Université Joseph Fourier GRENOBLE PHARMACIE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER

FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2014 N°

ÉLABORATION D'UN PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR À L'OFFICINE

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE

DIPLÔME D'ÉTAT

JEAN-NOËL FAURE
Né le 8 décembre 1989 À Guilherand Granges

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE*
Le : 15 octobre 2014

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury : Monsieur le Professeur B. ALLENET, Professeur des universités, Praticien Hospitalier, UFR de Pharmacie de Grenoble

Membres :

Madame le Docteur C. MAINDET, médecin au centre de la douleur du CHU de Grenoble

Monsieur le Docteur R. JANKOWSKI, pharmacien d'officine titulaire

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

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 72
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70
Affaire suivie par Lantou FAURE NEUHAUSER Lanto.Faure@ujf-grenoble.fr

Université Joseph Fourier GRENOBLE PHARMACIE

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Christophe RIBUOT**

Vice-doyen et Directrice des Etudes : **Mme Delphine ALDEBERT**

Année 2013-2014

ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE

STATUT	NOM	PRENOM	DEPARTEMENT**	LABORATOIRE
MCU	**ALDEBERT**	**Delphine**	D4	LAPM
PU-PH	**ALLENET**	**Benoit**	D5	ThEMAS TIMC-IMAG (UMR CNRS 5525)
PU	**BAKRI**	**Aziz**	D5	TIMC-IMAG
MCU	**BATANDIER**	**Cécile**	D1	LBFA, Inserm U1055
MCU-PH	**BEDOUCH**	**Pierrick**	D5	ThEMAS TIMC-IMAG (UMR CNRS 5525)
DCE	**BEL**	**Coralie**	D4	-
MCU	**BELAIDI-CORSAT**	**Elise**	D5	HP2-Inserm U1042
PAST	**BELLET**	**Béatrice**	D5	-
DCE	**BERTHOIN**	**Lionel**	D1	-
DCE	**BOSSON**	**Anthony**	D4	-
PU	**BOUMENDJEL**	**Ahcène**	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	**BOURGOIN**	**Sandrine**	D1	CRI Inserm/UJF U823, équipe 5
MCU	**BRETON**	**Jean**	D1	L.C.I.B. - UMR E3 CEA/UJF
MCU	**BRIANCON-MARJOLLET**	**Anne**	D5	HP2-Inserm U1042
MCU	**BUDAYOVA SPANO**	**Monika**	D4	IBS
PU	**BURMEISTER**	**Wim**	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL-CNRS
MCU-PH	**BUSSER**	**Benoit**	D1	CRI Inserm/UJF U823, équipe 5
Professeur Emérite	**CALOP**	**Jean**	D5	-
MCU	**CAVAILLES**	**Pierre**	D1	LAPM
DCE	**CAVAREC**	**Fanny**	D5	-
AHU	**CHANOINE**	**Sébastien**	D5	IAB

Mise à jour le 26 février 2014

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 72
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70
Affaire suivie par Lantou FAURE NEUHAUSER Lanto.Faure@ujf-grenoble.fr

MCU	**CHOISNARD**	**Luc**	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
DCE	**CHRISTEN**	**Aude**	D3	-
PU-PH	**CORNET**	**Murielle**	D4	THEREX, TIMC-IMAG
DCE	**CRESPO**	**Xenia**	D1	-
PU-PH	**DANEL**	**Vincent**	D5	SMUR SAMU
PU	**DECOUT**	**Jean-Luc**	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	**DELETRAZ-DELPORTE**	**Martine**	D5	Equipe SIS « Santé, Individu, Société »-EAM 4128) UCB
MCU	**DEMEILLIERS**	**Christine**	D1	LBFA, Inserm U1055
PU	**DROUET**	**Christian**	D4	AGIM - CNRS 3405
PU	**DROUET**	**Emmanuel**	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL-CNRS
MCU	**DURMORT-MEUNIER**	**Claire**	D1	I.B.S
ATER	**FALLECKER**	**Catherine**	D5	HP2-Inserm U1042
PU-PH	**FAURE**	**Patrice**	D1	HP2-Inserm U1042
AHU	**FILIOL (VAN NOOLEN)**	**Laetitia**	D1	HP2-Inserm U1042
PRCE	**FITE**	**Andrée**	D6	-
AHU	**GARNAUD**	**Cécile**	D4	THEREX, TIMC-IMAG
PRAG	**GAUCHARD**	**Pierre-Alexis**	D3	-
MCU-PH	**GERMI**	**Raphaëlle**	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL-CNRS
MCU	**GEZE**	**Annabelle**	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	**GILLY**	**Catherine**	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU	**GODIN-RIBUOT**	**Diane**	D5	HP2-Inserm U1042
PRCE	**GOUBIER MATHYS**	**Laurence**	D6	-
ATER	**GRAS**	**Emmanuelle**	D5	-
Professeure Emérite	**GRILLOT**	**Renée**	D4	-
MCU	**GROSSET**	**Catherine**	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	**GUIEU**	**Valérie**	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	**HININGER-FAVIER**	**Isabelle**	D1	LBFA, Inserm U1055
MCU	**JOYEUX-FAURE**	**Marie**	D5	HP2-Inserm U1042
MCU	**KHALEF**	**Nawel**	D5	TIMC-IMAG
MCU	**KRIVOBOK**	**Serge**	D3	IRTSV

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 72
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70
Affaire suivie par Lantou FAURE NEUHAUSER Lanto.Faure@ujf-grenoble.fr

DCE	**LECERF-SCHIMDT**	**Florine**	D3	-
ATER	**LEHMANN**	**Sylvia**	D1	-
PU	**LENORMAND**	**Jean Luc**	D1	THEREX, TIMC-IMAG
PU	**MARTIN**	**Donald**	D1	TIMC-IMAG, UMR 5525 UJF-CNRS
DCE	**MELAINE**	**Feriel**	D1	-
MCU	**MELO DE LIMA**	**Christelle**	D4	L.E.C.A
DCE	**MORAND**	**Jessica**	D5	-
PU-PH	**MOSSUZ**	**Pascal**	D4	THEREX, TIMC-IMAG
MCU	**MOUHAMADOU**	**Bello**	D3	L.E.C.A
MCU	**NICOLLE**	**Edwige**	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
DCE	**OUIDIR**	**Marion**	D3	-
MCU	**OUKACINE**	**Farid**	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	**PERES**	**Basile**	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	**PEUCHMAUR**	**Marine**	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU	**PEYRIN**	**Éric**	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	**RACHIDI**	**Walid**	D1	L.C.I.B - UMR E3 CEA/UJF
MCU	**RAVELET**	**Corinne**	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU	**RIBUOT**	**Christophe**	D5	HP2-Inserm U1042
PAST	**RIEU**	**Isabelle**	D5	-
Professeure Emérite	**ROUSSEL**	**Anne -Marie**	D1	-
PU-PH	**SEVE**	**Michel**	D1	CR INSERM / UJF U823 Institut Albert Bonniot
MCU	**SOUARD**	**Florence**	D3	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
MCU	**TARBOURIECH**	**Nicolas**	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL-CNRS
DCE	**THOMAS**	**Amandine**	D5	-
PAST	**TROUILLER**	**Patrice**	D5	-
MCU	**VANHAVERBEKE**	**Cécile**	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063
PU	**WOUESSIDJEWE**	**Denis**	D2	DPM, UJF/CNRS UMR 5063

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

D2 : Département «Bases Physicochimiques du Médicament »

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

Mise à jour le 26 février 2014

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 72
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70
Affaire suivie par Lantou FAURE NEUHAUSER Lanto.Faure@ujf-grenoble.fr

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

D5 : Département « Médicaments et Produits de Santé »

D6 : Département « Anglais »

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
CRI : Centre de Recherche Institut
CNRS : Centre National de Recherche Scientifique
DCE : Doctorants Contractuels
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire et de Cognition et Ontogenèse »
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogenèse
IPB :
IBS : Institut de Biologie Structurale
JR : Jean Roget
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
MCU : Maitres de Conférences des Universités
MCU-PH : Maîtres de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement
PU : Professeurs des Universités
PU-PH : Professeurs des Universités et Praticiens Hospitaliers
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation
UMR: Unité Mixte de Recherche
UVHCI: Unit of Virus Host Cell Interactions

À mes parents et grands-parents,

Pour leur amour et leur soutien depuis toujours.

À Delphine,

Pour son amour et sa patience

et son aide précieuse dans la rédaction de cette thèse.

À ma sœur,

Pour son aide et son soutien au cours de ce travail.

À mon frère,

Pour avoir été un colocataire exemplaire au cours de mes études.

À mes maîtres de stages,

Pour la qualité de leurs enseignements et leurs précieux conseils.

À mes amis de promotions,

Pour avoir été des binômes émérites, pendant et après les heures de cours.

À mes amis,

Pour les bons moments passés et à venir.

Remerciements

À Monsieur le Professeur Allenet,

Pour m’avoir fait l’honneur et le plaisir d’accepter la présidence de ce jury, en plus d’avoir dirigé cette thèse.

À Madame le Docteur Maindet et Monsieur le Docteur Jankowski,

Pour l’intérêt qu’ils ont bien voulu porter à ce travail en acceptant de devenir membres du jury.

À tous les pharmaciens ayant répondu à l’étude,

Pour le temps consacré à répondre au questionnaire.

Liste des abréviations 4

Introduction 5

1ère Partie : Présentation du DPC 8

1. Définition du DPC 8

1.1. Objectifs du DPC 8

1.2. Obligation de DPC 9

1.3. Gestion du DPC par un organisme unique 10

2. Structure et contenu d'un programme de DPC 12

2.1. Orientations nationales ou régionales 12

2.2. Méthodes et modalités validées par la Haute Autorité de Santé 13

2.3. Activités 14

2.4. Intervenants et supports 15

2.5. Types 16

2.6. Durée et sessions 17

3. Devenir un organisme de DPC 18

3.1. Profil 19

3.2. Contacts administratifs 19

3.3. Instances décisionnaires 20

3.4. Activités 20

3.5. Dossier d'évaluation 22

3.6. Justificatifs 23

3.7. Récapitulatif 23

3.8. Réception de la demande 24

3.9. Évaluation de la demande 24

3.10. Résumé 25

2ème partie : Apports d'un programme de DPC sur la prise en charge de la douleur à l'officine 26

1. Importance de la prise en charge de la douleur dans la pratique officinale 26

1.1. Définition de la douleur 27

1.2. Épidémiologie de la douleur 29

2. Carence de DPC sur la douleur en Rhône-Alpes 32

3. Enquête sur les attentes des pharmaciens officinaux 34
3.1. Objectifs de l'étude 34
3.2. Matériel et méthode 35
3.3. Résultats 40
3.3.1. Résultats de la partie « Profil » 40
3.3.2. Résultats de la partie « Étude des attentes des pharmaciens officinaux envers un DPC sur la douleur » 44
3.3.3. Autres résultats 54
3.4. Discussion 56
3.4.1. Biais et limites 57
3.4.2. Présentation des profils des répondants 60
3.4.3. Analyse des résultats 63
3.4.4. Discussions secondaires 67
3.5. Conclusion de l'étude 69
3ème partie : Présentation du DPC sur la prise en charge de la douleur à l'officine 70
1. Maquette du programme 70
2. Structure du programme 72
2.1. Orientations 73
2.2. Méthodes et modalités 73
2.3. Activités 75
2.4. Type et étapes 76
2.5. Durée et session 76
2.6. Participants 77
3. Contenu du programme 78
3.1. Analyse des pratiques professionnelles 78
3.2. E-learning 79
3.2.1. Physiologie et physiopathologie de la douleur 80
3.2.2. Pharmacologie 81
3.2.3. Droit 82
3.3. Formation présentielle 83
3.3.1. Prescription médicale 84

3.3.2. Mise en situation 85
3.3.3. Prévention de l'iatrogénèse 86
3.3.4. Populations particulières 87
3.3.5. Les thérapeutiques non pharmacologiques 87
3.3.6. Les médecines alternatives 88
3.3.7. Les douleurs au quotidien 89
3.3.8. Mise en place d'un algorithme général d'aide à la décision 90
3.4. Mesure d'impact sur les pratiques professionnelles 91
3.5. Propositions des participants non reprises dans le programme 91
Bibliographie 93
Annexes 102
Annexe 1 : Méthodes et modalités validées par la HAS 102
Annexe 2 : Questionnaire de l'étude 104
Annexe 3 : Courriel accompagnant le lien vers le questionnaire de l'étude 107
Annexe 4 : Courriel de relance pour le questionnaire de l'étude 108
Annexe 5 : Projet de cas clinique accompagné. 109
Annexe 6 : Projet de présentation sur la prévention de l'iatrogénèse 115

Liste des abréviations

APP : Analyse des Pratiques Professionnelles

CA : Chiffre d'Affaire

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CV : Curriculum Vitae

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

HAS : Haute Autorité de santé

ODPC : Organisme de Développement Professionnel Continu

OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

STOPNEP : Study of the Prevalence of Neuropathic Pain

UFR : Unité de Formation et de Recherche

UJF : Université Joseph Fourrier

Introduction

La pharmacie d'officine est un secteur professionnel particulièrement exigeant. Les pharmaciens doivent sans cesse adapter leur pratique afin de remplir de manière satisfaisante les principaux objectifs de leur métier : la sécurisation du circuit du médicament et l'optimisation de l'efficacité des médicaments dispensés. Ils sont aussi tenus de prendre en compte les nombreuses évolutions scientifiques et législatives liées aux médicaments.

Par ailleurs, les pharmaciens doivent faire face à différentes contraintes économiques. D'une part, pour permettre l'accès du plus grand nombre au système de santé, l'Etat français met l'accent sur l'importance des économies devant être réalisées dans tous les secteurs de la santé, dans les hôpitaux comme dans les officines. Nombre de pharmaciens se sentent également éthiquement responsables du bon fonctionnement de ce système, ce qui les amène souvent à diminuer volontairement leurs ventes, par exemple en évitant le gaspillage chaque fois que cela est possible. D'autre part, les pharmacies sont des entreprises qui, en tant que telles, doivent dégager un chiffre d'affaire suffisant pour assurer leurs coûts de fonctionnement et rémunérer leurs salariés.

En outre, il est exigé des pharmaciens une expertise pointue, car une erreur d'appréciation ou d'inattention peut entraîner de lourdes conséquences, jusqu'à la mort du patient. Ainsi, ils prennent chaque jour le risque de voir engagée leur responsabilité professionnelle, devant les tribunaux comme devant la justice ordinale.

C'est pourquoi il est primordial que les pharmaciens reçoivent une formation de haut niveau, tout le long de leur carrière, leur permettant de garantir au maximum la qualité de leurs prestations pour le bien-être des patients.

Ainsi, les pharmaciens suivent une formation initiale, qui peut durer de six à neuf ans. Ils sont en outre formés à la pratique hospitalière lors d'un externat au sein d'un centre hospitalo-universitaire (CHU). Toutefois, jusque récemment, les pharmaciens, de même que les médecins, n'étaient par la suite tenus à aucune obligation de formation continue réellement contraignante. Certes, la majorité d'entre eux continuaient à se former tout en exerçant, notamment en suivant des enseignements sur la base du volontariat et grâce aux revues médicales. Cependant, il n'existait pas de mécanisme de vérification de leurs connaissances et de la qualité des enseignements suivis.

C'est dans ce contexte que les autorités françaises ont décidé en 2009 d'adopter un nouveau système, basé sur une formation continue obligatoire pour tous les professionnels de santé, appelée Développement Professionnel Continu (DPC).

En réalité, les facultés ont toujours participé à la formation continue des praticiens. Cependant, le DPC met en jeu de nouvelles règles. Les formations proposées par les facultés vont devoir évoluer pour devenir compatibles. De plus, le DPC va augmenter le besoin de formation, rendant nécessaire la création de programmes supplémentaires.

Grâce aux moyens mis à disposition par la Faculté de pharmacie de Grenoble, qui se consacre également à la formation des professionnels, nous avons voulu répondre à ce nouveau besoin en créant un programme de DPC portant sur la prise en charge de la douleur à l'officine.

Cette thèse reflète le travail de mise en œuvre de ce programme, depuis la définition des besoins des pharmaciens et l'ingénierie de la formation, jusqu'à la proposition administrative aux professionnels pour accéder à la formation.

D’abord, nous expliquerons le concept de DPC, puis nous démontrerons l’apport général d’un DPC sur la douleur, enfin nous présenterons plus précisément notre DPC sur la douleur.

1ÈRE PARTIE : PRÉSENTATION DU DPC

Avant de déterminer précisément ce que doit contenir notre DPC sur la douleur, il est primordial de bien comprendre ce qu'est le DPC depuis la loi de 2009, afin de répondre de façon satisfaisante à toutes les obligations légales.

La définition du DPC [1] ainsi que la structure et le contenu des programmes [2] sont expliqués précisément dans la loi de 2009. Pour dispenser ces programmes, des organismes ont été mis en place, en suivant une procédure particulière [3].

1. Définition du DPC

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 22 juillet 2009 (1) a révolutionné les habitudes des professionnels de santé en mettant à leur charge, par le biais d'un DPC aux objectifs ambitieux [1.1], une obligation de formation continue [1.2], dont le contrôle a été confié à un organisme unique appelé OGDPC [1.3].

1.1. Objectifs du DPC

L'article L. 4236-1 du code de la santé publique précise les objectifs du DPC, à savoir l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (2).

Le DPC devrait ainsi permettre :

- au professionnel de santé d'être acteur de sa formation ;
- l'interprofessionnalisation et le décloisonnement des différents modes d'exercice (ville, hôpital) ;
- le renforcement et une meilleure adaptation de l'offre de formation aux différents modes d'exercice et aux besoins des professionnels de santé ;
- le soutien des plans de santé publique nationaux et régionaux ;
- la simplification du dispositif avec un seul organisme gestionnaire (3).

1.2. Obligation de DPC

La loi de 2009 détermine profession par profession les obligations de formation particulière à chacune. Nous nous intéresserons ici plus précisément aux obligations des pharmaciens.

Selon l'article L. 4236-1 du code de la santé publique, qui est venu codifier la loi de 2009, sont concernés par le DPC les pharmaciens inscrits au tableau de l'ordre ainsi que ceux mentionnés à l'article L. 4222-7 (non inscrits à l'ordre). Il s'agit donc d'une obligation individuelle s'inscrivant dans une démarche permanente (2).

Le pharmacien satisfait à son obligation de développement professionnel continu dès lors qu'il participe, au cours de chaque année civile, à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel (4). Il peut choisir librement les organismes de développement professionnel qui mettent en œuvre les programmes auxquels il souhaite participer (5).

Ces programmes doivent respecter plusieurs obligations, que nous aborderons dans la partie I.2.

Un pharmacien est également réputé avoir satisfait à son obligation de DPC s'il a obtenu, au cours de l'année civile, un diplôme universitaire (DU) évalué favorablement par la commission scientifique indépendante des pharmaciens en tant que programme de DPC (6).

L'organisme de développement professionnel continu délivre une attestation aux pharmaciens justifiant de leur participation, au cours de l'année civile, à un programme de DPC. Il transmet simultanément, par voie électronique, les attestations correspondantes au Conseil national de l'ordre des pharmaciens (7).

Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens s'assure, au moins une fois tous les cinq ans, sur la base des attestations transmises par les organismes de DPC ou du diplôme mentionné à l'article R. 4236-5, que les pharmaciens ont satisfait à leur obligation annuelle de DPC (8).

Si l'obligation individuelle de DPC n'est pas satisfaite, le Conseil national de l'ordre des pharmaciens demande au pharmacien concerné les motifs du non-respect de cette obligation. Au vu des éléments de réponse communiqués, le Conseil national de l'ordre apprécie la nécessité de mettre en place un plan annuel personnalisé de DPC et notifie, le cas échéant, à l'intéressé qu'il devra suivre ce plan. L'absence de mise en œuvre de ce plan annuel personnalisé par le pharmacien est susceptible de constituer un cas d'insuffisance professionnelle (9).

On peut penser que le non-respect par un pharmacien de son obligation de DPC, s'il est suffisamment grave, pourra entraîner une sanction disciplinaire. Pour autant, cette sanction n'est, pour le moment, pas prévue par les textes, législatifs comme ordinaux.

1.3. Gestion du DPC par un organisme unique

Le DPC est géré par une structure unique, l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC). Il s'agit d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP) constitué

paritairement de l'État (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé) et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) (10).

Cet organisme a plusieurs missions principales :

- promouvoir le dispositif de DPC dans sa globalité et informer les professionnels de santé ainsi que les employeurs ;
- enregistrer l'ensemble des organismes concourant à l'offre de DPC, après une évaluation positive par une commission scientifique indépendante ;
- mettre à disposition de l'ensemble des professionnels de santé de France la liste des organismes de DPC et des programmes de DPC disponibles, en libre accès, sur http://www.ogdpc.fr et http://www.mondpc.fr ;
- assurer le secrétariat des cinq Commissions Scientifiques indépendantes (chirurgiens-dentistes, médecins, pharmaciens, professions paramédicales et sages-femmes) ;
- financer les programmes de DPC ;
- déterminer les forfaits de prise en charge des programmes de DPC pour les professionnels de santé éligibles au financement par l'OGDPC ;
- assurer les contrôles des organismes de DPC ;
- contractualiser avec les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA), des structures chargées de collecter les contributions financières des entreprises dans le cadre de la formation professionnelle continue des salariés du secteur privé ;
- établir un bilan d'activité et d'exécution du DPC, bilan global de la mise en œuvre du DPC pour l'ensemble des professionnels de santé ;
- mesurer l'efficience du dispositif de DPC et formuler toute proposition jugée utile (11) ;
- délivrer une attestation aux pharmaciens justifiant de leur participation, au cours de l'année civile, à un programme de DPC et transmettre, par voie électronique, les attestations correspondantes au Conseil national de l'ordre des pharmaciens (7).

2. Structure et contenu d'un programme de DPC

Même si une marge d'appréciation est laissée à l'organisme concepteur pour qu'il puisse s'adapter aux besoins des professionnels de santé, un programme de formation dans le cadre du DPC ne peut être construit de façon tout à fait libre. Il est important de prendre en considération certaines spécifications légales pour définir sa structure et son contenu. Ces informations nous seront utiles au moment de déterminer exactement le contenu de notre DPC sur la prise en charge de la douleur à l'officine.

Il est désormais prévu qu'un programme de DPC doit être conforme à une orientation nationale ou régionale de DPC [2.1] et comporter une des méthodes et des modalités validées par la Haute Autorité de santé (HAS) [2.2] ainsi que des activités prédéfinies [2.3]. Certaines obligations portant sur les liens d'intérêt des intervenants et de leurs supports doivent également être prises en compte [2.6].

Toutefois, le format du programme est laissé au choix du concepteur [2.5], tout comme la durée et les sessions de celui-ci [2.6].

2.1. Orientations nationales ou régionales

Un programme de DPC doit suivre au moins une orientation nationale pour être conforme et évalué favorablement (12). Ces orientations ont été établies par un arrêté du Ministère de la Santé après avis de la Commission scientifique indépendante des pharmaciens.

