient	○	○	○	○	○
la détection d'effets indésirables médicamenteux dus au traitement pris par mon patient	○	○	○	○	○
la détection d'interactions médicamenteuses dues au traitement pris par mon patient	○	○	○	○	○
la détection d'interactions alcool-médicaments	○	○	○	○	○
l'adaptation posologique nécessaire du traitement de mon patient	○	○	○	○	○
la proposition d'alternative médicamenteuse en cas d'indisponibilité/rupture du médicament initial	○	○	○	○	○
la simplification du plan de traitement de mon patient	○	○	○	○	○
l'éducation thérapeutique médicamenteuse de mon patient	○	○	○	○	○
l'aide à la prescription du meilleur choix de médicament pour mon patient	○	○	○	○	○
la gestion des stocks des médicaments pris par mon patient (commande/livraison/(dé)facturation)	○	○	○	○	○
l'explication des modalités de prise des médicaments au patient	○	○	○	○	○
l'explication des modalités de prise des médicaments au personnel soignant	○	○	○	○	○

la réponse aux questions pharmacologiques et pharmacothérapeutiques du patient	○	○	○	○	○
la réponse aux questions pharmacologiques et pharmacothérapeutiques du personnel soignant	○	○	○	○	○
la réduction économique du traitement de mon patient	○	○	○	○	○
la gestion médicamenteuse globale de mon patient	○	○	○	○	○

Selon moi, le pharmacien clinicien permettrait un **gain de temps** dans la prise en charge de mon patient *

- ○ Pas du tout d'accord
- ○ Pas d'accord
- ○ Indécis
- ○ D'accord
- ○ Tout à fait d'accord

Selon moi, il serait utile d'**instaurer des consultations pharmaceutiques** (gérées par un pharmacien clinicien) pour les patients *

- ○ Pas du tout d'accord
- ○ Pas d'accord
- ○ Indécis
- ○ D'accord
- ○ Tout à fait d'accord

Selon moi, le pharmacien clinicien a les **compétences psychosociales** (ex: communication) nécessaires pour mener à bien une consultation pharmaceutique avec un patient *

- ◯ Pas du tout d'accord
- ◯ Pas d'accord
- ◯ Indécis
- ◯ D'accord
- ◯ Tout à fait d'accord

Selon moi, un pharmacien clinicien devrait être intégré dans la **prise en charge interdisciplinaire** de nos patients *

- ◯ Pas du tout d'accord
- ◯ Pas d'accord
- ◯ Indécis
- ◯ D'accord
- ◯ Tout à fait d'accord