Actuellement, un programme peut suivre l'une de ces six orientations :

- orientation n° 1 : contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients ;

- orientation n° 2 : contribuer à l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients ;
- orientation n° 3 : contribuer à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins ainsi que dans la gestion des risques ;
- orientation n° 4 : contribuer à l'amélioration des relations entre professionnels de santé et au travail en équipes pluriprofessionnelles ;
- orientation n° 5 : contribuer à l'amélioration de la santé environnementale ;
- orientations n° 6 : contribuer à la formation professionnelle continue définie à l'article L. 6311-1 du code du travail (13).

Ces orientations nationales sont annuelles ou pluriannuelles (12).

Les agences régionales de santé (ARS) peuvent compléter les orientations nationales par des orientations régionales spécifiques, en cohérence avec leur projet régional de santé, après avis de la Commission scientifique indépendante des pharmaciens (12).

Il apparaît à la lecture de ces orientations qu'elles sont, pour le moment, de portée très générale. On imagine difficilement qu'un programme ne corresponde à aucune d'entre elles. S'il souhaite diriger plus efficacement le contenu des futurs programmes de DPC, le Ministère de la Santé aura donc tout intérêt à adopter à l'avenir de nouvelles orientations plus restrictives.

2.2. Méthodes et modalités validées par la Haute Autorité de Santé

Un programme de DPC doit comporter une des méthodes et des modalités validées par la HAS, après avis de la Commission scientifique indépendante des pharmaciens (Annexe 1) (14). Ces méthodes et modalités précisent les conditions qui permettent d'apprécier la participation effective, en tant que participant ou en tant que formateur, à un programme de DPC (4). Une

méthode est un ensemble plus ou moins structuré de principes utilisé pour organiser la démarche des professionnels au cours des activités prévues dans le programme (3).

Par exemple : formation présentielle, formation à distance, revue de mortalité et de morbidité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX) (14).

Une modalité est la façon de mettre en œuvre la méthode et de prendre en compte les objectifs poursuivis, les professionnels concernés par le programme et le contexte de soin du programme (3).

Par exemple : référentiels et supports pédagogiques utilisés, analyse d'un nombre défini de dossiers, périodicité des réunions (3).

Ces directives, en particulier les méthodes, s'imposent aux concepteurs de programmes de DPC, mais leur serviront aussi efficacement d'aides pour la conception de leurs programmes.

2.3. Activités

Pour répondre correctement aux objectifs du DPC, chaque programme de DPC doit être composé d'au moins deux activités.

Il faut que le programme propose une analyse des pratiques professionnelles (APP). Cette activité doit comporter :

- un référentiel d'analyse reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, organisationnelles, éthiques, consensus d'experts…) ;
- une analyse critique et constructive des pratiques réalisées par rapport à la pratique attendue ;
- des objectifs et des actions d'amélioration ;
- un suivi de ces actions et une restitution des résultats aux professionnels (14).

Un programme peut par exemple présenter comme APP une revue de mortalité et de morbidité (RMM) ou un comité de retour d'expérience (CREX).

Le programme doit aussi permettre l'acquisition et le perfectionnement de connaissances ou de compétences lors d'une activité dédiée comportant :

- des objectifs pédagogiques ;
- des supports pédagogiques reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, éthiques, organisationnelles, consensus d'experts…) ;
- une évaluation, notamment de l'acquisition des connaissances, et une restitution des résultats aux professionnels (14).

Ainsi, se rendre à une formation universitaire ou à un congrès scientifique, ou se former par e-learning, dans le cadre d'un programme de DPC, relève de cette activité.

Ces deux activités peuvent être articulées entre elles sans ordre prédéfini (14).

Les activités prévoient un temps d'échange entre les participants du programme concernant leurs pratiques, comme les difficultés rencontrées au quotidien, les modalités de prise en charge d'une pathologie particulière ou les résultats obtenus en suivant certaines bonnes pratiques spécifiques (14).

2.4. Intervenants et supports

Dans un souci de transparence, les intervenants (auteurs, formateurs, concepteurs, experts…) participant à un programme sont tenus de faire connaître à l'ensemble des participants avant leur intervention les liens d'intérêt qu'ils sont susceptibles d'entretenir, notamment avec les entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé. Leur expertise

pédagogique, scientifique ou méthodologique est portée à la connaissance des participants, afin de justifier leur participation au programme en tant de formateurs (14).

Les organismes de DPC ont l'obligation de contrôler certains aspects des supports (papiers ou numériques) utilisés au cours du programme pour décrire les pratiques recommandées (supports pédagogiques, référentiels, analyses des pratiques…). Ces documents doivent utiliser des références scientifiques identifiées et ne comporter aucune promotion. De plus, les auteurs doivent être identifiés et leurs liens d'intérêts portés à la connaissance des participants. Les autres sources de financements éventuels doivent également être affichées. Enfin, les supports issus de la presse scientifique professionnelle doivent respecter des critères de qualité décrits dans une fiche spécifique (14).

2.5. Types

Le concepteur peut choisir librement entre plusieurs types de programme de DPC :

- un programme présentiel impliquant la présence physique des participants sur le lieu de formation pour l'ensemble des étapes du programme ;
- un programme non présentiel composé d'étapes qui ne nécessitent pas la présence physique des participants (par exemple : e-learning, lecture de documents), pouvant aussi être majoritairement non présentiel et inclure dans ce cas une ou plusieurs réunions où les participants sont présents physiquement ;
- un programme mixte correspondant à un programme majoritairement présentiel, alliant une majorité d'étapes présentielles à quelques réunions non présentielles (par exemple : trois étapes dont deux présentielles) (3).

Un programme est composé d'étapes marquant sa progression dans le temps. Chaque étape correspond à un temps dédié à l'une des deux activités ou à une période dans un programme de DPC. Qu'elle soit présentielle ou non, elle est délimitée par des dates communiquées ultérieurement aux participants.

Par exemple, une étape peut se présenter sous la forme d'une réunion ou d'un séminaire de deux jours. Elle peut aussi prendre la forme d'un congrès ou d'un e-learning, tel qu'un questionnaire à remplir ou la lecture de publications scientifiques (3).

L'organisation du programme et des étapes dépend de différents critères comme le thème et des objectifs visés par le programme, le mode d'exercice des professionnels concernés ou l'organisation de la prise en charge.

2.6. Durée et sessions

Un programme de DPC n'a pas de durée minimum, tant qu'il est composé de plus d'une activité.

Pour que le programme soit cohérent, il revient aux organismes de DPC d'estimer la durée du programme en fonction des étapes et activités prévues (3).

Un programme peut être annuel ou pluriannuel (4). Il est annuel si toutes les étapes sont réalisées sur une même année civile ou pluriannuel dans le cas où la durée de réalisation est supérieure à un an.

Un programme de DPC peut être décliné en plusieurs sessions identiques :

- même durée ;
- mêmes étapes ;
- même(s) orientation(s)/méthode(s)/modalité(s)…

Seuls le lieu et/ou la date de réalisation ainsi que les intervenants (formateurs, experts et animateurs) peuvent varier. Il n'existe pas de nombre minimum de sessions par programme (3).

3. Devenir un organisme de DPC

En plus des obligations précisées ci-dessus, un programme de DPC doit être mis en œuvre par un organisme de développement professionnel continu (ODPC) enregistré (4). Afin d'être habilité à mettre en œuvre un programme de DPC, il revient au concepteur de ce programme d'effectuer les démarches administratives pour obtenir le statut d'ODPC. Ces organismes sont, depuis la loi de 2009, seuls autorisés à dispenser aux professionnels de santé des programmes de DPC.
Notre démarche en ce sens se trouve grandement simplifiée par le fait que l'Université Joseph Fourrier (UJF), qui dispensera notre DPC, a déjà été accréditée comme ODPC.

Il est tout de même intéressant, pour l'exhaustivité notre travail, de comprendre le déroulement des étapes que l'UJF a dû suivre pour devenir un ODPC. Les personnes qui souhaitent mettre en œuvre des programmes de DPC ont ainsi la charge de déposer, en plus de la déclaration d'activité prévue dans le code du travail (15), une demande d'enregistrement auprès de l'OGDPC (16). Pour cela, il convient de se rendre sur l'extranet de l'OGDPC[1], lors de l'ouverture de l'une des périodes d'enregistrement prévues par arrêté ministériel :

- du 1er au 31 janvier ;
- du 1er au 30 avril ;
- du 1er au 30 septembre (17).

L'enregistrement se déroule en sept étapes, selon le « Mode d'Emploi Extranet Organismes de DPC » (18) proposé par l'OGDPC.

[1] https://www.ogdpc.fr/organismes

3.1. Profil

Cette étape permet d'obtenir des identifiants, s'il s'agit d'une première connexion.

Il faut entre autres indiquer la dénomination de l'organisme, ses coordonnées et un mot de passe.

Une fois l'intégralité des champs obligatoires complétés, le futur organisme reçoit alors ses identifiants par courriel, lui permettant de se connecter à son espace sur le site de l'OGDPC (18).

3.2. Contacts administratifs

L'étape 2 porte sur les personnes que l'OGDPC pourrait être amené à contacter pour, par exemple, assurer les paiements des programmes de DPC, les contrôles ou les supports de communication. Pour chaque contact, il faut notamment renseigner son identité, ses coordonnées, sa profession ainsi que sa qualité.

Il existe différentes qualités (types) de contacts :

- correspondant : il s'agit du contact privilégié de l'OGDPC pour chaque catégorie professionnelle (un au maximum par catégorie professionnelle) ;
- personnel administratif ;
- comptabilité ;
- chargé de communication ;
- responsable informatique ;
- gestion des conflits d'intérêts : ce contact doit obligatoirement être créé, car il s'agit de la personne en charge de la gestion des conflits d'intérêts potentiels des futurs intervenants engagés par l'organisme. Lors de la création de ce contact, il faut également joindre un document décrivant les moyens de communication utilisés par chacun des intervenants pour porter leurs liens d'intérêts à la connaissance des participants aux programmes de DPC ;

- autre.

Il est possible de renseigner plusieurs contacts à raison d'un contact par « qualité ». Après avoir renseigné l'ensemble des contacts administratifs, cette étape peut-être validée (18).

3.3. Instances décisionnaires

Sont considérées comme instances décisionnaires les personnes en charge de la gouvernance de l'ODPC. Il existe, comme pour les contacts, plusieurs qualités (ou types) de personnes devant être précisées. De la même manière, il faut renseigner l'identité, les coordonnées, la profession et le type d'instance. De plus, il faut joindre pour tous les membres la déclaration de leurs liens d'intérêts et leur curriculum vitae (CV) (18).

3.4. Activités

Cette étape permet de documenter les informations servant à constituer le dossier d'évaluation de l'ODPC. Elle est composée de trois parties.

La première partie « Déclarer son activité de DPC » vise à choisir le public visé par le DPC, selon deux critères :

- leur mode d'exercice (libéraux ou salariés) ;
- leur catégorie professionnelle (médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage-femme ou paramédicaux) et leur spécialité le cas échéant.

Doivent également être enregistrées certaines généralités concernant le futur programme :

- l'orientation du programme ;
- le type du programme ;
- les méthodes utilisées.

Ensuite, la partie « Qualité et références des intervenants » concerne les profils des personnes impliquées dans l'élaboration du DPC, qui peuvent être :

- des concepteurs (personne qui conçoit et/ou rédige le programme) ;
- des intervenants (toute personne ayant une action lors du déroulement d'un programme, hors experts, comme les organisateurs, les animateurs et les logisticiens) ;
- des experts (personne intervenant dans son domaine de compétence à un moment du déroulement d'un programme, de sa conception à sa réalisation) ;
- d'autres personnes.

Il est demandé de renseigner leur profession et leurs références (maître de conférence, professeur d'université, praticien hospitalier…). Il faut également mettre en ligne les modalités de sélection (la raison de leur présence comme formateur) et le profil de chaque intervenant (mode d'exercice, spécialité, formation, grade universitaire, membre de société savante ou HAS et expérience relative à la maîtrise des pratiques professionnelles). Comme les membres des instances décisionnaires, les intervenants doivent communiquer un CV et leurs liens d'intérêts lors de l'enregistrement.

S'il existe des liens entre l'ODPC et une université partenaire, il convient de décrire la nature de ces liens ainsi que la capacité du diplôme universitaire à être intégré dans un programme de DPC, c'est-à-dire en quoi ce diplôme peut être considéré comme un DPC à part entière.

Enfin, la partie « Prestataires de services » permet au futur ODPC, s'il souhaite faire appel à des organismes sous-traitants, de les déclarer en ajoutant la dénomination de l'organisme, ses coordonnées, quelle(s) partie(s) du programme est(sont) sous-traitée(s) (par exemple l'Analyse des Pratiques Professionnelles (APP) ou l'approfondissement des connaissances) et la proportion de formation sous-traitée au sein de chaque partie de programme. La copie du contrat signé avec le prestataire devra également être jointe (18).

3.5. Dossier d'évaluation

Cette étape se présente en deux parties.

Dans la première partie, il est tout d'abord nécessaire de remplir un descriptif succinct de l'activité passée dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles et/ou de la formation continue le cas échéant et sur quelles recommandations des agences sanitaires et des sociétés savantes le programme est fondé. Il est possible de joindre une description de l'activité de formation passée et les recommandations des agences sanitaires et des sociétés savantes.

Ensuite, il faut détailler l'origine des recettes (inscriptions des participants, cotisations des adhérents, OGDPC…) et la façon dont il est possible de garantir l'indépendance du contenu des programmes.

Si les DPC contiennent des prestations indirectes (sous-traitance), le futur organisme doit transmettre un fichier précisant les procédures et moyens mis en œuvre pour préserver l'indépendance des programmes de DPC.

Enfin, il nécessaire de télécharger un engagement sur l'honneur, qui est à imprimer et compléter par l'organisme. Cet engagement est à joindre au dossier d'évaluation à la fin de la demande d'enregistrement.

La deuxième partie conduit à présenter au moins un « programme témoin » par profession visée par l'organisme. L'objectif est de montrer un exemple de programme représentatif des programmes de DPC que l'organisme sera en mesure de proposer aux professionnels de santé. L'enregistrement d'un programme témoin nécessite de noter entre autres :

- le nom du programme ;
- l'orientation choisie ;
- la méthode ;

- les moyens mis en œuvre attestant de la recherche de la validité et de l'efficacité du programme.

Un programme détaillé doit en outre être joint.

Ce programme témoin permettra aux commissions scientifiques compétentes d'évaluer, notamment, la capacité pédagogique de l'ODPC (18).

3.6. Justificatifs

Le futur organisme doit transmettre lors de son enregistrement certaines pièces, notamment, les justificatifs administratifs et comptables de la société. Tous les justificatifs ne doivent pas être renseignés, selon que l'organisme est de droit privé ou de droit public (18).

3.7. Récapitulatif

La dernière étape présente un résumé de la demande d'enregistrement. Elle permet de vérifier précisément qu'il n'y a aucune erreur ou oubli dans le dossier, car une fois la demande validée, il n'est plus possible de la modifier jusqu'à l'évaluation par la commission scientifique. Toutefois, à tout moment du processus, il est possible de revenir modifier chaque partie.

Une fois l'ensemble de la demande vérifiée, il reste seulement à adjoindre l'engagement sur l'honneur complété et signé, téléchargé précédemment, avant de soumettre la demande d'ODPC (18).

3.8. Réception de la demande

Par la suite, la demande d'enregistrement est contrôlée par l'OGDPC afin de vérifier que celle-ci est complète. Deux cas de figure sont possibles.

Si le dossier est complet, l'organisme demandeur est enregistré par l'OGDPC et le dossier d'évaluation est soumis à la ou les commission(s) scientifique(s) concernée(s) par la demande.

Si le dossier est incomplet, l'organisme est alerté par l'OGDPC et il est nécessaire de retourner le plus rapidement possible les éléments manquants afin de pouvoir être enregistré. Dans le cas contraire, il n'y aura ni enregistrement ni évaluation et il sera alors impossible de dispenser des programmes de DPC (18).

3.9. Évaluation de la demande

Une fois enregistré par l'OGDPC, le dossier d'évaluation est soumis à la ou les commission(s) scientifique(s) concernée(s) dans les quinze jours suivant la clôture des inscriptions (19). Celle-ci est notamment chargée d'évaluer :

- la capacité pédagogique et méthodologique de l'organisme de DPC ;
- les qualités et références des intervenants ;
- l'indépendance financière, notamment à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant les produits de santé (20).

Le résultat de cette évaluation est notifié par l'OGDPC à l'organisme demandeur.

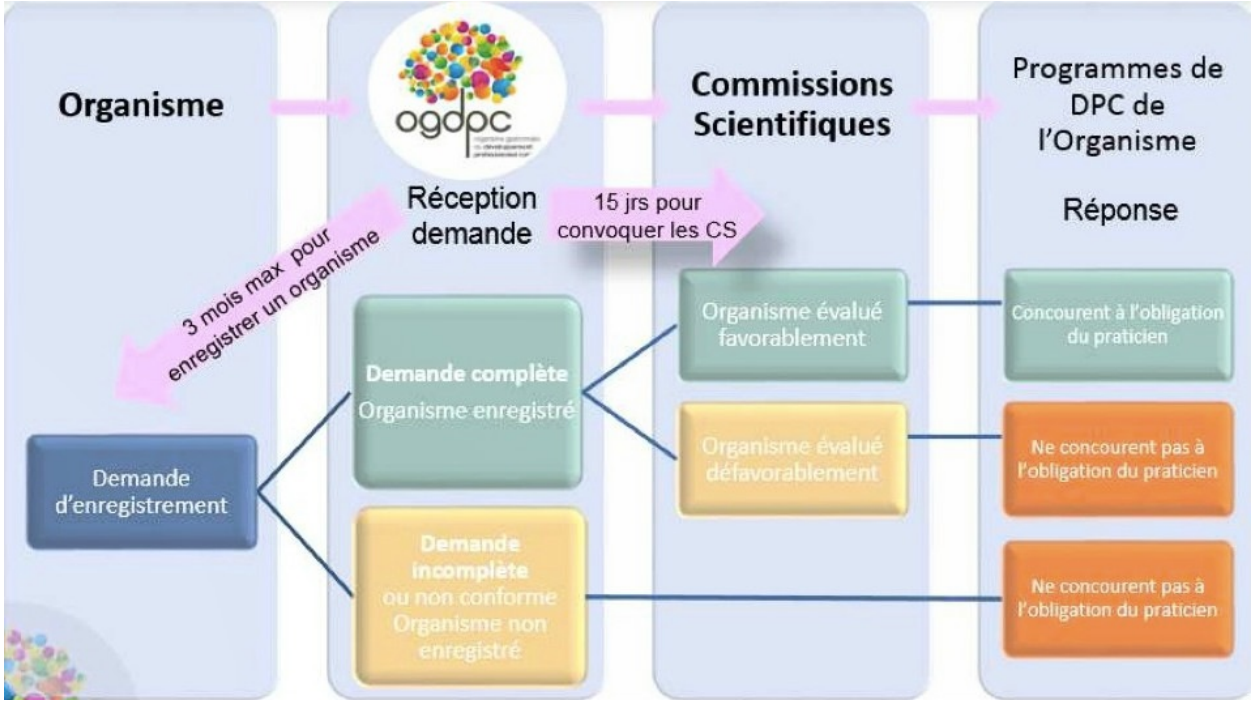
En cas d'évaluation défavorable, il est impossible de dispenser des programmes de DPC (19).

En cas d'évaluation favorable, l'organisme peut dispenser des programmes de DPC aux catégories professionnelles pour lesquelles l'autorisation a été obtenue. Il lui est alors possible de

déposer des programmes de DPC, directement depuis l'Extranet ODPC. Ces programmes seront ensuite automatiquement publiés sur www.mondpc.fr et consultables par l'ensemble des professionnels de santé (18).

3.10. Résumé

L'OGDPC nous propose le schéma suivant, qui résume les différentes étapes menant à l'enregistrement comme organisme de DPC :



(18)

2ÈME PARTIE : APPORTS D'UN PROGRAMME DE DPC SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR À L'OFFICINE

Le but final de notre travail est de créer un programme de DPC sur la prise en charge de la douleur à l'officine. Cependant, pour que celui-ci soit viable financièrement, il est nécessaire que suffisamment de professionnels assistent à la formation. En effet, si trop peu de praticiens s'inscrivent, les finances de l'organisme, l'UJF, seront déficitaires et le programme ne sera plus proposé aux professionnels. Pour éviter que le programme ne soit supprimé, il convient de concevoir un programme attractif, avec le moins de concurrence possible.

Pour que notre programme ait de bonnes chances de succès, nous avons mesuré les apports d'un programme portant sur la prise en charge de la douleur à l'officine. Pour cela, nous avons cherché à appréhender l'importance de la prise en charge de la douleur dans la pratique officinale [1]. Il était également nécessaire de s'assurer de l'existence d'une carence de programmes de DPC sur ce thème [2]. Enfin, pour que notre programme soit le plus proche possible des attentes des pharmaciens d'officine, nous avons réalisé une étude auprès de ces derniers [3].

1. Importance de la prise en charge de la douleur dans la pratique officinale

Un programme de DPC sera prisé s'il aborde un thème ayant de nombreuses répercussions sur la pratique des professionnels de santé. Nous devons donc vérifier que la formation envisagée sera utile aux pharmaciens officinaux dans leur pratique quotidienne.

Ainsi, nous nous sommes interrogé sur l'importance de la prise en charge de la douleur dans la pratique officinale.

Une fois défini précisément le concept de « douleur » [1.1], nous présenterons son épidémiologie, qui nous fournira un point de vue intéressant pour juger de la pertinence de notre sujet [1.2].

1.1. Définition de la douleur

Afin de délimiter le sujet de notre programme, le concept de « douleur » doit être défini avec précision.

L'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur (IASP) propose la définition suivante de la douleur :

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes ».

Cette définition nous semble la plus satisfaisante, car elle intègre la dimension affective et émotionnelle de la douleur, en plus de la dimension sensorielle à laquelle il est habituellement fait référence. Elle rend ainsi compte de l'ensemble des mécanismes générateurs de la douleur, lesquels peuvent être d'origine physique ou psychologique : un même stimulus douloureux sera alors ressenti différemment selon les individus et selon le moment (21).

L'ouvrage « Pharmacie clinique et thérapeutique » propose quant à lui deux classifications des types de douleurs existants : une classification temporelle (selon la durée) et une classification selon l'origine des douleurs.

La classification temporelle différencie entre deux types de douleurs : la douleur aiguë et la douleur chronique.

Selon cette classification, la douleur aiguë est récente et transitoire. Elle peut être provoquée par exemple par une brûlure ou une piqûre et persiste jusqu'à la cicatrisation. Elle est due à un excès de nociception et fait office de signal d'alarme pour le patient, afin qu'il puisse réagir.

La douleur aigüe peut se prolonger et devenir un syndrome : on parle alors de douleur chronique si elle se prolonge plusieurs semaines. Elle perd alors sa fonction d'alerte et devient la préoccupation dominante du sujet (21).

La classification selon l'origine des douleurs distingue la douleur par excès de nociception et la douleur par désafférentation (également appelée douleur neurogène).

La douleur par excès de nociception apparaît lors de la stimulation excessive des récepteurs périphériques de la douleur. Elle peut être due :

- à des destructions lésionnelles (par exemple des traumatismes ou des brûlures) ;
- à une inflammation ;
- à une ischémie.

La douleur par désafférentation ou neurogène provient d'une interruption des voies de la nociception pouvant être due à des lésions du système nerveux ou du système nerveux central (SNC) (21).

1.2. Épidémiologie de la douleur

L'épidémiologie a été définie par le Dr Brian Mac Mahon, célèbre épidémiologiste étasunien, comme étant :

« L'étude de la distribution et des déterminants d'une maladie dans des populations humaines et l'application des résultats de cette étude dans la lutte contre cette maladie. »

Cette définition appliquée à la douleur nous servira à cerner la pertinence du sujet retenu pour notre programme. En effet, s'il ressort des études à notre disposition que la douleur affecte de nombreux patients, nous pourrons utilement en déduire qu'elle occupe, de la même manière, une place importante dans la pratique des pharmaciens officinaux.

Il convient de s'interroger sur la qualité des études en matière de douleur, en raison du caractère réputé peu quantifiable de la douleur. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) explique cependant sur son site Internet que « bien que les études épidémiologiques de la douleur ne soient pas aisées, faute d'outils de diagnostic simples, consensuels et fiables, et du caractère subjectif de la douleur, […] on peut néanmoins extraire un certain nombre d'enseignements des études existantes » (22).

De tels enseignements semblent pouvoir être tirés de l'étude STOPNEP (Study of the Prevalence of Neuropathic Pain) publiée dans le journal étasunien Pain® en 2008 par le Dr Didier Bouhassira (23), neurologue français. Elle se présente comme l'une des plus grandes enquêtes parues dans la littérature consacrée aux douleurs chroniques et, surtout, la première enquête sur la prévalence de la douleur chronique réalisée en France.

Bien que datant de quelques années, cette étude nous semble être toujours d'actualité, car l'épidémiologie de la douleur n'est pas susceptible d'évoluer de façon importante en un laps de temps réduit. En outre, aucun nouveau traitement curatif pharmacologiquement innovant de la douleur n'a été mis sur le marché depuis 2008. Il est également à souligner que des études de cette ampleur ne peuvent être fréquemment réalisées en France, ce qui explique l'absence de données plus récentes.

Un ensemble de 23 712 personnes représentant la population générale française ont répondu à cette étude. Un total de 7 522 sujets ont rapporté souffrir d'une douleur quotidienne chronique depuis plus de trois mois, soit une prévalence de 31,7% [95%CI: 31,1-32,3] (23).

Il apparaît que cette prévalence augmente avec l'âge des personnes et qu'elle concerne préférentiellement les femmes et les catégories socio-professionnelles les moins élevés (23).

L'étude montre également que l'intensité moyenne de cette douleur chronique est de 4,5 ± 2,1 sur 10. Environ un tiers (33,9%) des répondants ont déclaré une douleur d'intensité légère (c'est-à-dire de 1 à 3), 46,5% ont signalé une douleur d'intensité modérée (correspondant à 4-6) et 16,6% des douleurs sévères (équivalant à 7-10). Ainsi, la prévalence de la douleur modérée à sévère chronique dans la population générale était de 19,9 % [95 % CI: 19,5-20,4] (23).

Les premières études européennes (24) (25) évaluant ce sujet ont donné des taux de prévalence très disparates (de 7 à 50%). Cela peut être expliqué par l'utilisation de méthodologies différentes, par exemple dans la collecte de données ou dans la définition de la douleur chronique (23).

Une série d'enquêtes européennes plus récentes (26) (27) (28) (29) (30) utilisant des critères similaires à l'étude STOPNEP ont obtenu des taux de prévalence de 15 à 25 % pour les douleurs chroniques d'intensité modérée à sévère.

Ainsi, la prévalence de 19,9 % pour les douleurs chroniques d'intensité modérée à sévère obtenue dans l'étude STOPNEP semble cliniquement pertinente (23).

Ces résultats confirment que la douleur chronique est très répandue dans la population générale française, ainsi dans les autres pays européens (23).

De plus, l'article L. 1110-5 du code de la santé publique prend en compte spécialement la douleur. Il nous indique que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte » (31).

Il apparaît donc que la douleur est un enjeu majeur de santé publique. Les pharmaciens d'officine, confrontés à ce thème au quotidien, ont besoin d'être les mieux formés possible pour aborder au mieux les divers aspects de la prise en charge de la douleur.

Notre programme de DPC, qui cherche à répondre à ce besoin, nous semble ainsi tout à fait apte à répondre, sur le plan théorique, aux attentes potentielles des pharmaciens en matière de formation continue.

2. Carence de DPC sur la douleur en Rhône-Alpes

Pour qu'un grand nombre de praticiens souhaitent participer à notre programme, il ne suffit pas qu'ils soient intéressés par le sujet, il faut également que le programme ait un nombre limité, voire inexistant, de concurrents. Nous devons donc vérifier que le « marché » du DPC portant sur la douleur en Rhône-Alpes n'est pas saturé.

Pour cela, le site de l'OGDPC[2] nous apporte des éléments intéressants. En effet, cet organisme a pour rôle d'enregistrer les ODPC et de publier l'ensemble des programmes conçus par ceux-ci. Il met à la disposition des professionnels de santé deux moteurs de recherche recensant les ODPC et leurs programmes.

L'un d'eux[3] permet, grâce à plusieurs critères de recherche (par exemple le titre du programme, la profession visée ou la région dans laquelle il est dispensé), de trouver les programmes de DPC désirés.

Le 20 mars 2014, nous avons effectué une recherche basée sur les critères suivants :

- titre du programme : « Douleur » ;
- catégorie professionnelle : « Pharmacien » ;
- région : « Rhône-Alpes ».

Le programme allant être proposé à Grenoble, nous considérons que la population de la région Rhône-Alpes est la plus à même de participer à ce programme.

---

[2] https://www.ogdpc.fr

[3] https://www.ogdpc.fr/ogdpc/programmes

Notre recherche a donné les résultats suivants :

	Organisme	Type de programme	Mode d'exercice	Durée	Nb d'étapes	Nb max de parti-cipants
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR A L'OFFICINE (Programme dont 1STAGE 1 JOUR)	OCP R	Mixte	Libéral	Annuelle	3	20
AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN CANCEROLOGIE	CLB	Mixte	Libéral Salarié CDS Salarié non CDS (y compris hospitalier)	Annuelle	2	20
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN CANCEROLOGIE	CLB	Présentiel	Libéral Salarié non CDS (y compris hospitalier)	Annuelle	3	6

À la lecture de ces résultats, il semblerait que des programmes de DPC portant sur notre sujet existent déjà en Rhône-Alpes. Cependant, cette première impression doit être tempérée par le fait que deux de ces programmes portent, non pas sur la prise en charge de la douleur à l'officine, mais plus spécifiquement sur la douleur en cancérologie, un thème plus restreint que celui que nous avons retenu.

Ainsi, seul le DPC portant sur la prise en charge de la douleur à l'officine proposé par l'OCP-Répartition cible le même public. Toutefois, ce dernier n'est disponible qu'à Meyzieu, Chasse-sur-Rhône et Montélimar (info disponible sur mondpc.fr). Les deux premières villes se trouvent dans le Rhône (69). Les praticiens de ce département ne font pas partie de notre cible car ils auront plus tendance à se tourner vers Lyon que Grenoble pour assister à une formation. De plus, Montélimar se trouve dans le sud de la Drôme, à l'extrémité de la sphère d'influence de Grenoble. On peut penser que peu de pharmaciens feront le déplacement jusqu'à Grenoble depuis cette ville.

Nous constatons donc un réel manque de formation sur notre thème pour les praticiens se trouvant dans les alentours de Grenoble. De ce point de vue, un programme portant sur la prise en charge de la douleur à l'officine a de grandes chances d'attirer un nombre important de pharmaciens d'officine.

3. Enquête sur les attentes des pharmaciens officinaux

Afin de réaliser un programme attractif, il convient de d'évaluer précisément les attentes concrètes des professionnels concernés.

Pour cela, nous avons mis en place une étude à l'intention des praticiens d'officine. Les résultats de cette étude nous permettront d'orienter le contenu et le format de notre programme en fonction des réponses reçues.

Après avoir présenté les objectifs de l'étude [3.1] ainsi que le matériel et la méthode utilisés [3.2], nous analyserons les résultats obtenus [3.3]. Ces derniers feront l'objet d'une discussion [3.4], qui mènera à une conclusion de l'étude [3.5].

3.1. Objectifs de l'étude

Notre étude a pour ambition de poursuivre plusieurs objectifs.

D'abord, nous avons souhaité connaître la place qu'occupe le traitement de la douleur au sein de la pratique officinale.

Ensuite, nous avons cherché à savoir si les pharmaciens d'officine ressentent des difficultés dans la dispensation des médicaments anti-douleurs ainsi que les aspects de leur pratique qu'ils pourraient améliorer.

Enfin, nous avons voulu cerner les attentes des praticiens d'officine envers un DPC sur la prise en charge de la douleur.

Subsidiairement, cette étude tend à affiner notre compréhension des attentes des pharmaciens d'officine en fonction de leurs profils.

3.2. Matériel et méthode

Pour répondre à ces objectifs, nous avons choisi de réaliser un questionnaire (annexe 2).

Ce questionnaire se présente sous la forme d'un formulaire hébergé sur Google drive®, le service de stockage et de partage de fichiers proposé par Google®. Ce service, tout en étant gratuit, permet une grande facilité de diffusion auprès des cibles grâce à une prise en main rapide. En effet, il suffit de transmettre par courriel aux pharmaciens d'officine le lien[4] menant au formulaire, puis ceux-ci peuvent directement répondre en ligne. Les réponses sont ensuite stockées anonymement dans un tableur et peuvent ensuite être traitées efficacement.

Le lien vers le questionnaire a été envoyé, accompagné d'un texte d'information (annexe 3), le 3 juin 2014, aux 133 pharmacies sélectionnées. Leurs adresses électroniques ont été fournies par la Faculté qui dispose des contacts des pharmaciens maîtres de stage. Afin de protéger l'anonymat des pharmacies contactées, nous avons préféré transmettre le courriel en copie carbone invisible

[4] https://docs.google.com/forms/d/1AOl_QhQcH5Qv8GFyWZPiTGF-KqLm5XS2EXRgW8sFXK8/viewform

(cci). Quinze officines n'ont pu être atteintes car leurs adresses électroniques étaient erronées ou avaient été supprimées. Nous obtenons ainsi un potentiel de 118 réponses.

Trois semaines plus tard, nous avions seulement reçu quinze réponses à notre questionnaire. Nous avons donc décidé d'envoyer à l'ensemble des pharmacies précédemment contactées un courriel de relance (annexe 4). Celui-ci remercie les pharmaciens ayant déjà répondu au questionnaire et sollicite l'aide des praticiens n'ayant pas encore participé à l'étude. Ce courriel a été transmis le 24 juin 2014.

Les inclusions ont été fermées le 11 juillet 2014, étant considéré qu'aucune nouvelle réponse ne nous parviendrait plus.

Les pharmacies contactées ont été sélectionnées en raison de leur proximité avec la Faculté de Grenoble. Elles se situent sur plusieurs départements : l'Ardèche (07), la Drôme (26), l'Isère (38), la Savoie (73) et la Haute-Savoie (74). Nous estimons que ces cibles seront par la suite les plus susceptibles de se rendre à Grenoble pour suivre notre programme de DPC.

Google drive® laisse le choix entre plusieurs formes de questions. Nous avons choisi, selon le type de réponses souhaitées, de poser des questions à échelle numériques, des questions à réponse libre et des questions à choix multiples.

Les questions à échelle numérique présentent le double intérêt de fournir des réponses précises et, quand est choisi un nombre de réponses paire (dans notre cas, de 0 à 4), d'éviter un biais de mesure, c'est-à-dire une certaine inexactitude des résultats liée à la tendance qu'ont certains répondants de sélectionner, par facilité, la donnée la plus médiane.

Les questions à choix multiples ont quant à elles pour objectif de balayer un large champ de possibilités en donnant aux répondants la faculté de sélectionner le nombre de réponses de leur choix correspondant à leur situation particulière.

Pour finir, les questions à réponse libre ont l'avantage de laisser aux répondants une liberté totale pour s'exprimer. Des réponses plus sincères peuvent ainsi être obtenues, car ils ne sont nullement influencés par des réponses préalablement établies.

Il est possible de rendre obligatoire la réponse à une question pour pouvoir accéder à la suite du questionnaire. Nous avons choisi de rendre la plupart des questions obligatoires pour obtenir des questionnaires complets.

Notre questionnaire se présente en deux parties :

- la partie « Étude des attentes des pharmaciens officinaux envers un DPC sur la douleur » comporte les questions répondant à nos objectifs principaux ;
- la partie « Profil » nous permet d'identifier le profil des répondants.

La première partie du questionnaire comprend neuf questions : quatre à échelle numérique, trois à réponse libre et deux à choix multiples.

Pour commencer, par le biais d'une question à échelle numérique, nous avons demandé aux pharmaciens d'expliquer quelle part prend la prise en charge de la douleur dans leur pratique quotidienne.

Puis nous nous sommes intéressé à leur aisance dans la dispensation des médicaments anti-douleurs. Pour plus de précision, nous avons effectué une différenciation entre la dispensation sur ordonnance du médecin et le conseil sans ordonnance et donc utilisé deux questions à échelle numérique.

Nous avons associé à celle-ci deux questions à réponse libre permettant aux pharmaciens d'exposer, le cas échéant, quelles sont leurs difficultés et les points d'améliorations de leur pratique. Ces questions ne sont pas obligatoires, car certains pharmaciens ne rencontrent peut-être pas de difficultés en la matière.

Ensuite, très librement, les praticiens peuvent soumettre les thèmes qui, selon eux, devraient être abordés par notre DPC.

Deux questions à choix multiples permettent également de déterminer le format de DPC le plus adapté à la pratique officinale. Rappelons que notre objectif est d'obtenir le plus grand nombre d'inscriptions à notre DPC lorsqu'il sera proposé aux pharmaciens. Nous avons également cherché à savoir à partir de combien de temps de trajet le déplacement devient un obstacle à leur participation à la formation.

Enfin, nous avons demandé aux pharmaciens d'évaluer sur une échelle numérique leur intérêt pour un DPC portant sur la douleur.

La deuxième partie dédiée au profil des pharmaciens est plus directive. En effet, elle comprend six questions : une devant être remplie par un nombre et cinq à choix multiples.

Dans la première question, les pharmaciens doivent renseigner le nombre d'années depuis lequel ils sont diplômés. Nous pourrons ainsi établir si l'aisance des pharmaciens quant à la délivrance des médicaments anti-douleurs est corrélée avec l'éloignement temporel de leur formation initiale.

La deuxième question porte sur le type de commune dans lequel se trouvent les officines visées par notre étude. Les pharmaciens sont amenés à choisir entre plusieurs types de commune. Leurs réponses nous permettront d'évaluer si les problématiques des pharmaciens sont liées à l'implantation de leur officine.

La troisième question cherche à savoir si les problématiques des pharmaciens sont les mêmes ou non en fonction du type d'officine. Pour cela, les praticiens doivent renseigner si leur pharmacie se trouve dans un centre ville, un quartier résidentiel, un quartier à forte densité de population, un village, un centre-commercial et/ou dans une zone touristique. Plusieurs choix sont possibles, une pharmacie pouvant par exemple être localisée dans un village touristique.

Dans la quatrième question, les pharmaciens sont invités à renseigner le chiffre d'affaire de leur officine. Ces seuils ont été repris de la législation portant sur le nombre de pharmaciens adjoints obligatoires au sein d'une officine en fonction de l'importance du chiffre d'affaire (32).
La thèse du Dr. Damien Trillou a démontré que moins il y a de pharmaciens travaillant dans une officine, plus il leur est compliqué d'accéder au DPC, car il ne leur est pas toujours aisé de trouver un remplaçant disponible (33). Notre étude vérifiera cette affirmation.

La dernière question, présentée de façon binaire, permet de savoir si les pharmaciens ont commencé à répondre à leur obligation de DPC, et si oui, quel type de formation a eu jusqu'à

présent leur préférence. Les méthodes proposées sont celles présentées par la Haute Autorité de Santé comme les mieux adaptées aux contextes de soins, aux objectifs poursuivis, aux attentes des professionnels et aux démarches déjà entreprises (14).

Dans le souci d'obtenir le plus grand nombre de réponses possible, notre questionnaire est volontairement court. Nous voulions éviter de décourager les praticiens qui ont une activité très prenante.

3.3. Résultats

Nous avons obtenu 24 réponses sur 118 pharmacie contactées, soit un pourcentage de réponse de 20%.

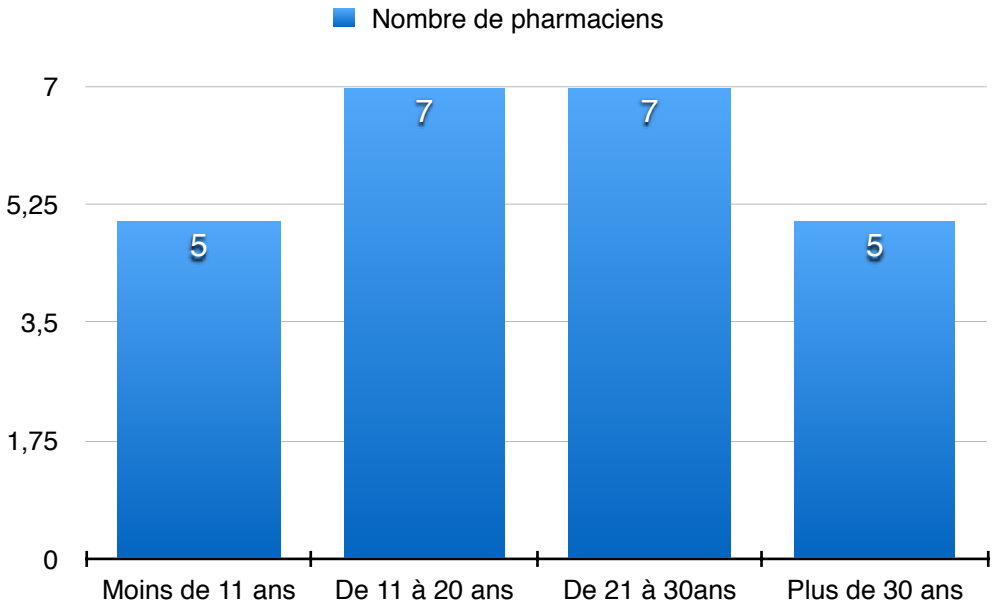
3.3.1. Résultats de la partie « Profil »

- Nombre d'années d'expérience depuis l'obtention du diplôme des répondants

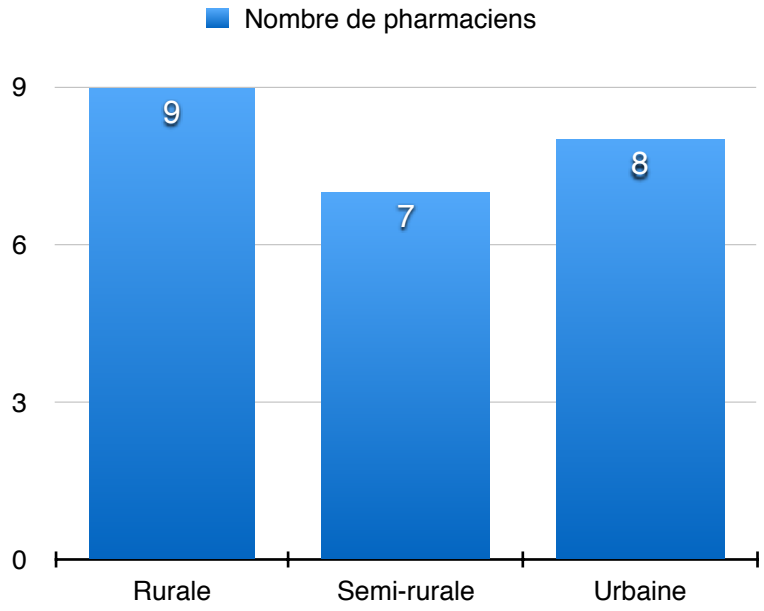
Nous obtenons les résultants suivants :

- Médiane = 22 années ;
- Moyenne = 21 années ;
- Minimum = 2 années ;
- Maximum = 36 années.

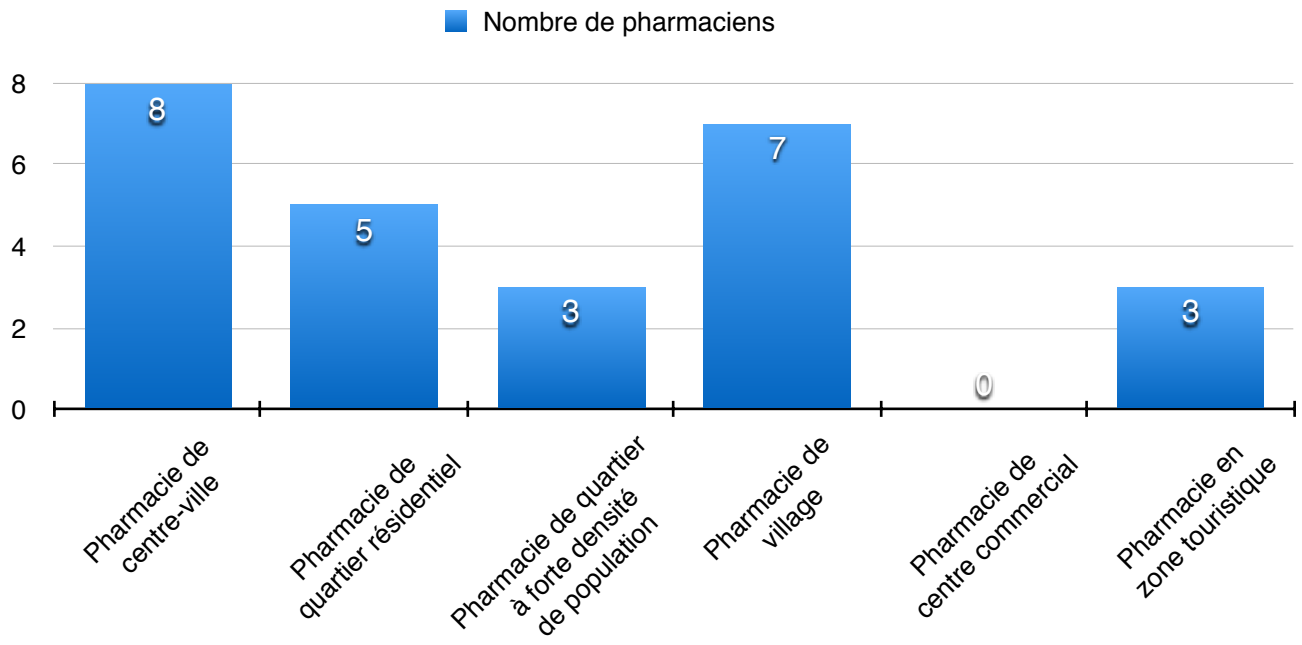
Les résultats peuvent être répartis entre quatre catégories :



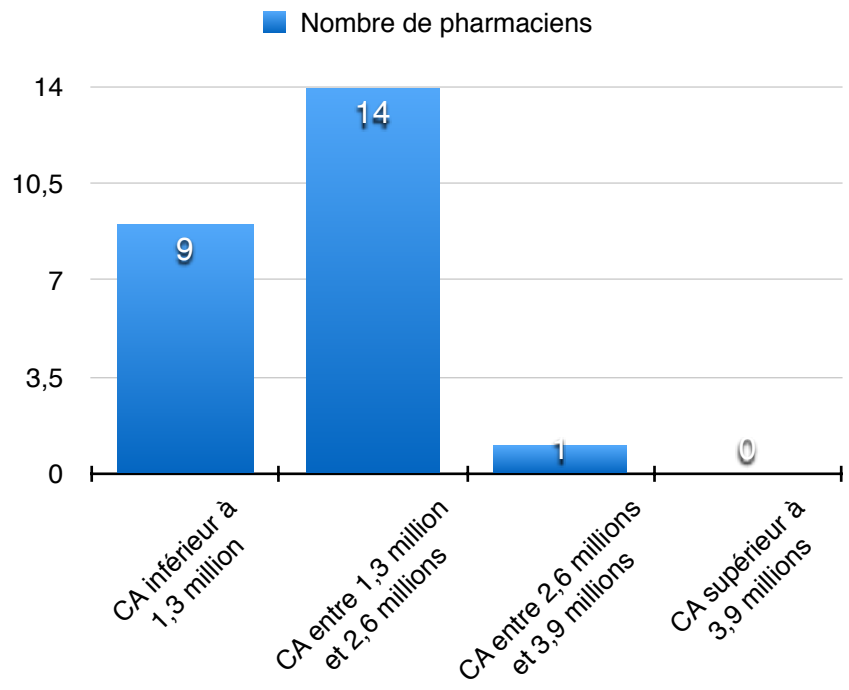
- <u>Type de communes d'exercice des répondants</u>



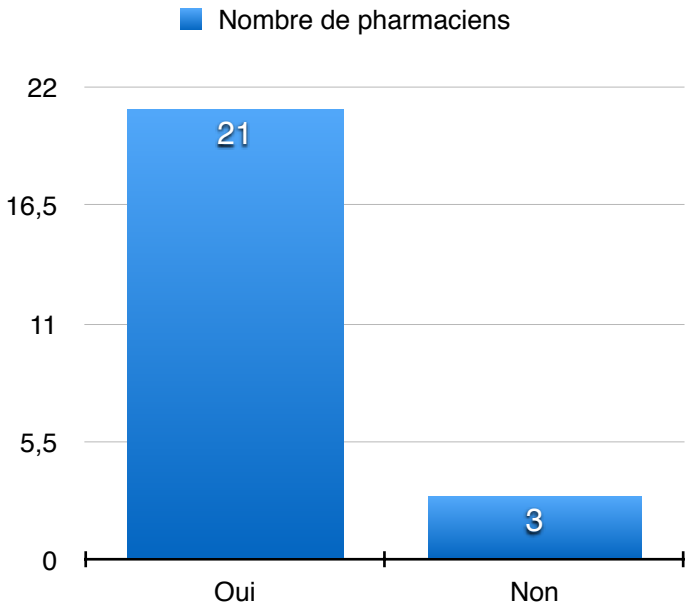
- Type de pharmacies où exercent les répondants



- Taille des pharmacies des répondants

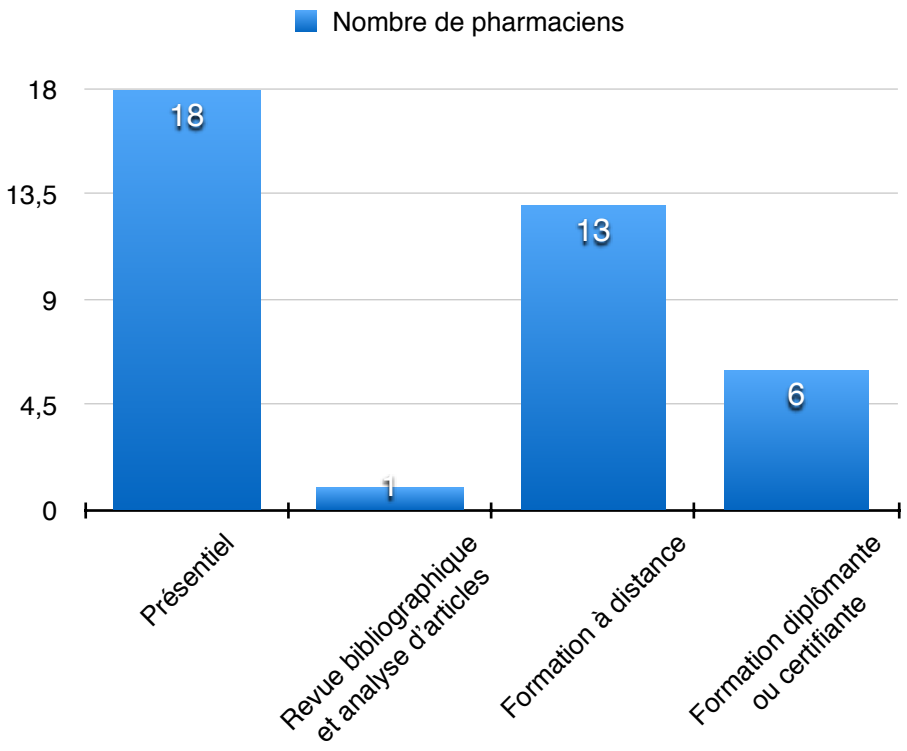


- Participation des répondants à une formation de type DPC



- Type(s) de formation(s) au(x)quel(s) ont participé les répondants

Nous ne disposons pour cette question que de 20 réponses, car 3 répondants ont indiqué n'avoir jamais participé à un programme de DPC. Par ailleurs, l'un des répondants n'a pas répondu, alors qu'il avait précisé avoir déjà participé à un programme de DPC.

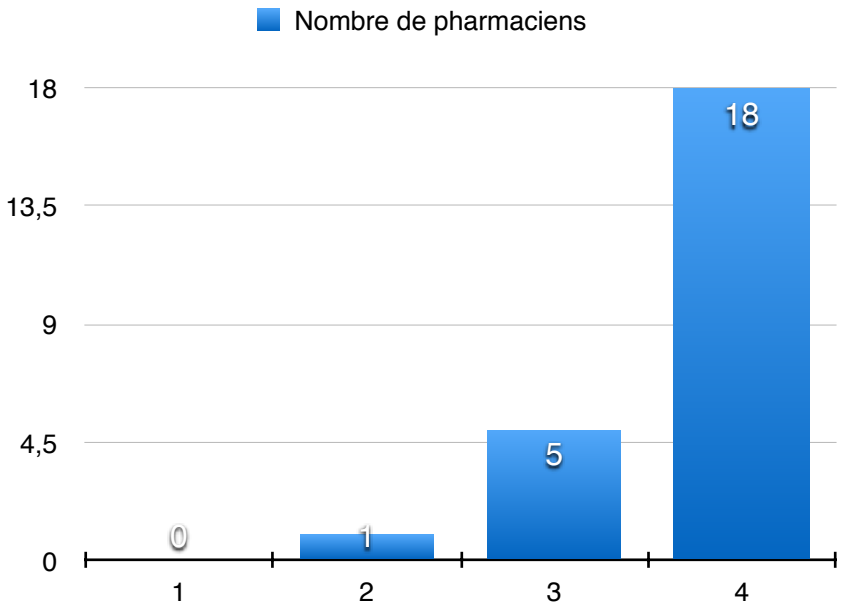


3.3.2. Résultats de la partie « Étude des attentes des pharmaciens officinaux envers un DPC sur la douleur »

- Fréquence de prise en charge de la douleur par les répondants au cours de leur pratique sur une échelle de 1 à 4 (1= rarement ; 4 = souvent)

Nous obtenons les résultants suivants :

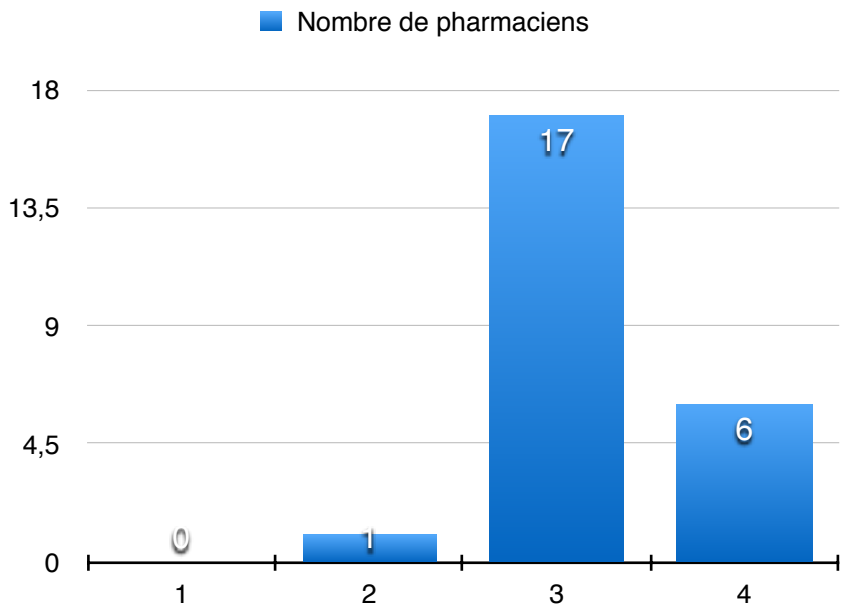
- Médiane = 4 ;
- Moyenne = 3,7 ;
- Minimum = 2 ;
- Maximum = 4.



- Dispensation sur prescription : évaluation de l'aisance des répondants lors de la dispensation de médicaments anti-douleurs sur une échelle de 1 à 4 (1 = pas du tout à l'aise ; 4 = très à l'aise)

Nous obtenons les résultants suivants :

- Médiane = 3 ;
- Moyenne = 3,2 ;
- Minimum = 2 ;
- Maximum = 4.



- Dispensation sur prescription : description des points d'amélioration de la pratique des répondants

Nous avons obtenu 17 réponses.

« Revoir l'échelle de la douleur et positionner les antalgiques selon la douleur ressentie »

« Mieux connaître les nouvelles molécules »

« Savoir détailler au patient de façon compréhensible l'intérêt de la molécule prescrite, seule ou en association, notamment lors de prescriptions d'antalgiques variant d'un mois à l'autre pour les patients chroniques »

« Savoir mieux répondre aux interrogations du patient du style : pourquoi de la Lamaline® à la place du Dafalgan codéine®? »

« Avoir à notre disposition des échelles de la douleur »

« Connaître les traitements par le DMP (dossier médical personnel) »

« Être mieux informé sur la pathologie du patient, meilleure collaboration équipe soignante et dispensateur »

« Connaissance améliorée des différents types de douleur. Efficacité des différents traitements face à ces douleurs »

« Difficulté pour expliquer les posologies maximales lorsque que le médecin prescrit plusieurs antalgiques contenant du paracétamol, risque de surdosage si le patient ne comprend pas bien nos explications. Si le patient a très mal, il peut également être tenté de s'auto-médiquer avec d'autres médicaments contenant du paracétamol. Difficulté pour expliquer quel médicament prendre à quel moment lorsque le médecin prescrit plusieurs antalgiques de paliers différents (voire de même palier), les prescripteurs ne respectant pas toujours « la théorie des paliers ». Importance de rappeler la différence entre libération immédiate et libération prolongée. Cas

particulier des patchs. Prévention et prise en charge des éventuels effets indésirables (somnolence, constipation, douleurs gastriques, etc). Moindre connaissance des médicaments utilisés dans les douleurs neuropathiques (antidépresseurs, antiépileptiques, etc) »

« Faire comprendre au patient qu'il faut bien respecter les posologies, et même sur des molécules connues qu'il faut les prendre sans en abuser »

« Degré de douleur. Bon suivi pratique de la prise des antalgiques »

« Quelles sont les questions que nous devons réellement poser. Quelles sont les classes d'antalgiques que nous pouvons associer. Est-ce que nous pouvons proposer une alternative de demi-patch de Durogésic® ? (pour de vrai tant au niveau pharmacocinétique, que pharmacologie! pas pour les labos!) »

« Posologies en fonction des pathologies »

« Aucune »

« Tout est toujours bon à revoir pour améliorer la pratique officinale, mais surtout les interactions, les doses (personnes âgées)… »

« Non informé de la pathologie et du siège de la douleur. Mais cela permet de lancer nos questions et d'adapter notre conseil »

« Meilleures connaissances des recommandations et notamment des rotations d'opioïdes »

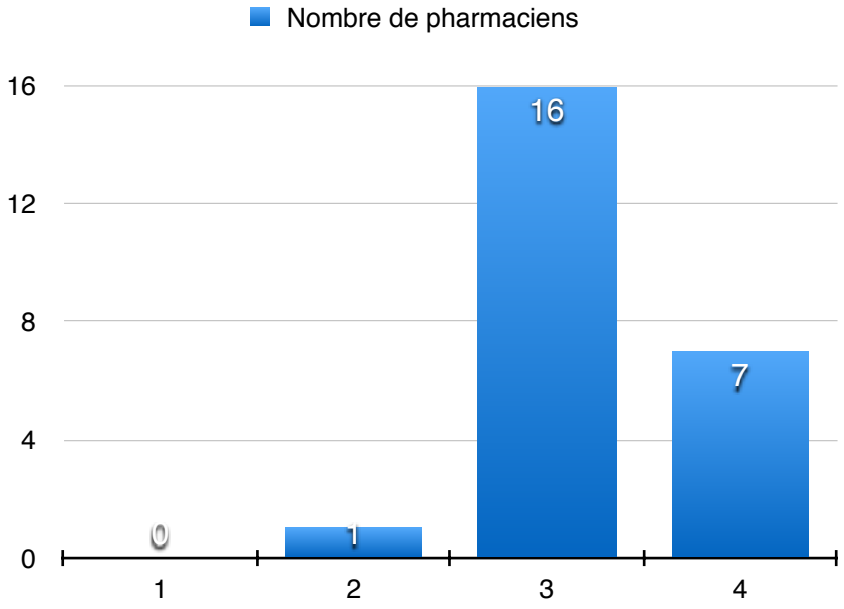
« Connaissance des posologies maximales, des effets secondaires des antalgiques »

« L'évaluation de la douleur. Les douleurs neurologiques »

- Dispensation hors prescription : évaluation de l'aisance des répondants lors de la dispensation de médicaments anti-douleurs sur une échelle de 1 à 4 (1 = pas du tout à l'aise ; 4 = très à l'aise)

Nous obtenons les résultants suivants :

- Médiane = 3 ;
- Moyenne = 3,3 ;
- Minimum = 2 ;
- Maximum = 4.



- Dispensation hors prescription : description des points d'amélioration de la pratique des répondants

Nous avons obtenu 14 réponses.

« Peu de nouvelles molécules »

« Revoir précautions d'emploi et contre indications »

« Formation phytothérapie et huiles essentielles »

« Prendre plus de temps pour l'écoute patient »

« Interrogatoire du patient sur les causes de la douleur (repérage des situations nécessitant une consultation médicale). Sur les médicaments déjà pris (pour éviter interactions et surdosages). Toujours rappeler que le paracétamol est présent dans de très nombreux médicaments. »

« Que le patient comprenne bien que différents médicaments contiennent la même molécule et qu'il ne faut pas les associer »

« Les mêmes "Degrés de douleur, Bon suivi pratique de la prise des antalgiques" »

« Quelles sont les questions à poser, à part les plus bateaux que nous posons habituellement »

« Aucune »

« Savoir cerner le besoin de la personne et prendre en charge correctement sa douleur »

« RAS »

« DP (dossier pharmaceutique) pour connaître l'historique médicamenteux »

« Produits sans ordonnances pas assez efficaces »

« Idem : "L'évaluation de la douleur, Les douleurs neurologiques" »

- Thèmes que les répondants souhaiteraient voir abordés par un programme de DPC sur la douleur

« Le ressenti de la douleur car selon les personnes, on a du mal à cerner l'intensité de leur douleur »

« Les différents paliers d'antalgiques, les centres de la douleur »

« Douleur et cancer »

« Tous les mécanismes »

« Douleurs aiguës, douleurs chroniques, orientations diagnostiques, arbre décisionnel / choix molécule antalgique »

« Phytothérapie, huiles essentielles, matériel médical avec aides techniques, orthopédie, homéopathie »

« Nous former sur des douleurs spécifiques mais très fréquentes, exemple : les douleurs lors de la périménopause et ménopause etc…"

« Les types de douleurs, leurs causes, leurs symptômes et leur évolution. Les effets secondaires des différents types de traitement et interactions »

« Automédication et ses dangers, meilleure approche des traitements »

« Les paliers d'antalgiques (possibilité de les associer entre eux ou non), Réglementation concernant le palier 3. Douleur neuropathique et ses traitements. Nombreux cas cliniques issus d'ordonnances réelles recueillies en pharmacie. »

« Prise en charge, interaction, surdosage »

« L'échelle de la douleur, les équivalents avec les morphiniques. Les différents types de douleurs et les molécules que l'on peut associer…"

« J'ai suivi une journée de formation sur la douleur en novembre 2013. Il manquait la prise charge des migraines qui nécessiterait 1 ou 2 journées à elle seule »

« Échelle intensité douleur ==> Traitement. Adaptation posologie en fonction de l'âge, etc. Différentes classes des antalgiques avec contre indications, effets indésirables, etc. »

« Les différents stades de la douleur. À part l'échelle de 1 à 10, quelles sont les questions cibles »

« Pathologies/ palier des antalgiques »

« Interactions médicamenteuses contre indications médicales et pharmacologiques »

« Revoir le schéma médicamenteux en fonction du niveau de douleur »

« Les différentes classes (rapide rappel de pharmacologie) avec pour chacune des cas concrets de comptoir : déceler le risque d'interactions, la tolérance… Toujours orienter la formation sur du vécu avec un rappel inévitable des bases!!!!!! »

« Rappel de l'échelle de douleur »

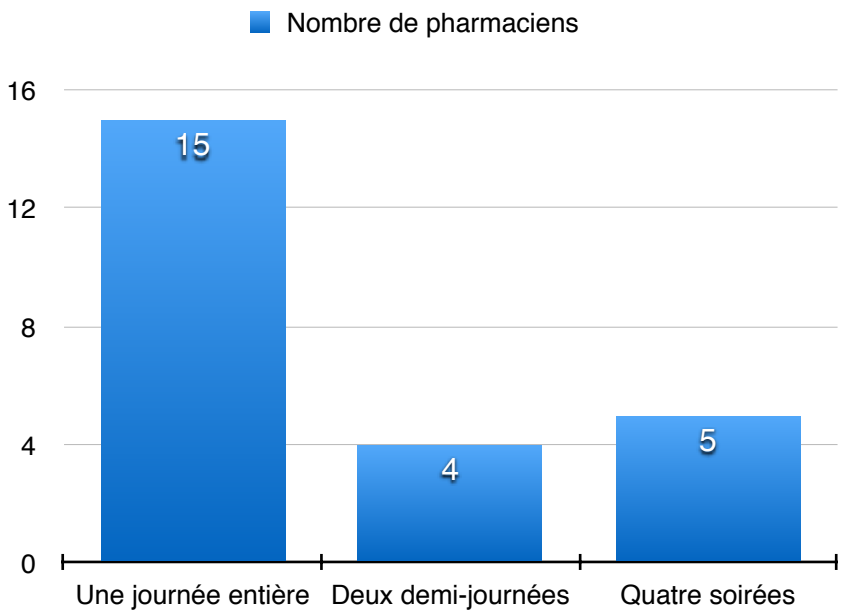
« Co-antalgie, rotation opioïdes, soins palliatifs…etc. »

« Symptômes douloureux signes pathologies graves, limites du conseil »

« Mécanismes de la douleur »

« Différents types d'antalgiques : mode d'action, association possible, prise en charge, sciatiques, cruralgies, névralgies pudendales, fibromyalgies, neurostimulation »

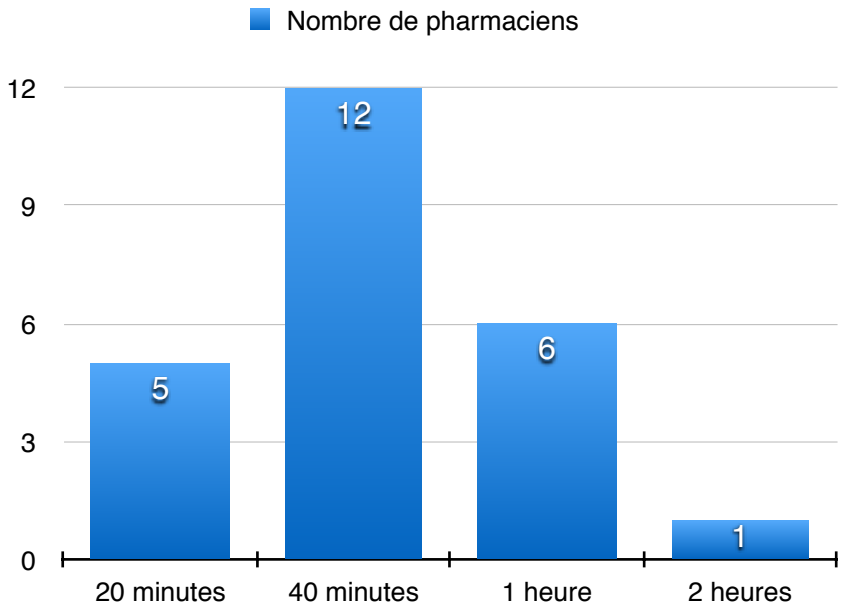
- <u>Format de programme préféré par les répondants</u>



- <u>Temps de trajet que les répondants sont en mesure de faire pour assister à une formation</u>

Nous obtenons les résultats suivants :

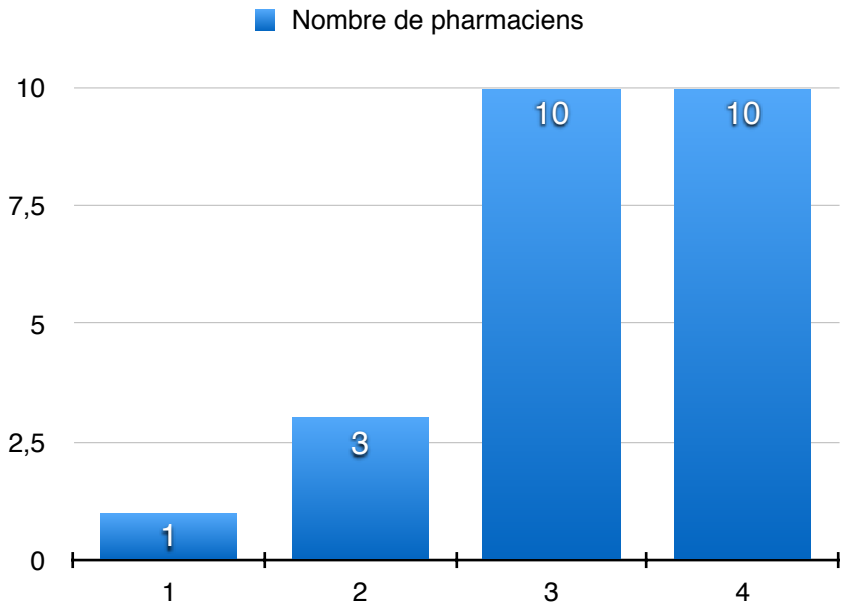
- Médiane = 40 minutes ;
- Moyenne = 44 minutes
- Minimum = 20 minutes
- Maximum = 2 heures.



- <u>Intérêt des répondants pour un programme de DPC sur la douleur sur une échelle de 1 à 4 (1 = Pas du tout intéressé ; Très intéressé)</u>

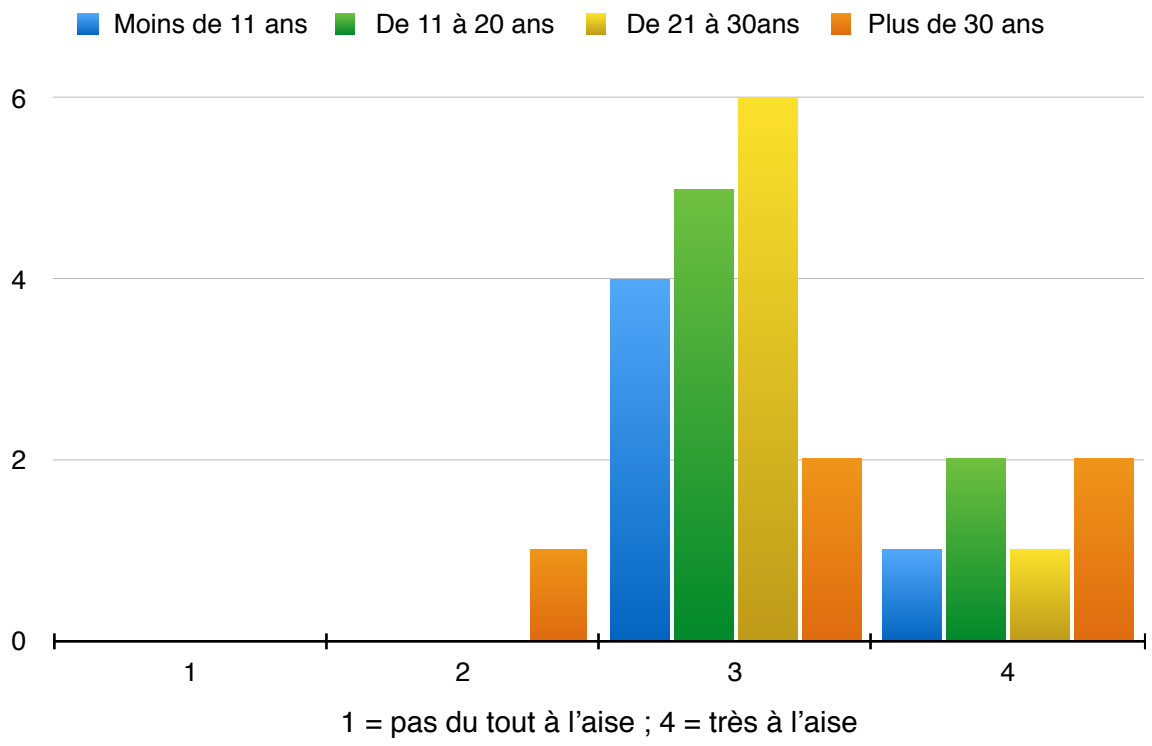
Nous obtenons les résultats suivants :

- Médiane = 3 ;
- Moyenne = 3,2
- Minimum = 1
- Maximum = 4.

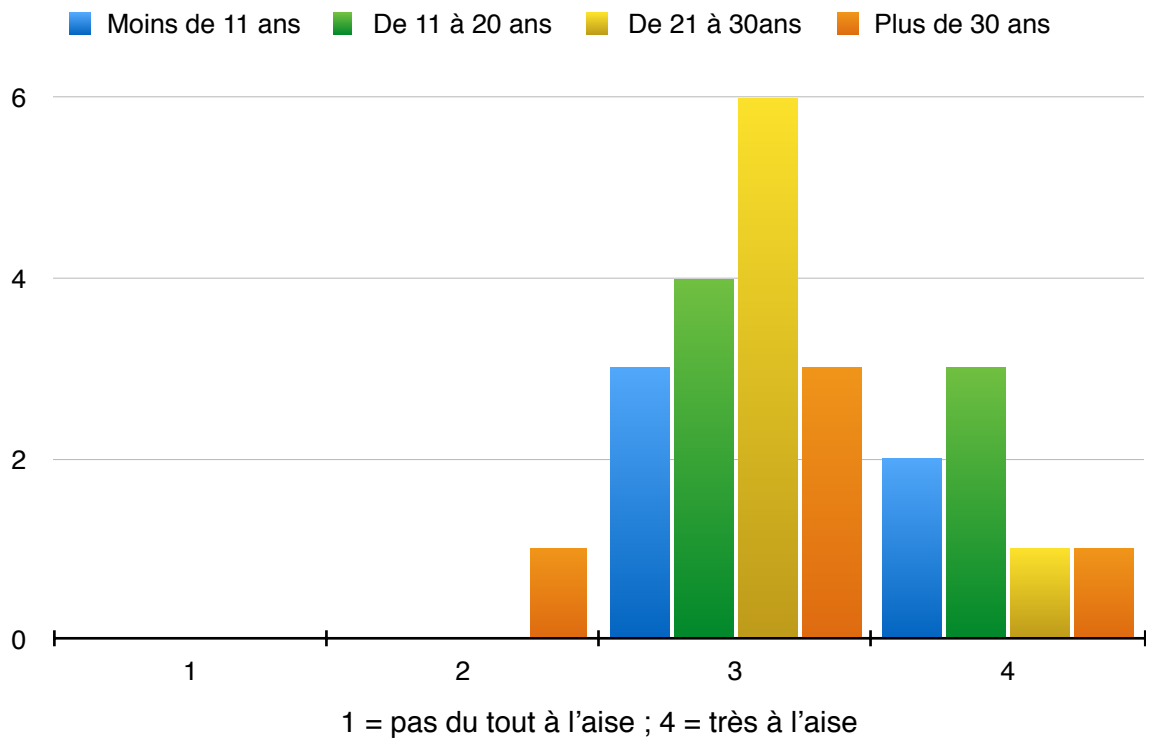


3.3.3. Autres résultats

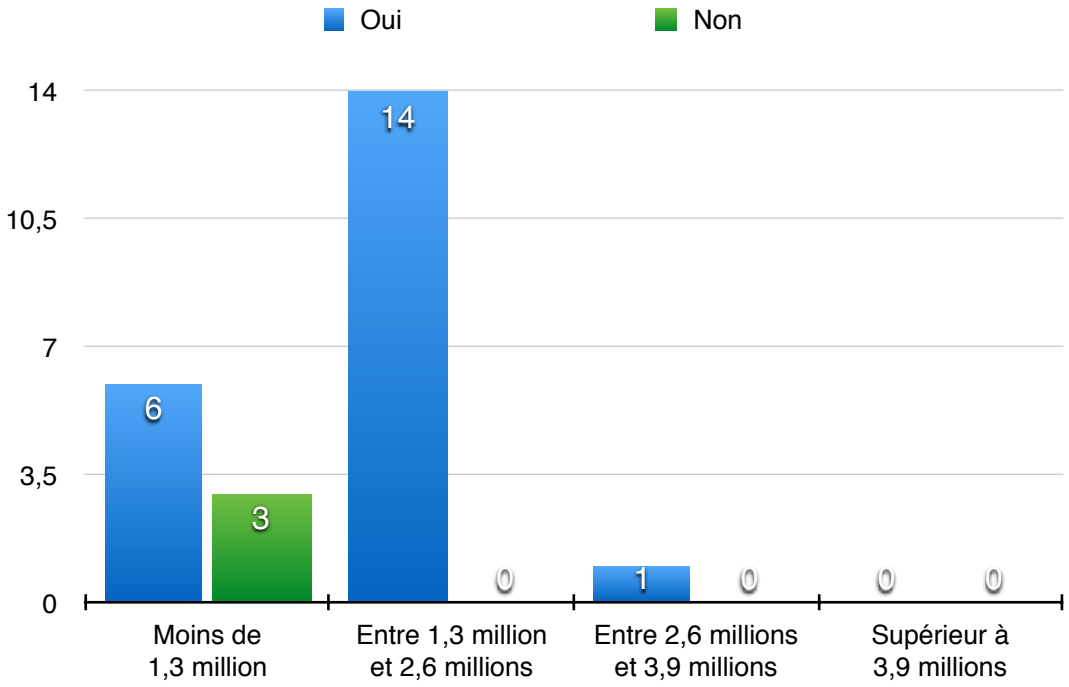
- <u>Aisance à la dispensation sur ordonnance en fonction du nombre d'années d'expérience depuis l'obtention du diplôme</u>



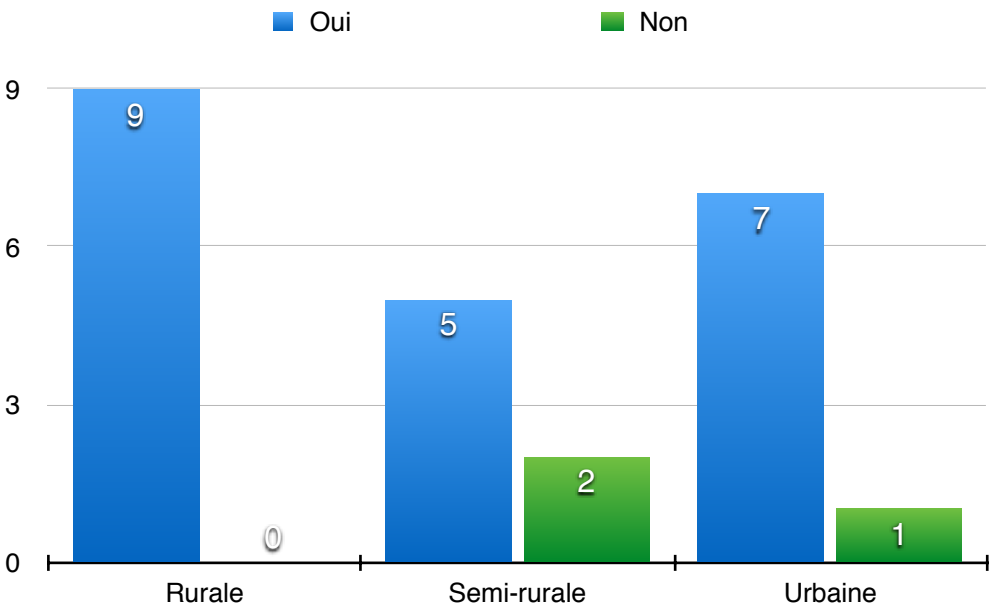
- <u>Aisance à la dispensation sans ordonnance en fonction du nombre d'années d'expérience depuis l'obtention du diplôme</u>



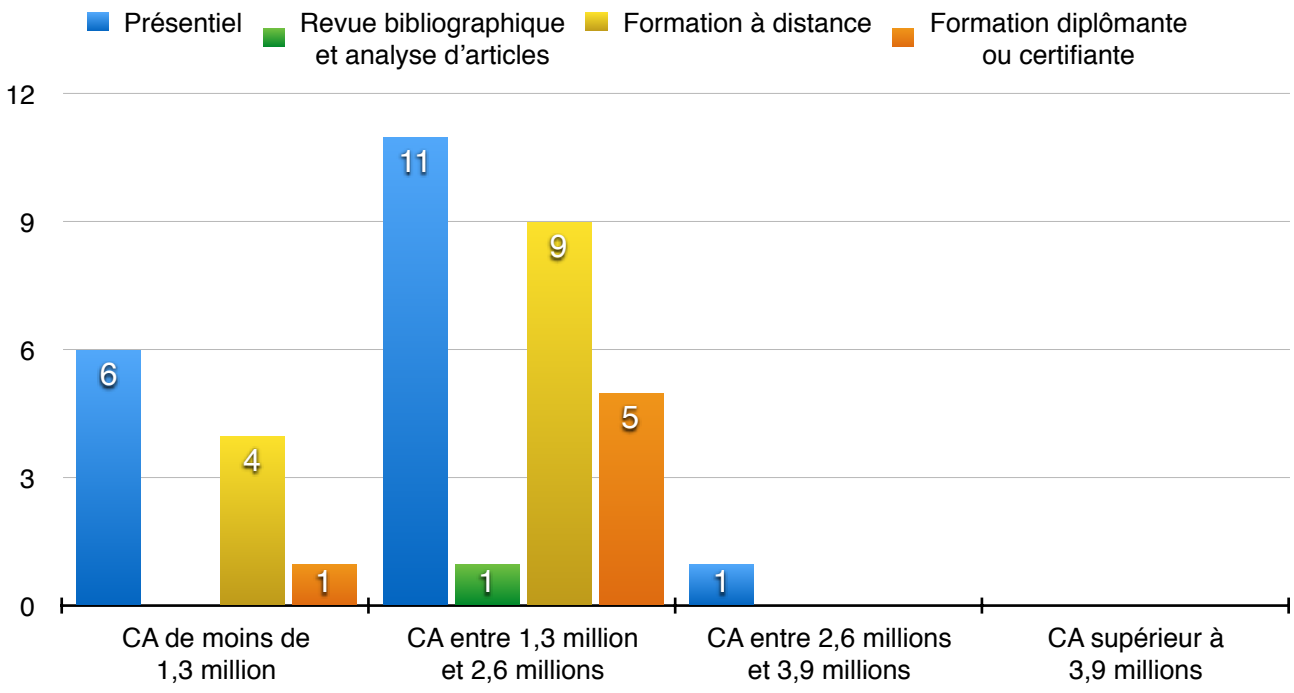
- Nombre de participations à une formation de type DPC en fonction de la taille de l'officine



- Nombre de pharmaciens ayant participé à une formation de type DPC en fonction du type de commune



- Type de formation suivi en fonction de la taille de l'officine (20 répondants)



3.4. Discussion

Les résultats obtenus à l'issue de notre enquête doivent faire l'objet d'une discussion, afin de donner du sens à des données encore brutes. Nous pourrons ainsi tirer pleinement profit des réponses apportées par les pharmaciens officinaux, en les prenant en compte lors de la conception de notre programme de DPC.

Après avoir exposé les biais et limites de l'étude [3.4.1] et présenté les profils des répondants [3.4.2], nous analyserons les attentes des pharmaciens en matière de DPC sur la douleur, selon les objectifs, principaux et secondaires, précédemment déterminés [3.4.3] et en tirerons les conclusions utiles à la préparation de notre programme [3.4.4].

3.4.1. Biais et limites

Avant de discuter nos résultats, nous devons analyser les biais éventuels qui pourraient compromettre la validité des résultats obtenus.

- Absence de validation préalable du questionnaire

Le questionnaire proposé aux pharmaciens n'a pas été validé au préalable, c'est-à-dire qu'aucun pharmacien n'a testé la compréhension du questionnaire avant le début de l'enquête. Malgré notre effort de clarté dans la rédaction du questionnaire, certaines questions ont donc pu être mal comprises ou mal interprétées par les répondants. Cette potentielle imprécision des réponses a donc pu fausser partiellement les résultats obtenus.

Toutefois, les pharmaciens d'officine ont tous reçu l'éducation nécessaire à la compréhension de ce type de questions. De plus, le vocabulaire utilisé était à dessein simple et clair. Nous n'estimons donc pas que ce biais ait entraîné une altération importante de la qualité des réponses.

- Faible taux de participation à l'étude

Notre étude a reçu seulement 24 réponses sur 118 pharmacies contactées, ce qui nous donne un taux de réponse équivalant à 20%. Ce faible taux de réponse diminue la précision des résultats obtenus ainsi que les conclusions que nous pourrons en tirer.

Un tel taux de participation peut s'expliquer par plusieurs éléments :

- les pharmacies ont été contactées uniquement par courriel : une prise de contact par courrier, par téléphone ou en personne, associée au courriel, aurait peut-être permis d'augmenter le taux de participation à l'étude ;

- la liste d'adresses électroniques dont nous disposions date de 2012 et 2013 : certaines adresses ont donc changé ou ne sont plus utilisées, nous empêchant donc d'être absolument certain que notre message ait atteint son destinataire ;
- les pharmaciens néophytes en matière d'informatique ont peut-être eu des difficultés de compréhension du fonctionnement de Google-Drive® et n'ont ainsi pas eu la possibilité d'exprimer leur opinion ;
- l'absence d'intérêt de certains pharmaciens pour le thème de l'étude.

Cependant, il faut prendre en considération le fait que, de manière générale, les pharmaciens disposent rarement de moments libres dans leur journée de travail. Ils n'accordent en conséquence que peu, voire pas, de temps à la lecture de courriers non essentiels au bon fonctionnement de leur officine.

Le taux de participation à notre étude, bien que relativement faible, est tout de même intéressant et permet de tirer des enseignements pertinents dans le cadre de l'élaboration de notre programme.

- <u>Potentielle imprécision des réponses libres</u>

La précision des réponses données par les pharmaciens aux questions à réponse libre s'avère assez variable. Cela s'explique par plusieurs facteurs, notamment la bonne compréhension des questions et le temps consacré par les répondants à l'élaboration de leurs réponses.

Il est difficile d'évaluer l'impact réel de ce biais sur les réponses obtenues.

- Potentielle imprécision de l'évaluation de l'aisance à la dispensation des pharmaciens

Il peut s'avérer difficile d'auto-évaluer son aisance à la dispensation. En effet, les pharmaciens peuvent avoir tendance à s'auto-évaluer défavorablement, en indiquant une aisance moindre par rapport à leurs compétences réelles ou l'inverse. Ce biais est susceptible de diminuer la valeur des résultats obtenus car l'auto-évaluation ne correspond pas parfaitement à l'aisance réelle des pharmaciens.

- Insuffisance du panel des pharmaciens contactés

La liste des pharmaciens qui nous a été communiquée ne contient que des pharmaciens maîtres de stage. Ainsi, seule cette catégorie de pharmaciens d'officine a été contactée dans le cadre de notre étude.

Or il nous semble que ces pharmaciens représentent une population particulière, qui aurait, plus que les autres, tendance à réactualiser régulièrement ses connaissances. En effet, pour avoir le droit de former des stagiaires, il est nécessaire pour un pharmacien d'obtenir préalablement un agrément. Pour cela, le Conseil de l'Ordre demande à un confrère d'évaluer l'exemplarité de l'exercice quotidien du demandeur, la tenue de son officine (démarche qualité), sa disponibilité, sa motivation et l'actualisation de ses connaissances. Les pharmaciens maîtres de stage doivent également signer une charte d'engagement, dans laquelle il est précisé qu'ils s'engagent à « suivre l'évolution du métier de pharmacien d'officine et participer aux formations concourant à la mise à jour des connaissances nécessaires à l'exercice du métier de pharmacien d'officine » (35). Selon nous, ces pharmaciens s'inscriront donc plus volontiers à un programme

de DPC, ou auront déjà été amenés à le faire, que les autres pharmaciens, moins sensibilisés à l'importance de la formation continue.

Il s'agit d'un biais pouvant s'avérer important, puisque notre programme de DPC s'adressera à tous les pharmaciens, qu'ils soient ou non maîtres de stage.

Ces biais et limites peuvent ainsi limiter dans une moindre mesure la portée de nos résultats. Toutefois, nous constatons qu'aucun d'entre eux n'est en mesure de remettre en cause la pertinence de nos conclusions. L'enquête que nous avons menée nous permet donc d'avoir une vision satisfaisante des attentes des pharmaciens d'officine envers un programme de DPC sur la douleur, comme nous le souhaitions.

3.4.2. Présentation des profils des répondants

La partie « Profil » de notre étude nous permet de présenter les répondants et de vérifier que tous les pharmaciens sont bien représentés dans cette étude.

- <u>Âge des répondants</u>

Par extrapolation, nous pouvons obtenir la moyenne d'âge des professionnels interrogés, bien que cela n'ait pas été explicitement demandé dans le questionnaire. Nous considérons qu'en moyenne les étudiants en pharmacie sont diplômés à l'âge de 25 ans. Ainsi, les répondants ayant obtenu leur diplôme depuis 22 ans en moyenne, nous pouvons en déduire que la moyenne d'âge des répondants est de 47 ans.

En Rhône-Alpes, la moyenne d'âge des pharmaciens titulaires d'une officine est de 49,8 ans (35). Notre échantillon est donc proche de la population générale des pharmaciens titulaires.

Par ailleurs, en classant les réponses en quatre catégories, il est intéressant de constater que toutes les catégories d'âge sont représentées à parts quasiment égales.

- Type de commune

Notre panel de répondants indique travailler dans les trois types de communes envisagés dans notre questionnaire de façon homogène. Ainsi, les communes rurales, semi-rurales et urbaines sont représentées dans des proportions équivalentes.

- Types de pharmacie

Nous constatons également que les répondants sont issus de tous les types de pharmacie que propose notre étude, à l'exception des pharmacies de centre commercial. Cela peut être expliqué par le fait qu'il est plus difficile de former des stagiaires dans ce type de pharmacie, en raison de l'activité qui y est plus soutenue, et qu'ainsi les titulaires de ces officines sont moins amenés à devenir maîtres de stage.

- Chiffre d'affaire des pharmacies

Le chiffre d'affaire (CA) d'une officine représente sa taille et conditionne le nombre de pharmaciens adjoints, obligatoirement présents pour seconder le(s) titulaire(s) (32).

Concernant ce critère, nous n'avons pas pu atteindre l'ensemble des catégories de pharmacies. En effet, aucune pharmacie de plus de 3,9 millions de CA n'a répondu à notre étude. De plus, nous ne disposons des réponses que d'une seule pharmacie avec un CA compris entre 2,6 à 3,9 millions. Les pharmacies avec un CA de plus de 3,9 millions se trouvant souvent dans des centres commerciaux, ce résultat est cohérent avec les réponses obtenues à la question ci-dessus.

- Participation antérieure à un programme de DPC

Les répondants ont, pour une grande majorité (21 sur 24), déjà participé à un programme de DPC. Cela peut être dû, comme nous l'avons exposé précédemment, au biais de sélection des répondants. Cela signifie surtout que les pharmaciens d'officine ont bien intégré leur obligation de formation continue. Dans le cadre de notre projet, cela indique également que les pharmaciens semblent à même de continuer à fréquenter les programmes de DPC dans les années à venir, cette obligation devant être renouvelée chaque année.

En outre, 18 pharmaciens sur 20 indiquent avoir participé à des formations présentielles. Ce chiffre nous permet de considérer que ce type de formation a majoritairement leur préférence. Il est intéressant de constater que ce format classique reste la référence des pharmaciens en matière de formation.

13 répondants indiquent également avoir suivi une formation à distance (« e-learning »). L'enthousiasme des pharmaciens pour cette méthode de formation encore récente pourrait tenir à l'absence de temps de déplacement et à la possibilité de fractionner le temps de formation. Cependant, un des freins à la généralisation ce type de formation est le manque d'aisance de certains pharmaciens avec l'outil informatique.

La formation diplômante ou certifiante est moins plébiscitée (6 répondants), probablement en raison de la difficulté de les mener à terme.

La revue bibliographique et l'analyse d'articles ne sont quant à elle citées que par un seul répondant. Cela peut s'expliquer par un défaut d'information des pharmaciens sur ce type de formation et par leur manque de formation par le biais de la littérature scientifique.

À la vue de ces résultats, il apparaît que, pour obtenir plus d'inscriptions à notre programme de DPC, il serait judicieux de mettre en place un programme de type présentiel.

Le profil des répondants ainsi établi nous montre que nous avons réussi à atteindre l'ensemble des pharmacies qui seront susceptibles d'être concernées par notre programme de DPC, à l'exception des pharmacies de centre commercial et des pharmacies au chiffre d'affaire le plus élevé. Si notre programme parvient à satisfaire leurs attentes, nous pourrons alors estimer répondre aux problématiques de l'ensemble des pharmaciens sur la prise en charge de la douleur à l'officine.

3.4.3. Analyse des résultats

Un des objectifs de notre étude est de connaître la fréquence à laquelle les pharmaciens d'officine prennent en charge la douleur dans leur pratique quotidienne.

Nous savions déjà, avant d'effectuer cette recherche, que la douleur représentait une part importante des pathologies rencontrées par les pharmaciens au sein des officines. Nous souhaitions cependant en connaître l'ampleur de façon plus précise, en se basant sur la riche expérience de nos confrères. Cette information devait, soit nous conforter dans le projet de

mettre en place notre programme de DPC, soit remettre en cause son bien-fondé, s'il apparaissait que la douleur n'était pas au nombre des préoccupations des pharmaciens.

Il ressort de notre étude que sur 24 répondants, 18 estiment prendre souvent en charge des patients algiques (1 = rarement ; 4 = souvent). Aucun répondant n'a indiqué ne rencontrer que rarement ce type de patients. En outre, la réponse médiane est de 4, tandis que la moyenne s'élève à 3,7. Ces résultats montrent bien que la prise en charge de la douleur prend une part importante dans la pratique des pharmaciens officinaux. Il est donc nécessaire que les praticiens soient parfaitement à l'aise avec ce thème.

Sur ce point, notre étude montre que l'aisance perçue des pharmaciens pour dispenser les médicaments de la douleur sur prescription est plutôt élevée, mais n'est pour autant pas parfaite pour tous. En effet, sur une échelle de 1 à 4 (1 = pas du tout à l'aise ; 4 = très à l'aise), la réponse médiane est de 3 et la moyenne de 3,2.

Ainsi, 17 pharmaciens ont précisé des points d'amélioration de leur pratique, ce qui nous permet d'en tirer plusieurs suggestions intéressantes :

- une meilleure connaissance des différentes douleurs et échelles de l'évaluation de la douleur ;
- un rappel sur les posologies en fonction des différents types de douleurs et les posologies maximales ;
- une meilleure connaissance des risques apportés par un traitement anti-douleur (interactions médicamenteuses, effets indésirables) ;
- une meilleure connaissance des recommandations et des bonnes pratiques ;
- une meilleure connaissance des médicaments en fonction des douleurs ;
- une coopération accrue entre les professionnels de santé ;

- les moyens d'améliorer la communication avec le patient, en particulier sur l'observance et les risques liés aux traitements médicamenteux ;
- une meilleure connaissance des douleurs neuropathiques ;
- un rappel sur les formes galéniques.

Ces différents points seront à aborder au cours de notre programme afin que les pharmaciens comblent leurs lacunes.

Quant à leur aisance pour dispenser des médicaments anti-douleurs sans ordonnance, les pharmaciens semblent également plutôt à l'aise. Toutefois, une marge de progression reste possible. En effet, il importe que tous les professionnels soient parfaitement à l'aise lors de la dispensation de ces médicaments, or notre étude montre que seuls 7 des 24 répondants se sentent parfaitement en confiance.

En outre, 14 pharmaciens ont indiqué certains aspects de leur pratique pouvant être améliorés :

- l'interrogatoire du patient pour cerner son problème ;
- le rappel des risques liés aux traitements anti-douleurs et de l'automédication ;
- la façon de réagir en cas d'inefficacité des traitements ;
- la connaissance des médecines alternatives.

Nous avons également demandé aux répondants d'exposer les thèmes qu'ils souhaiteraient voir abordés dans notre programme. Il en ressort plusieurs thèmes principaux :

- les paliers d'antalgiques ;
- les différentes échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur ;
- les indications des molécules en fonction du type de douleur ou de l'intensité de la douleur ;
- la physiologie de la douleur ;

- la pharmacologie de l'ensemble des médicaments disponibles pour traiter la douleur ;
- la prévention de l'iatrogénèse ;
- l'apprentissage à l'aide de cas cliniques ;
- la thérapeutique non pharmacologique et les médecines alternatives ;
- la prise en charge des patients sans ordonnance et ses limites ;
- la rotations des opiacés et leurs réglementations ;
- les douleurs spécifiques (neuropathiques, cancéreuses, migraines…).

Ces réponses constituent des pistes intéressantes que nous exploiterons lors de l'élaboration du contenu de notre programme.

Concernant le format du programme, une forte majorité des pharmaciens (15 sur 24) ont indiqué préférer passer une journée entière dans les locaux de l'organisme de DPC, plutôt que de revenir plusieurs soirs de suite ou d'y passer deux demi-journées. Ce format apparaît comme étant le plus facile à adapter à la pratique professionnelle des pharmaciens d'officine : il est plus aisé de se faire remplacer afin d'aller suivre une formation pendant une journée entière que pendant plusieurs périodes plus courtes. Ce résultat nous incite à choisir ce format pour que le plus grand nombre de professionnels puissent assister à notre programme.

Néanmoins, notre étude indique que le temps de trajet peut s'avérer un frein à la participation de certains pharmaciens à la formation. Les praticiens ont exprimé dans cette étude que 40 minutes est le temps maximum qu'ils peuvent octroyer pour se rendre sur le lieu de la formation. Cela représente un problème pour notre formation qui est vouée à être dispensée à la Faculté de pharmacie de Grenoble. Il sera peut-être nécessaire de déplacer ultérieurement le lieu de formation pour pouvoir mieux couvrir la zone cible.

Enfin, les pharmaciens d'officine ont montré un intérêt important pour suivre un programme de DPC sur la prise en charge de la douleur. Nous constatons une réponse médiane de 3 sur l'échelle de 1 à 4 (1 = pas du tout intéressé ; 4 = très intéressé) et une moyenne de 3,21. Ce résultat nous montre que malgré une aisance plutôt élevée dans la dispensation des médicaments anti-douleurs, les pharmaciens souhaitent être parfaitement au point sur ce sujet. Cela s'explique certainement par le fait qu'il représente une part importante de leur pratique.

3.4.4. Discussions secondaires

En sus des objectifs principaux de notre étude, nous avons souhaité évaluer si le nombre d'années depuis la fin de la formation initiale a une influence sur l'aisance des pharmaciens d'officine à la dispensation des médicaments anti-douleurs.

Nos résultats montrent que l'aisance perçue des pharmaciens en la matière est la même qu'ils se trouvent en début de carrière ou exercent depuis plus longtemps. Ce constat est similaire selon que les pharmaciens dispensent les médicaments anti-douleurs avec ou sans ordonnance.

Cette concordance peut s'expliquer par plusieurs éléments :

- le nombre limité de pharmaciens inclus dans l'étude ;
- le biais de sélection des répondants, qui a mené à sélectionner des praticiens plus aptes à se former par eux-mêmes ;
- on estime généralement que l'expérience acquise par les pharmaciens au fil des années tend à combler l'éloignement de la formation initiale et permet de pallier à certains manques ; à l'inverse, les jeunes pharmaciens ont l'avantage d'avoir acquis récemment des connaissances actualisées mais n'ont pas encore les bénéfices tirés de l'expérience.

Nous avons également cherché à vérifier le postulat tiré de la thèse du Dr Trillou selon lequel le fait qu'une officine ne contienne qu'un seul pharmacien est un obstacle à l'accès à la formation. Il est difficile de tirer une conclusion définitive d'après un échantillon réduit de répondants. Nous constatons tout de même que les seuls pharmaciens n'ayant pas encore assisté à un programme de DPC sont des pharmaciens exerçant dans des officines dont le CA est de moins de 1,3 millions d'euros, qui n'ont donc besoin que d'un seul pharmacien pour fonctionner. Il est alors possible de déduire que l'affirmation initiale est exacte : un pharmacien exerçant seul pourra plus difficilement que les autres se rendre disponible pour se rendre sur le lieu d'une formation ou prendre le temps nécessaire à une formation en ligne.

En revanche, le type de commune (rurale, semi-rurale ou urbaine) ne semble pas avoir d'influence sur l'accessibilité à la formation. Le fait pour les pharmaciens de village ou de petite ville de devoir se déplacer pour rejoindre une plus grande ville n'est pas un obstacle à la formation.

Il n'est pas possible de tirer des informations du graphique présentant le type de formation suivi par les pharmaciens en fonction du CA de l'officine. Nous aurions pu par exemple attendre une plus grande part de formation par e-learning pour les pharmacies de moins de 1,3 millions de CA, car elles permettent de ne pas avoir à quitter l'officine. Toutefois, cette tendance n'apparaît pas dans les résultats obtenus.

Ainsi, seuls le temps de trajet et l'absence de pharmacien adjoint sont des limites à prendre en compte pour anticiper l'assiduité des pharmaciens à notre programme de DPC.

3.5. Conclusion de l'étude

Malgré le nombre limité de répondants, il est possible de tirer des conclusions pertinentes de cette étude, qui présente quelques tendances nettes.

Il est intéressant de relever plusieurs points encourageants pour notre programme de DPC. D'abord, il est clairement confirmé que la douleur occupe une place essentielle dans la pratique des pharmaciens d'officine. De plus, il ressort des résultats obtenus que l'aisance des pharmaciens en la matière, certes bonne, n'est pas parfaite et qu'ils ressentent le besoin d'améliorer certains aspects de leur pratique liés à la prise en charge de la douleur. La création de notre programme de DPC, plébiscité par les répondants qui se disent intéressés par le sujet, se trouve légitimée.

L'étude a également le mérite de souligner des éléments que nous devrons prendre en compte lors de l'élaboration de notre programme, notamment la nette préférence des pharmaciens pour le format de la journée entière et le fait qu'ils sont peu nombreux à souhaiter se déplacer plus de 40 minutes pour venir assister à la formation.

3ÈME PARTIE : PRÉSENTATION DU DPC SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR À L'OFFICINE

Cette thèse a pour but l'élaboration d'un programme de DPC sur la prise en charge de la douleur à l'officine. Nous allons exposer en quoi consiste ce programme et comment il répond aux attentes des pharmaciens concernés.

Nous présenterons tout d'abord la maquette du programme [1], puis nous en expliquerons la structure [2], enfin nous détaillerons le contenu et les intervenants de chaque étape [3].

1. Maquette du programme

Construire une maquette de notre programme est une façon simple de le présenter. Ce format permet d'avoir une vue d'ensemble claire et concise du programme et d'en comprendre la cohérence. La maquette a également comme avantage de s'assurer qu'aucun élément n'a été oublié et que chaque étape est composée de façon pertinente.

J 0 Étape 1 : Analyse des pratiques professionnelles (2 heures)

- Questionnaire à choix multiples (1 heure)
- Analyse des résultats (1 heure)

J 14 Étape 2 : E-learning (6 heures)

- Physiologie et physiopathologie (2 heures)
- Pharmacologie (3 heures)
- Droit (1 heure)

J 28 Étape 3 : Formation présentielle (8 heures 30)

- Prescription médicale (1 heure)
- Mise en situation (1 heure)
- Prévention de l'iatrogénèse (1 heure)
- Populations particulières (1 heure 30)
- Thérapeutiques non pharmacologiques (1 heure)
- Médecines alternatives (1 heure)
- Douleurs au quotidien (1 heure)
- Mise en place d'un algorithme d'aide à la décision (1 heure)

J 85 Étape 4 : Mesure d'impact sur les pratiques professionnelles (2 heures)

- Questionnaire à choix multiples (1 heure)
- Analyse des résultats (1 heure)

La maquette du programme servira de présentation du programme à plusieurs occasions. En effet, il est nécessaire de fournir une maquette du programme pour remplir le formulaire de dépôt de programme sur l'extranet de l'OGDPC. Elle servira également de présentation du programme sur les différents supports de promotion du programme (par exemple sur le site Internet de l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) de pharmacie de Grenoble ou sur des prospectus).

2. Structure du programme

Il est intéressant d'expliquer la structure de notre programme pour comprendre de quelle manière il entend répondre aux attentes des participants. De plus, ces différents éléments seront nécessaires pour remplir le formulaire permettant de déposer le programme sur le site Internet de l'OGDPC afin qu'il soit consultable par tous les professionnels ciblés.

La structure de notre programme doit respecter plusieurs obligations, telles que décrites précédemment. En effet, notre programme est tenu de suivre au moins une orientation nationale ou régionale [1.1] et de comporter au moins une des méthodes et modalités validées par la HAS [1.2] ainsi que des activités prédéfinies [1.3].

D'autres points de la structure peuvent être choisis librement, ce qui permet de les adapter aux besoins de la formation et des professionnels visés. Ainsi, nous avons choisi le type du programme et le nombre d'étapes dont il sera composé [1.4], la durée et le nombre de sessions proposées [1.5] ainsi que les catégories professionnelles pouvant participer au programme [1.6].

2.1. Orientations

Un programme de DPC doit se conformer à une orientation nationale ou régionale, faute que quoi il ne pourra être considéré comme un programme de DPC et les professionnels qui suivront le programme ne pourront pas valider leur obligation de formation (4). Nous avons donc vérifié que notre programme s'inscrit dans une des orientations nationales précisées dans l'arrêté du 26 février 2013.

Notre programme correspond particulièrement à la première orientation nationale intitulée « contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients » (13). En effet, l'objectif de notre DPC est d'améliorer la pratique quotidienne des pharmaciens et leur aisance dans la dispensation des médicaments anti-douleurs. Le but est d'aboutir à une meilleure prise en charge des patients par leur pharmacien.

Notre programme correspond également à la deuxième orientation « contribuer à l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients » (13), notamment en répondant aux objectifs de « favoriser le bon usage et l'observance des traitements » et « l'amélioration de la prise en charge de la douleur et de la fin de vie des patients » de cette orientation.

2.2. Méthodes et modalités

Comme nous l'avons vu précédemment, pour qu'une formation soit considérée comme un programme de DPC, il est nécessaire qu'elle utilise une des méthodes et modalités validées par la HAS (13). La liste de ces méthodes et modalités est consultable dans l'annexe 1.

Nous pensons qu'il est préférable, pour un programme portant sur la prise en charge de la douleur à l'officine, de choisir une méthode présentant une approche à dominante cognitive. En

effet, il convient de reprendre toutes les bonnes pratiques de façon pédagogique pour pouvoir en discuter plus précisément.

Concernant ce type d'approche, la liste publiée par la HAS nous laisse le choix entre des formations se pratiquant en groupe (formation présentielle ou revue bibliographique / analyse d'articles) et des formations individuelles (formation à distance et formations diplomantes ou certifiantes). Nous estimons qu'il est important que notre formation se déroule de manière présentielle, car ainsi les pharmaciens peuvent bénéficier de la présence d'un intervenant, disponible pour répondre à leurs interrogations, et de l'éclairage apporté par les autres participants présents sur le sujet abordé. Il nous apparaît également que l'apprentissage sera plus efficace face à un intervenant, qui sera à même de rendre son discours vivant et intéressant et mettre en exergue les éléments essentiels à retenir. Ce sont sans doute ces raisons qui motivent les pharmaciens, comme nous avons pu le constater dans notre étude, à assister de préférence à des formations présentielles.

Toutefois, nous avons constaté que la totalité du programme prévu ne peut être abordé en une seule journée, sous peine de ne pas prendre le temps nécessaire à la bonne compréhension de chaque thème. De plus, nous souhaitons que les professionnels aient le moins de déplacement possible à effectuer, comme ils l'ont exprimé à travers notre étude. C'est pourquoi nous avons choisi qu'une partie de l'enseignement se déroulera à distance par le biais du e-learning. Notre étude nous indique que les pharmaciens ne sont pas réticents à ce type de formation, ce qui conforte notre décision.

2.3. Activités

Le document publié par la HAS nous indique que les approches à dominante cognitive doivent être complétées d'une activité d'analyse des pratiques. En effet, il est nécessaire pour un programme de DPC de contenir les deux activités suivantes :

- l'analyse des pratiques professionnelles ;
- l'acquisition/perfectionnement des connaissances/compétences (14).

L'articulation de ces deux activités n'étant pas prédéfinie, il revient aux concepteurs du programme d'en décider.

Nous avons choisi de proposer l'activité « analyse des pratiques professionnelles » à la fois en guise d'introduction à notre programme et comme moyen d'évaluation lors de la dernière étape. Cette activité visera à apprécier les connaissances des pharmaciens avant et après la formation, afin de pouvoir appréhender l'évolution de leurs pratiques. Elle permettra aussi de valider l'obligation de DPC des pharmaciens à travers un questionnaire à choix multiples (QCM).

L'activité « acquisition/perfectionnement des connaissances/compétences » se présente quant à elle sous deux formes. Une partie de e-learning contient les enseignements théoriques. Cette partie servira de base à la deuxième partie qui se déroulera en groupe. Dans cette deuxième partie seront dispensés des enseignements au cours desquels les professionnels pourront participer et comparer leur pratique avec celle des autres pharmaciens ou avec la pratique préconisée par des consensus d'experts.

2.4. Type et étapes

Notre programme de DPC est un programme de type mixte. En effet, la partie principale du programme, celle des enseignements en groupe, est de type présentiel.

Comme indiqué dans la maquette, le programme s'articule en quatre étapes.

L'activité « analyse des pratiques professionnelles » se déroulera sur deux étapes : une première en amont des étapes de formation pédagogique et une seconde en aval. Ces deux étapes se dérouleront à distance.

L'activité « acquisition/perfectionnement des connaissances/compétences » se compose également de deux étapes : une à distance et l'autre en présentielle.

2.5. Durée et session

Les quatre étapes du programme se déroulent pendant deux mois et demi. Le programme est donc un programme annuel.

Le nombre de sessions n'est pour le moment pas encore établi. Le programme sera proposé aux pharmaciens en fonction de la demande constatée. Si les inscriptions atteignent rapidement le nombre maximum, une nouvelle session sera proposée le plus rapidement possible en fonction de la disponibilité des intervenants et des salles de la Faculté de pharmacie de Grenoble. Nous estimons que le programme sera présenté entre une et quatre fois par an environ.

2.6. Participants

Nous nous étions donné comme objectif de préparer un programme à destination des pharmaciens, en particulier des pharmaciens d'officine. Sont donc uniquement ciblés par notre programme les pharmaciens d'officine, titulaires ou adjoints.

Nous avons volontairement choisi de restreindre la cible afin de pouvoir proposer un programme spécifiquement conçu pour les pharmaciens. La totalité du programme se concentre ainsi sur la pratique des pharmaciens dans leur officine.

Un programme ouvert à un plus grand nombre de professions (par exemple aux médecins et infirmiers) aurait aussi pu être intéressant. Ce type de programme aurait nécessairement été plus axé sur la coopération entre les professionnels que sur la dispensation des médicaments anti-douleurs, ce qui présente un intérêt différent.

Nous estimons qu'il est important que chaque type de programme, destiné à une seule profession ou interprofessionnel, soit proposé aux praticiens, afin que l'offre de DPC soit la plus riche possible.

Nous avons fixé le nombre maximum de participants à 20 par session. D'une part, il est important que ce nombre soit suffisamment élevé afin que le prix de la formation ne soit pas excessif pour chaque participant. D'autre part, ce nombre ne doit pas être pas trop élevé afin que les discussions ne soient pas entravées au cours de la formation présentielle. Il nous semble donc que 20 participants par session prend en compte de façon satisfaisante ces deux considérations.

3. Contenu du programme

Cette partie vise à présenter le contenu spécifique de chaque activité de notre programme, afin de préciser la vision d'ensemble exposée auparavant. Seront également indiqués les intervenants retenus pour dispenser chaque enseignement ainsi que leurs qualifications vis-à-vis de cet enseignement. Il est par ailleurs intéressant de montrer que le contenu du programme répondra parfaitement aux exigences des professionnels, telles qu'exprimées dans notre étude.

Comme nous avons pu le voir précédemment, le programme se compose de quatre étapes. Il débutera par une analyse des pratiques professionnelles [3.1], prendra la forme d'une étape de e-learning [3.2], puis d'une formation présentielle [3.3] et s'achèvera par une activité permettant de mesurer l'impact de la formation sur les pratiques des professionnels [3.4].

3.1. Analyse des pratiques professionnelles

Le programme de DPC commence par une étape d'analyse des pratiques professionnelles, qui aura lieu deux semaines en amont de la formation cognitive. Cette analyse doit être remplie individuellement en ligne et durera environ deux heures. Elles se compose de deux parties.

Une première partie consiste en un questionnaire, qui comprend :

- des questions sur les connaissances théoriques nécessaires à la pratique se basant sur des références actualisées ;
- des cas cliniques permettant d'évaluer les pratiques professionnelles : provenant de cas produits par les étudiants de la Faculté de pharmacie de Grenoble lors de leur stage de sixième

année de la filière officine, ils ont l'avantage de mettre en scène des cas issus d'expériences réelles, donc plus proches du quotidien des pharmaciens.

Une heure environ est nécessaire pour compléter ce questionnaire.

Au cours de la deuxième partie, les participants reçoivent directement les résultats du questionnaire qu'ils viennent d'achever. Cela leur donne la possibilité de prendre connaissance des questions auxquelles ils ont commis une erreur. Une explication de la réponse attendue leur permet de comprendre leurs lacunes et d'identifier les points d'amélioration, tenant tant à leurs connaissances théoriques qu'à leur pratique quotidienne, sur lesquels ils devront se concentrer pendant la formation pédagogique. Ce travail de relecture nécessite environ une heure.

Pour effectuer cette étape, les professionnels seront amenés à se connecter sur la plateforme Internet Pharm@tice®. Il leur faudra pour se connecter entrer les identifiants fournis lors de l'inscription au programme.

3.2. E-learning

L'étape suivante aura lieu deux semaines après la première étape d'analyse des pratiques professionnelles. Elle se présente sous la forme d'une formation cognitive à distance (e-learning). Comme pour la première étape, les praticiens devront se connecter sur Pharm@tice®.

L'objectif de cette étape est l'acquisition ou la réactualisation de connaissances théoriques concernant la douleur. Elles seront nécessaires pour participer de façon satisfaisante à l'étape suivante, qui portera principalement sur des questions d'ordre pratique.

Ce travail d'assimilation nécessite un apprentissage personnel pour lequel il n'est pas nécessaire d'avoir des interactions avec d'autres professionnels. C'est pourquoi nous avons choisi de proposer cette étape en tant que formation à distance. Ce type de formation a le double avantage

de permettre aux pharmaciens de se former à leur rythme et de gagner du temps en évitant de se déplacer jusqu'au lieu de formation. En effet, les professionnels auront deux semaines pour suivre les six heures de formation. Ils pourront à tout moment interrompre la présentation et la reprendre selon leurs disponibilités.

Les exposés sont présentés sous forme de diaporama. Chaque diapositive contient des commentaires oraux enregistrés par les professeurs.

Cette étape représente environ 6 heures d'apprentissage, divisées en trois parties.

Au cours de cette étape seront abordés la physiologie et physiopathologie de la douleur [3.2.1], la pharmacologie des médicaments anti-douleurs [3.2.2], ainsi que les questions juridiques liées à la dispensation de certains médicaments anti-douleurs [3.2.3].

3.2.1. Physiologie et physiopathologie de la douleur

L'objectif de cette présentation est l'acquisition ou la réactualisation de connaissances théoriques de physiologie et physiopathologie de la douleur.

Cette partie est cruciale pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la physiologie permet de comprendre la pathologie qui atteint le patient. Elle sert également de base pour assimiler la pharmacologie, particulièrement pour comprendre la pharmocodynamie des différents traitements de la douleur. Ce thème est en outre une requête des pharmaciens ayant participé à notre étude.

Intervenant	Durée	Format
Enseignant en physiologie à l'UFR de pharmacie de Grenoble.	2 heures	Enseignement magistral

Points principaux :

- les nocicepteurs ;
- les afférences sensitives et leurs connexions spinales ;
- les voies ascendantes de la douleur ;
- le cortex sensitif ;
- la régulation afférente de la douleur ;
- les voies descendantes du contrôle de la douleur ;
- les différentes douleurs (ce point a été particulièrement plébiscité quand nous avons demandé les thèmes que les pharmaciens voulaient voir abordés dans un programme sur la douleur et les points d'amélioration de leur pratique) ;
- les cibles des antalgiques.

3.2.2. Pharmacologie

La pharmacologie est la discipline se trouvant au coeur de la sécurisation et de l'optimisation de la dispensation des médicaments. En effet, cette discipline nous permet notamment de connaître l'absorption, le mécanisme d'action et les interactions des médicaments. Il nous semble essentiel que les pharmaciens aient des rappels portant sur la pharmacologie des médicaments anti-douleurs ainsi qu'une mise au point sur les nouveaux médicaments et les nouvelles formes d'administration.

Intervenant	Durée	Format
Enseignant en pharmacie clinique à l'UFR de pharmacie de Grenoble.	3 heures	Enseignement magistral

Points principaux :

- la pharmacocinétique (différentes voies d'administration, vitesse d'action et durée d'action en fonction des différentes molécules et différentes formes galéniques) ;
- la pharmocodynamie (mécanismes d'action) ;
- les différentes douleurs en lien avec les différentes molécules correspondantes ;
- les posologies usuelles et maximales, les adaptations posologiques ;
- la rotation des opiacés.

L'ensemble de ces points a été demandé au moins une fois par les participants de l'étude.

3.2.3. Droit

La législation évolue au cours des années et n'est pas toujours bien comprise par les pharmaciens. Nous pensons qu'il est important de faire le point sur les dernières réglementations de la dispensation et de la gestion des ordonnanciers et des documents à conserver, afin que les professionnels disposent des éléments pour se conformer à la législation en vigueur au sein de leur officine.

Intervenant	Durée	Format
Enseignant en droit à l'UFR de pharmacie de Grenoble	1 heure	Enseignement magistral

Points principaux :

- les différents types de prescriptions (classiques, bizones, sécurisées et bizones sécurisées) ;
- la délivrance des médicaments stupéfiants ;
- les durées et quantités de délivrances particulières ;

- la gestion de l'ordonnancier des stupéfiants ;
- les documents à conserver et les durées de conservation ;
- le déconditionnement.

3.3. Formation présentielle

Cette nouvelle étape de déroulera deux semaines après le début de l'étape précédente de e-learning. Ces deux semaines sont nécessaires pour suivre les présentations et assimiler leur contenu afin de pouvoir utiliser ces connaissances au cours de cette étape présentielle.

Afin de pouvoir participer à cette étape, les pharmaciens devront se rendre dans les locaux de la Faculté de pharmacie de Grenoble. Cette étape se déroule pendant une journée avec huit heures et trente minutes de formation. Nous avons choisi de consacrer une journée entière à la formation présentielle, plutôt que deux demi-journées ou quatre-soirées, car nous avons pu constater à l'aide de notre étude que les pharmaciens préfèrent ce type d'organisation.

L'avantage de la formation présentielle tient au fait que les intervenants et pharmaciens présents pourront débattre autour de présentations de type Powerpoint® servant de fil conducteur.

L'objectif de cette journée est de mettre en pratique les connaissances acquises au cours des deux semaines précédentes lors de la formation à distance. Tous les thèmes abordés durant cette journée seront illustrés par des cas cliniques, à partir desquels les pharmaciens seront amenés à faire part de leurs expériences et pourront comprendre comment mettre en œuvre les bonnes pratiques de dispensation.

Comme nous avons pu le constater dans la discussion de l'étude, l'étude de cas cliniques est une attente des professionnels.

Les thèmes abordés au cours de cette journée seront la prescription médicale [3.3.1], la mise en situation des professionnels dans leur exercice quotidien [3.3.2], la prévention de l'iatrogénèse [3.3.3], les populations particulières [3.3.4], les thérapeutiques non pharmacologiques [3.3.5], les médecines alternatives [3.3.6], les douleurs au quotidien [3.3.7] et la mise en place d'un algorithme d'aide à la dispensation [3.3.8].

3.3.1. Prescription médicale

Pour pouvoir valider correctement une prescription, il importe de connaître la démarche suivie en amont lors de son élaboration. Nous pensons qu'il est nécessaire que la douleur soit prise en charge de façon pluridisciplinaire. C'est pourquoi nous avons souhaité proposer aux pharmaciens cette présentation, qui représente pour eux une opportunité de comprendre de quelle manière et selon quelles considérations les médecins prescrivent les médicaments anti-douleurs.

Intervenant	Durée	Format
Médecin au CHU de Grenoble	1 heure	Enseignement magistral autour d'un cas clinique

Points principaux :

- présentation de l'examen d'un patient algique ;
- évaluation de la douleur (ce point est très important car nous avons pu constater dans notre étude que plusieurs pharmaciens estiment que l'évaluation de la douleur est un point d'amélioration de leur pratique) ;
- critères de choix thérapeutiques.

3.3.2. Mise en situation

Il est important pour les pharmaciens d'avoir de bonnes connaissances théoriques, mais il est tout aussi nécessaire de se confronter à des situations réelles pour savoir adapter ses connaissances à toutes les situations du quotidien.

Intervenant	Durée	Format
Enseignant en pharmacie clinique à l'UFR de pharmacie de Grenoble.	1 heure	Un cas clinique accompagné

Points principaux :

- présentation d'un cas cas clinique accompagné (Annexe 5 : Projet de cas clinique accompagné);
- le cas se développe grâce aux différentes étapes de la validation d'une ordonnance et l'optimisation thérapeutique. À chaque étape, les pharmaciens seront interrogés. La participation est importante pour l'acquisition des bonnes pratiques ;
- le patient ;
- l'évaluation de l'observance ;
- l'historique médicamenteux ;
- la validation juridique ;
- les objectifs thérapeutiques (notamment la prise en charge de la douleur faible, modérée ou sévère et des effets indésirables liés aux traitements anti-douleurs) ;
- les points critiques (contre-indications (CI) physiopathologiques, posologies (en particulier l'escalade posologique des opioïdes et les équivalences pour le changement de voie d'administration), interactions médicamenteuses (IM) niveaux 1 et 2) ;

- les trois points d'optimisation (suivi thérapeutique (efficacité / tolérance), plan de prise, conseils).

3.3.3. Prévention de l'iatrogénèse

La sécurisation du circuit du médicament est le rôle principal des pharmaciens. À cet égard, la prévention de l'iatrogénèse est une étape cruciale de la dispensation des médicaments. Nous avons choisi de présenter ce thème sous forme de plusieurs petits cas cliniques présentant l'ensemble des risques pouvant être apportés par la prescription de médicaments anti-douleurs.

Intervenant	Durée	Format
Enseignant en pharmacie clinique à l'UFR de pharmacie de Grenoble.	1 heure	Plusieurs cas cliniques accompagnés

Points principaux :

- présentation basée sur plusieurs cas cliniques (Annexe 6 : Projet de présentation sur la prévention de l'iatrogénèse) ;
- prévention des risques majeurs (contre-indications absolues, associations médicamenteuses à proscrire) (21) ;
- prévention des effets indésirables (ce point en particulier a été demandé par plusieurs pharmaciens au cours de notre étude) (21) ;
- conseils au patient et éducation thérapeutique.

3.3.4. Populations particulières

Les enfants, les personnes âgées et les patients atteints du cancer sont autant de populations pour lesquelles la douleur nécessite un traitement particulier. Il est donc essentiel que les pharmaciens d'officine soient parfaitement au point sur les variations pharmacologiques liées aux âges extrêmes de la vie, ainsi que les objectifs du traitement de la douleur en cancérologie, qui diffèrent de la pratique habituelle.

Intervenant	Durée	Format
Médecin au CHU de Grenoble	1 heure et 30 minutes	Enseignement magistral autour de plusieurs cas cliniques

Points principaux :

- les enfants ;
- les personnes âgées ;
- la cancérologie (les praticiens ont montré un intérêt particulier pour ce point, l'ayant cité dans les thèmes à aborder au cours d'un programme portant sur la douleur).

3.3.5. Les thérapeutiques non pharmacologiques

Les praticiens doivent également connaître les différents dispositifs médicaux permettant de réduire la douleur. L'objectif est de familiariser les pharmaciens avec les différentes thérapeutiques non pharmacologiques. Un des pharmaciens ayant répondu à notre étude a en effet demandé qu'un programme de DPC sur la douleur aborde ce thème.

Intervenant	Durée	Format
Kinésithérapeute au CHU de Grenoble	1 heure	Enseignement magistral et manipulation des dispositifs médicaux

Points principaux :

- la contention ;
- le TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator ou stimulateur électrique transcutané) ;
- les ceintures lombaires.

3.3.6. Les médecines alternatives

Les patients sont de plus en plus nombreux à solliciter des traitements issus de médecines alternatives. Les pharmaciens doivent donc pouvoir être suffisamment informés pour les conseiller dans ce domaine. Par ailleurs, il est primordial que les pharmaciens connaissent les risques associés à ces différentes méthodes de soins et puissent les exposer aux patients.

Intervenant	Durée	Format
Enseigant en pharmacognosie à l'UFR de pharmacie de Grenoble	1 heure	Enseignement magistral associée à des cas cliniques

Points principaux :

- la phytothérapie ;

- l'homéopathie ;
- les risques liés à ces médecines alternatives.

3.3.7. Les douleurs au quotidien

On constate aujourd'hui dans certaines zones rurales de France qu'il est de souvent difficile de pouvoir consulter un médecin rapidement. Les malades sont donc amenés de plus en plus souvent à demander directement des conseils en officine. Les pharmaciens doivent donc être capables de conseiller leurs clients pour répondre efficacement à leurs problèmes ou, le cas échéant, pour les orienter vers un médecin en cas de pathologies nécessitant un avis médical, voire vers les urgences si la situation l'exige.

L'objectif de cette présentation est de mettre à la disposition des pharmaciens des algorithmes d'aide à la décision permettant de répondre à toutes les douleurs dont est susceptible de souffrir un patient se présentant à l'officine et de reconnaître les cas dans lesquels il faut orienter le patient vers d'autres professionnels de santé.

Intervenant	Durée	Format
Enseignant associé à temps partiel à l'UFR de pharmacie de Grenoble et pharmacien d'officine	1 heure	Présentation d'algorithmes d'aide à la décision associés à des cas cliniques

Points principaux :

- les céphalées ;
- les douleurs bucco-dentaires ;

- les douleurs abdominales (maux de ventre, douleurs pelviennes) ;
- les douleurs musculo-tendineuses (36) ;
- les limites du conseil ;
- plusieurs algorithmes d'aide à la décision adaptés à chaque pathologie ;
- au moins un cas clinique par thème.

3.3.8. Mise en place d'un algorithme général d'aide à la décision

Afin de fixer les connaissances acquises au cours de la journée, nous avons souhaité que les participants aient l'occasion de récapituler eux-mêmes l'ensemble des thèmes abordés pendant la formation. Les pharmaciens seront amenés à élaborer ensemble un algorithme d'aide à la décision pour un patient algique se présentant à l'officine, qui sera ensuite comparé à un algorithme prédéfini.

Intervenant	Durée	Format
Enseignant en pharmacie clinique à l'UFR de pharmacie de Grenoble.	1 heure	Discussion entre les participants et l'intervenant

Points principaux :

- la dispensation avec ou sans ordonnance ;
- une reprise des points essentiels permettant la délivrance d'un médicament anti-douleur.

3.4. Mesure d'impact sur les pratiques professionnelles

L'objectif de cette dernière étape est d'évaluer l'amélioration et le suivi des pratiques professionnelles des pharmaciens ayant participé à notre programme.

Cette étape se déroulera huit semaines après la formation présentielle et douze semaines après le début du programme. Il est en effet important que les pharmaciens mettent en pratique dans leur officine les nouvelles connaissances et les réactualisations acquises lors des étapes précédentes.

Cette phase consiste en un questionnaire en ligne, lequel contient les mêmes questions que le questionnaire proposé lors de la première étape, ainsi que de nouvelles questions visant à évaluer l'amélioration des résultats des participants et leurs connaissances. Les réponses permettront de s'assurer qu'ils mettent en oeuvre dans leur activité quotidienne les bonnes pratiques développées lors du programme.

Afin de valider leur DPC, les pharmaciens devront obtenir au moins 60% de bonnes réponses. Certaines questions seront éliminatoires. Ainsi, si une mauvaise réponse peut entraîner le décès du patient fictif, le pharmacien ne validera pas le programme.

3.5. Propositions des participants non reprises dans le programme

Nous nous étions donné pour objectif de répondre à toutes les attentes exprimées par les pharmaciens au cours de notre étude, afin que notre programme attire le plus de praticiens possible. Malgré notre souci de satisfaire ces attentes, le programme ne répond pas à certains des thèmes formulés par les répondants.

Certains praticiens ont demandé que le programme aborde le traitement de pathologies spécifiques telles que la migraine ou la ménopause. Cependant, nous avons défini comme

objectif du programme de former les pharmaciens sur la prise en charge de la douleur en général. Cette approche nous amène donc à ne pas traiter ces pathologies particulières ayant la douleur pour symptôme. De plus, ces pathologies nécessiteraient un enseignement dense qu'il n'était pas possible d'inclure dans notre programme, déjà bien chargé. Ces pathologies pourront néanmoins chacune faire l'objet d'un programme de DPC distinct.

Il en va de même pour la formation à l'entretien avec les patients souhaitée par plusieurs répondants. Notre programme présente de nombreux cas cliniques et mises en situation, notamment lors de la présentation des douleurs au quotidien. Cependant, nous ne pouvions, par manque de temps, nous concentrer davantage sur la formation à l'entretien. Par ailleurs, ce thème fait déjà l'objet d'un certificat et d'un Diplôme universitaire.

Les pharmaciens ont également expliqué souhaiter une coopération accrue avec les autres professionnels de santé dans le but de mieux prendre en charge leurs patients. Notre programme répond en partie à cette attente par la mise en présence des participants avec un médecin au cours de la présentation portant sur la prescription médicale. Cependant, afin d'obtenir une coopération totale, il convient d'élaborer des programmes réellement multidisciplinaires, c'est-à-dire des programmes au sein desquels tous les professionnels de santé sont représentés et apprennent ensemble à traiter un sujet, par exemple dans notre cas la douleur. Toutefois, comme nous l'avons expliqué précédemment, nous avons souhaité mettre en place un programme spécifique aux pharmaciens et le plus exhaustif possible, ce qui aurait été moins efficace dans le cas d'un programme multidisciplinaire.

THÈSE SOUTENUE PAR : Jean-Noël FAURE

TITRE : Élaboration d'un programme de développement professionnel continu sur la prise en charge de la douleur à l'officine

CONCLUSION

Le métier de pharmacien d'officine est une profession exigeant un haut niveau d'expertise. Les nombreux progrès scientifiques et changements législatifs font de la pharmacie un métier en constante évolution. Ces développements peuvent fragiliser les connaissances acquises par les pharmaciens lors de leur formation initiale. Ils ont donc besoin, pour exercer leur métier sans risques, de se former tout au long de leur carrière.

C'est pourquoi l'Etat français a décidé d'instaurer le Développement Professionnel Continu, lequel présente le double avantage de mettre en place un contrôle de l'assiduité des pharmaciens à la formation continue tout en la rendant obligatoire et de vérifier la qualité des enseignements proposés en validant les organismes proposant des formations.

Dans cette optique, nous avons souhaité participer à la mise en place de cette formation continue, particulièrement en ce qui concerne une pathologie qui occupe une part importante de la pratique officinale des pharmaciens : la douleur.

Pour cela, nous avons étudié la législation encadrant le DPC et les règles à respecter au cours de l'élaboration d'un programme. Nous avons également déterminé les étapes à suivre afin de devenir un organisme habilité à dispenser des programmes aux praticiens. Nous espérons que ces informations pourront utilement être reprises par les prochains concepteurs de programmes et qu'elles faciliteront leurs démarches.

Pour autant, la prise en charge de la douleur à l'officine était-elle un thème suffisamment porteur pour nous permettre de mettre en œuvre avec succès un tel programme ? Nous avons cherché à en démontrer l'intérêt, en définissant l'importance de la prise en charge de la douleur dans la pratique des pharmaciens d'officines à l'aide de la définition même de la douleur et d'une étude

épidémiologique. De plus, nous avons pu constater un manque de formation de type DPC sur ce sujet dans la zone d'influence de Grenoble, encourageant quant à l'issue favorable de notre projet. De plus, considérant que l'intérêt pour notre programme sera d'autant plus important que nous répondons aux attentes des professionnels concernés, nous avons mené une étude auprès des pharmaciens d'officines. Elle nous a permis d'intégrer dans notre programme un grand nombre des points abordés par les répondants et de mieux définir sa structure.

Nous avons ainsi été en mesure de présenter le contenu futur de notre programme, à travers une maquette permettant d'avoir une vue d'ensemble de la formation, puis une présentation des éléments importants de sa structure. Enfin, une description détaillée présente chaque étape et enseignement du programme. Elle conduit à comprendre précisément la façon dont se déroulera le programme et la valeur-ajoutée pédagogique que les participants pourront en retirer.

Nous espérons que notre programme rencontrera le succès escompté et comblera les attentes des participants.

C.H.U. de GRENOBLE
POLE PHARMACIE
Pr Benoît ALLENET
N° ordre section : 90767-H
N° RPPS : 10001831758

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 26/3/2014

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER GRENOBLE 1 U.F.R. DE PHARMACIE

LE DOYEN
Professeur Christophe RIBUOT

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
Professeur Benoît ALLENET

Bibliographie

1. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=814D6CE0EBB52D59A9BA96BAE4FE49B8.tpdjo12v_3?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id (consulté le 25.06.2014).

2. CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Article L4236-1 modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 59 [en ligne]. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009. Disponible sur :http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=814D6CE0EBB52D59A9BA96BAE4FE49B8.tpdjo12v_3?idArticle=LEGIARTI000020897466&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20140926 (consulté le 25.06.2014).

3. ORGANISME GESTIONNAIRE DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (OGDPC). Foire aux questions thème 1 : LE DPC [en ligne]. Disponible sur: https://www.ogdpc.fr/public/medias/ogdpc/pdf/Rubrique_FAQ/FAQ/FAQ_T1_LEDPC.pdf (consulté le 29.06.2014).

4. CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Article R4236-2 modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 59 [en ligne]. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009. Disponible sur :http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=814D6CE0EBB52D59A9BA96BAE4FE49B8.tpdjo12v_3?idArticle=LEGIARTI000020897460&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20140926 (consulté le 25.06.2014).

5. CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Article R4236-7 modifié par le décret n°2011-2118 du 30 décembre 2011 - art. 1 [en ligne]. Journal officiel, n°0001 du 1 janvier 2012. Disponible sur : http://www.legifrance.com/affichCodeArticle.do;jsessionid=7B085050B3FD03A48A43F009E7556E2E.tpdjo12v_3?

idArticle=LEGIARTI000025111052&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20140804 (consulté le 26.06.2014).

6. CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Article R4236-5 modifié par le décret n°2011-2118 du 30 décembre 2011 - art. 1 [en ligne]. Journal officiel, n°0001 du 1 janvier 2012. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913743&dateTexte=&categorieLien=cid (consulté le 26.06.2014)

7. CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Article R4236-10 modifié par le décret n°2011-2118 du 30 décembre 2011 - art. 1 [en ligne]. Journal officiel, n°0001 du 1 janvier 2012. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913748&dateTexte=&categorieLien=cid (consulté le 26.06.2014)

8. CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Article R4236-11 modifié par le décret n°2011-2118 du 30 décembre 2011 - art. 1 [en ligne]. Journal officiel, n°0001 du 1 janvier 2012. Disponible sur : http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913750 (consulté le 26.06.2014)

9. CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Article R4236-13 modifié par le décret n°2011-2118 du 30 décembre 2011 - art. 1 [en ligne]. Journal officiel, n°0001 du 1 janvier 2012. Disponible sur : http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000025111119&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20140731 (consulté le 26.06.2014).

10. CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Article R4021-1 créé par le décret n°2011-2118 du 30 décembre 2011 - art. 1 [en ligne]. Journal officiel, n°0001 du 1 janvier 2012. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/

affichCodeArticle.do;jsessionid=FA03DBAEB55F81872FB425E8A8ED0935.tpdjo05v_1?idArticle=LEGIARTI000025102403&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20140926 (consulté le 26.06.2014).

11. ORGANISME GESTIONNAIRE DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (OGDPC). Foire aux Questions Thème 2 : L'OGDPC [en ligne]. Disponible sur : https://www.ogdpc.fr/public/medias/ogdpc/pdf/Rubrique_FAQ/FAQ/FAQ_THEME2_OGDPCinstances_oct13 (consulté le 29.06.2014).

12. CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Article R4236-3 modifié par le décret n°2011-2118 du 30 décembre 2011 - art. 1 [en ligne]. Journal officiel, n°0001 du 1 janvier 2012. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=98C0EA5684766C6C85BA13B84B926C22.tpdjo05v_1?idArticle=LEGIARTI000025111069&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120226&categorieLien=id (consulté le 26.06.2014).

13. Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour l'année 2013 [en ligne]. Journal officiel, n °0052 du 2 mars 2013. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027123217&dateTexte=&categorieLien=id (consulté le 27.06.2014).

14. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Méthodes et modalités de DPC [en ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf (consulté le 20.06.2014).

15. CODE DU TRAVAIL. Article L6351-1 modifié par la loi n° 2009-1437 du 24 novembre 2009 [en ligne]. Journal officiel, n°0273 du 25 novembre 2009. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021343616&cidTexte=LEGITEXT000006072050 (consulté le 28.06.2014).

16. CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Article R4021-23 créé par le décret n° 2011-2113 du 30 décembre 2011 [en ligne]. Journal officiel, n°0001 du 1 janvier 2012. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000025102463&dateTexte=&categorieLien=cid (consulté le 28.06.2014).

17. Arrêté du 12 décembre 2012 relatif à la composition du dossier de demande d'enregistrement en qualité d'organisme de développement professionnel continu et du dossier d'évaluation prévus aux articles R. 4021-23 et R. 4021-24 du code de la santé publique [en ligne]. Journal officiel, n°0293 du 16 décembre 2012. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026770588&dateTexte=&categorieLien=id (consulté le 02.07.2014).

18. ORGANISME GESTIONNAIRE DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (OGDPC). Mode d'Emploi Extranet Organismes de DPC [en ligne]. Disponible sur : https://www.ogdpc.fr/public/medias/organisme/pdf/MODE%20EMPLOI/ModeEmploi_extranetODPC_enregist (consulté le 02.07.2014).

19. CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Article R4021-24 créé par le décret n°2011-2118 du 30 décembre 2011 - art. 1 [en ligne]. Journal officiel, n°0001 du 1 janvier 2012. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=FA03DBAEB55F81872FB425E8A8ED0935.tpdjo05v_1?idArticle=LEGIARTI000025102467&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20140926 (consulté le 02.07.2014).

20. CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Article R4021-25 créé par le décret n°2011-2118 du 30 décembre 2011 - art. 1 [en ligne]. Journal officiel, n°0001 du 1 janvier 2012. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=FA03DBAEB55F81872FB425E8A8ED0935.tpdjo05v_1?

idArticle=LEGIARTI000025102469&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20140926 (consulté le 02.07.2014).

21. ASSOCIATION NATIONALE DES ENSEIGNANTS DE PHARMACIE CLINIQUE, CALOP J, LIMAT S, FERNANDEZ C, AULAGNER. Pharmacie clinique et thérapeutique. 4e édition [entièrement revue]. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012. 1296 p.

22. INSTITU NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERHCE MÉDICALE (INSERM). Douleur [en ligne]. Disponible sur : http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur (consulté le 10.07.2014).

23. BOUHASSIRA D, LANTÉRI-MINET M, ATTAL N, LAURENT B, TOUBOUL C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. 2008 Juin;136(3):380–7.

24. VERHAAK PF, KERSSENS JJ, DEKKER J, SORBI MJ, BENSING JM. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. Pain. 1998 Sept;77(3): 231–9.

25. ELLIOTT A., SMITH B., HANNAFORD P., SMITH W., CHAMBERS W. The course of chronic pain in the community: results of a 4-year follow-up study. Pain. 2002 Sept;99(1-2):299–307.

26. BUSKILA D, ABRAMOV G, BITON A, NEUMANN L. The prevalence of pain complaints in a general population in Israel and its implications for utilization of health services. J Rheumatol. 2000 Juin;27(6):1521–5.

27. BLYTH FM, MARCH LM, BRNABIC AJM, JORM LR, WILLIAMSON M, COUSINS MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. Pain. 2001 Janv;89(2-3):127–34.

28. ERIKSEN J, JENSEN MK, SJØGREN P, EKHOLM O, RASMUSSEN NK. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. Pain. 2003 Déc;106(3):221–8.

29. RUSTØEN T, WAHL AK, HANESTAD BR, LERDAL A, PAUL S, MIASKOWSKI C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. Eur J Pain. 2004 Déc;8(6):555–65.

30. BREIVIK H, COLLETT B, VENTAFRIDDA V, COHEN R, GALLACHER D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006 Mai; 10(4):287–287.

31. CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Article L1110-5 modifié par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 [en ligne]. Journal officiel, n°95 du 23 avril 2005. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685748&dateTexte=20130226 (consulté le 22.08.2014).

32. Arrêté du 15 mai 2011 relatif au nombre de pharmaciens dont les titulaires d'officine doivent se faire assister en raison de l'importance de leur chiffre d'affaires [en ligne]. Journal officiel, n °0172 du 27 juillet 2011. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024400608&dateTexte=&categorieLien=id (consulté le 22.08.2014).

33. TRILLOU D. La formation continue des pharmaciens d'officine: mise en place du développement professionnel continu, état des lieux des formations proposées par les facultés et enquêtes auprès des pharmaciens d'officine de Lyon [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013.

34. ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. Rôle des conseils de l'Ordre des pharmaciens dans les stages officinaux [en ligne]. Disponible sur : http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/Le-role-de-l-Ordre-dans-les-missions-de-sante-publique/Les-maitres-de-stage (consulté le 24.08.2014).

35. ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. Pharmaciens panorama au 1er janvier 2014 Région Rhône-Alpes [en ligne]. Disponible sur : http://www.ordre.pharmacien.fr/content/

download/159913/778594/version/1/file/39446+-+Demographie+2014+%28RHONE-ALPES%29_V2.pdf (consulté le 24.08.2014).

36. BROC H. Prise en charge de la douleur à l'officine [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2006.

Annexes

Annexe 1 : Méthodes et modalités validées par la HAS

Approche dominante/ activités	Méthodes de DPC	
1. Pédagogique ou cognitive		
1.1 - En groupe	• formation présentielle (congrès scientifi- que, séminaire, colloque, journée, atelier, formation interactive, formation universitaire...) • revue bibliographique et analyse d'articles	À compléter par une activité d'analyse des pratiques soit : • intégrée à la démarche cognitive, au moment de l'identification des besoins de formation ou de l'évaluation de l'impact de la formation • externalisée, en complément de l'activité cognitive, et articulée avec elle
1.2 - Individuelle	• formation à distance (e-learning, supports écrits et numériques ...) • formations diplômantes ou certifiantes (autres que les diplômes universitaires (DU) validés1par les CSI et la CSHCPP)	
2. Analyse des pratiques		
2.1 - Gestion des risques	• revue de mortalité et de morbidité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), revue des erreurs médicamen- teuses (REMED) • analyse a priori des risques (analyse de processus, analyse des modes de défaillance et de leurs effets : AMDE...)	À compléter par une activité d'acquisition des connaissan- ces/compétences :

2.2 - Revue de dossiers et analyse de cas	• groupe d'analyse de pratiques, staff des équipes médico-soignantes ou médico- techniques, pratiques réflexives sur situations réelles • réunions de concertation pluridiscipli- naire • revue de pertinence	À compléter par une activité d'acquisition des connaissances/compétences :
2.3 - Indicateurs	• suivi d'indicateurs • registres, observatoire, base de données • audit clinique	
2.4 - Analyse des parcours de soins	• chemin clinique • patients traceurs	
2.5 - Analyse de parcours professionnel	• bilan de compétences	
3. Approche intégrée à l'exercice professionnel		
Ce sont celles où l'organisation en équipe de l'activité clinique, biologique, pharmaceutique quotidienne, implique à la fois une protocolisation et une analyse des pratiques.		
4. Dispositifs spécifiques		
• accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque (art. 16 de la loi 2004-810 du 13 août 2004) • accréditation des laboratoires de biologie médicale (ordonnance 2010-49 du 13 janvier 2010 et art. L. 6221-1 du CSP) • programme d'éducation thérapeutique (art. 84 de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009) • protocole de coopération (art. 51 de la loi 2009-879 de la loi du 21 juillet 2009) • formation professionnelle tout au long de la vie (professionnels paramédicaux)		
5. Enseignement et recherche		
• publication d'un article scientifique • recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité • maîtrise de stage • formateurs pour des activités de DPC		
6. Simulation		
• session de simulation en santé • test de concordance de script (TCS)		

Annexe 2 : Questionnaire de l'étude

Page 1 sur 2

Étude des attentes des pharmaciens officinaux envers un DPC sur la douleur

Dans le cadre de ma thèse portant sur la réalisation d'un DPC sur la douleur, je souhaite définir avec plus de précision les attentes des professionnels sur ce sujet. A cette fin, je vous remercie de bien vouloir répondre au questionnaire suivant. Les réponses seront traitées anonymement.

1/ Au cours de votre pratique quotidienne, à quelle fréquence prenez-vous en charge des patients algiques ?

	1	2	3	4	
Rarement	○	○	○	○	Souvent

2/ Concernant la dispensation sur prescription : vous sentez-vous à l'aise lors de la validation d'une prescription et la dispensation aux patients algiques ?

	1	2	3	4	
Pas du tout à l'aise	○	○	○	○	Très à l'aise

Dans ce cadre, quels sont pour vous les points d'amélioration de votre pratique ?

3/ Concernant la dispensation hors prescription : vous sentez-vous à l'aise lors de la dispensation aux patients algiques ?

	1	2	3	4	
Pas du tout à l'aise	○	○	○	○	Très à l'aise

Dans ce cadre, quels sont pour vous les points d'amélioration de votre pratique ?

4/ Selon vous, quels thèmes devraient être abordés dans un DPC sur la douleur ?

5/ Quel format de formation aurait votre préférence ?

- ◯ Une journée entière
- ◯ Deux demi-journées
- ◯ Quatre soirées

6/ Quel temps de trajet seriez-vous prêts à faire pour vous rendre sur le lieu de la formation ?

- ◯ 20 minutes
- ◯ 40 minutes
- ◯ 1 heure
- ◯ 2 heures

7/ Seriez-vous intéressé par un DPC portant sur la douleur ?

	1	2	3	4	
Pas du tout intéressé	◯	◯	◯	◯	Très intéressé

Page 2 sur 2

Profil

1/ Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?

(Nombre d'années)

2/ Dans quel type de commune exercez-vous ?

- ◯ Commune rurale (< 5 000 habitants)
- ◯ Commune semi-rurale (entre 5 000 et 10 000 habitants)
- ◯ Commune urbaine (> 10 000 habitants)

3/ Dans quel type de pharmacie exercez-vous ?

(Plusieurs choix possibles)

- ☐ Pharmacie de centre-ville
- ☐ Pharmacie de quartier résidentiel
- ☐ Pharmacie de quartier à forte densité de population
- ☐ Pharmacie de village
- ☐ Pharmacie de centre commercial
- ☐ Pharmacie en zone touristique

4/ Quel est le chiffre d'affaire de votre officine ?

- ○ Moins de 1,3 million
- ○ Entre 1,3 million et 2,6 millions
- ○ Entre 2,6 millions et 3,9 millions
- ○ Supérieur à 3,9 millions

5/ Avez-vous déjà participé à des formations de type DPC ?

- ○ Oui
- ○ Non

Si oui, de quel type ?

(Plusieurs choix possibles)

- ☐ Formation présentielle (congrès scientifique, séminaire, colloque, journée, atelier, formation interactive, formation universitaire...)
- ☐ Revue bibliographique et analyse d'articles (journal-club...)
- ☐ Formation à distance (e-learning, supports écrits et numériques ...)
- ☐ Formation diplômante ou certifiante (autre que les diplômes universitaires (DU) validés par les CSI et la CSHCPP)

Page de confirmation

Votre réponse a bien été enregistrée, merci pour votre aide !

Annexe 3 : Courriel accompagnant le lien vers le questionnaire de l'étude

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la thèse en Pharmacie de Jean-Noël Faure, nous visons à recueillir votre expérience afin de déterminer plus précisément vos attentes en matière de formation continue.

L'objectif de la thèse est de mettre en place un DPC portant sur la douleur, destiné aux praticiens officinaux.

Pour cela, nous vous prions de bien vouloir répondre à ce bref questionnaire anonyme (ceci vous prendra 5' maximum), qui nous aidera à mieux établir le contenu de ce futur DPC : https://docs.google.com/forms/d/1AOl_QhQcH5Qv8GFyWZPiTGF-KqLm5XS2EXRgW8sFXK8/viewform.

Vous remerciant par avance pour votre aide,

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations,

Pr Benoit Allenet
Département de Pharmacie Clinique
UFR de Pharmacie de Grenoble

Jean-Noël Faure
Etudiant en 6ème année Officine

Annexe 4 : Courriel de relance pour le questionnaire de l'étude

Madame, Monsieur,

Nous nous permettons de vous solliciter à nouveau au sujet notre étude portant sur la réalisation d'un DPC sur la douleur.

Un grand merci aux pharmaciens nous ayant déjà adressé leurs réponses.

Toutefois, nous ne disposons pas pour le moment d'un nombre de réponses suffisant pour mener à bien notre projet. Votre aide nous est absolument nécessaire pour mettre en place un DPC correspondant à vos attentes.

Aussi, si vous n'avez pas encore répondu à l'étude, nous vous serions très reconnaissants de nous accorder quelques minutes de votre temps pour répondre au questionnaire suivant : https://docs.google.com/forms/d/1AOl_QhQcH5Qv8GFyWZPiTGF-KqLm5XS2EXRgW8sFXK8/viewform.

Nous vous adressons par avance nos remerciements et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations,

Jean-Noël Faure
Etudiant en 6ème année Officine

Pr Benoit Allenet
Département de Pharmacie Clinique
UFR de Pharmacie de Grenoble

Annexe 5 : Projet de cas clinique accompagné.

Cette première version est une ébauche destinée à être retravaillée par l'enseignant chargé de présenter ce cas aux participants au programme.

CAS CLINIQUE ACCOMPAGNÉ - DOULEUR

Jean-Noël FAURE

1

LE PATIENT

- M. H.
- Patient habituel de l'officine
- Agé de 45 ans
- Taille : 1,85 m, Poids : 80 kg
- Pas IR, pas IH, pas d'allergie connue
- Le patient est atteint d'un lupus

➡ Historique médicamenteux

➡ Aucun risque particulier

➡ IMC=23,4 kg/m^2, corpulence normale

➡ Pas de risque particulier

➡ Traitement chronique /!\

2

HISTORIQUE INFORMATIQUE DES PRESCRIPTIONS PRÉCÉDENTES

3

ORDONNANCE N°1

- CHU de Grenoble, adresse, n°Finess
- M. O le 9/12/13
- (Affection exonérante)
- **Méthotrexate 15mg** : le vendredi
- **SPECIAFOLDINE® 20mg** : le samedi
- **CORTENCYL® 2,5mg** : 1/J
- **PLAQUENIL® 200mg** : 2/J
- Traitement pour 3 mois
- Signature

- A quoi correspond ce traitement?

➡ **Traitement de fond du Lupus du patient**

4

ORDONNANCE N°2

- Docteur P. J. (algologue), adresse, n°Finess
- M. O le 19/11/13
- (Affection exonérante)
- **LYRICA® 50mg** : 1 gélule le matin et le midi et 2 gélules le soir, AR 3 fois
- **CONTRAMAL® 100mg** LP : 1 comprimé matin et soir, QSP 1 mois AR 3 fois
- **ZALDIAR® 37,5/300 mg** : 3 fois par jour en respectant 4 heures entre les prises, QSP 1 mois AR 3 fois
- **DOLIPRANE® 500 mg** : 4 fois par jours en respectant 4 heures entre les prises, QSP 1 mois AR 3 fois
- Signature

- A quoi correspond ce traitement ?

➡ **Traitement de la douleur lié au Lupus**

5

VALIDATION JURIDIQUE

Quelle sont les indications devant figurer sur l'ordonnance ?

- l'identification complète du prescripteur (nom, qualification, numéro d'identification, etc.) ;
- le nom et le prénom du patient, éventuellement son âge, son sexe, son poids et sa taille ;
- la date de rédaction de l'ordonnance ;
- le nom de la spécialité (princeps ou générique) ou la dénomination commune d'un principe actif (DC) assortie ou non d'une marque ou du nom du fabricant ;
- le dosage et la forme pharmaceutique, la posologie et le mode d'emploi ;
- la durée du traitement ou le nombre d'unités de conditionnement dans le cas d'une prescription en nom de marque (exemple : deux boîtes de 20 comprimés) ;
- le nombre de renouvellements de la prescription si nécessaire ;
- la signature.

6

QUELS SONT LES OBJECTIFS ?

- CONTRAMAL® LP (Tramadol)
- ZALDIAR® (Tramadol/ Paracétamol
- DOLIPRANE® (Paracétamol)
- LYRICA® (Prégabaline)

➡ Paliers II, opioïde faible, PEC des **douleurs modérées/sévères prolongées**

➡ Association Paliers I et II, PEC des **douleurs modérées/sévères paroxystiques**

➡ Paliers I, Non opioïde, PEC des douleurs faibles à modérées, **synergie avec les opïoides**

➡ Co analgésique antiépileptique, PEC des **douleurs neuropathiques**

7

CLASSIFICATION OMS

Palier I	Palier II	Palier III
Non opioïdes	Opioïdes faibles	Opioïdes forts
Douleur faible à modérée	Douleur modérée/sévère	Douleur très sévère
Paracétamol, Aspirine, AINS, Néfopam	Agonistes partiels Codéine Tramadol (Dextropropoxyphène)	**Agonistes entiers :** Morphine, Fentanyl, Sufentanil **Agonistes partiels :** Hydromorphone, Oxycodone **Agoniste/antagoniste :** Buprénorphine Nalbuphine

« Co-analgésiques »	Antidépresseurs	Antiépileptiques	Anesthésiques locaux	Autres
	Amitriptyline, clomipramine, duloxétine,	Carbamazépine, gabapetine, prégabaline	Bupivacaïne, lidocaïne	Baclofène, tiapride, MEOPA

8

QUELS SONT LES POINTS CRITIQUES ?

Contre-indications (CI) physiopathologiques
Posologies
Interactions médicamenteuses (IM) niveaux 1 et 2

9

CI PHYSIOPATHOLOGIQUE ?

- **Pas d'épilepsie** non contrôlée (tramadol)
- **Pas d'IH** (paracétamol)
- => aucune CI physiopathologique

10

LES POSOLOGIES SONT-ELLES CORRECTES ?

- CONTRAMAL® 100 mg LP : 1 comprimé matin et soir
- ZALDIAR® 37,5/300 mg : 3 fois par jour en respectant 4 heures entre les prises
- DOLIPRANE® 500 mg : 4 fois par jour en respectant 4 heures entre les prises
- LYRICA® 50mg : 1 gélule le matin et le midi et 2 gélules le soir

➡ Le tramadol LP se prend matin et soir de 50 à 200 mg par prise et le tramadol/paracétamol 1à 2 comprimé par prise 4 fois par jour. Il ne faut pas dépasser 400 mg de tramadol par jour

➡ Le paracétamol ne doit pas dépasser 3g par jour et 1g en une prise

➡ La posologie de la pregabaline est de 150 à 600 mg par jour

Les posologie sont correctes

11

IM ?

- Aucune interaction de niveau 1 et 2
  - A prendre en compte :
- Contramal®, Zaldiar® et Lyrica : association de médicaments sédatifs, majoration de la dépression centrale. L'altération de la vigilance peut rendre dangereuses la conduite de véhicules et l'utilisation de machines. Prévenir le patient des risques.
- Plaquenil®, Contramal® et Zaldiar® : association de médicaments abaissant le seuil épileptogène. Risque accru de convulsions. Le patient n'a pas d'antécédents d'épilepsie.
- Contramal® et Zaldiar® : association de médicaments à l'origine d'un syndrome sérotoninergique et d'analgésiques morphiniques agonistes. En effet, ces deux médicaments contiennent du tramadol. Comme vu précédemment, la posologie maximale n'est pas dépassée.

Thesaurus : référentiel national interactions médicamenteuses ansm n°18 du 10/01/2014

12

LE PATIENT VIENT AUJOURD'HUI AVEC UNE NOUVELLE ORDONNANCE

13

NOUVELLE ORDONNANCE

Ordonnance sécurisée

- Docteur P. J. (algologue), adresse, n°Finess
- M. O le 19/12/13
- (Affection exonérante)
- A débuter en même temps que la dernière prise de CONTRAMAL®, DUROGESIC® vingt-cinq microgrammes : coller un patch sur le partie supérieure du corps, à changer tous les trois jours. Traitement de vingt-huit jours.
- MOVICOL® : 2 sachets le matin à adapter selon le transit. QSP 1 mois
- Signature

14

VALIDATION JURIDIQUE

- Le Durogésic® est un stupéfiant.
- Il doit être prescrit sur une ordonnance sécurisée établie par n'importe quel prescripteur.
- En plus des mentions figurant sur une ordonnance classique doivent apparaître en toutes lettres : la quantité prescrite, les unités thérapeutiques par prise, les doses ou les concentrations de substances.
- Délivrance fractionnée de 14 jours maximum sauf mention explicite du prescripteur.
- Il n'est possible de délivrer la totalité du traitement que si l'ordonnance est présentée dans les 3 jours suivant sa date d'établissement. Au-delà de ce délai, la délivrance sera limitée à la durée restant à courir.
- Une nouvelle prescription de stupéfiants ne peut être ni établie ni exécutée par les mêmes praticiens pendant la période déjà couverte par une précédente ordonnance prescrivant de tels médicaments, sauf si le prescripteur en décide autrement, par une mention expressément portée sur l'ordonnance.

15

ORDONNANCE SÉCURISÉ ?

- Elles sont réalisées sur du papier filigrané blanc naturel sans azurant optique, à un format dont le choix est laissé au praticien
- L'identification du prescripteur (en bleu, d'une teinte et d'une intensité donnée) est pré-imprimée
- Le numéro d'identification du lot y est inscrit
- Un carré en micro-lettres où doit être indiqué le nombre de médicaments prescrits est pré-imprimé. Seuls des éditeurs agréés par l'AFNOR (Association française de normalisation) peuvent fabriquer des ordonnances sécurisées.
- L'ordonnance doit également comporter un duplicata
- Le prescripteur peut rédiger l'ordonnance manuellement ou par ordinateur.

16

QUELS SONT LES OBJECTIFS ?

- Arrêt du CONTRAMAL® ➡ Le tramadol n'est plus suffisant
- DUROGESIC® 25 ug/h : 1 patch/3j ➡ Passage du palier II au palier III, opioïde fort, PEC des douleurs très sévères.
- MOVICOL® : 2 sachets le matin ➡ PEC des EI (constipation) liés au ttt par opioïde fort

17

REPRENONS LES POINTS CRITIQUES

18

CI PHYSIOPATHOLOGIQUE ?

- Toujours aucune CI physiopathologique

19

POSOLOGIES ?

- DUROGESIC 25 µg/h : 1 patch tous les 3 jours
- La posologie est individuelle et basée sur les traitements opioïdes antérieurs du patient et tient compte :
  - de la possibilité d'apparition d'une accoutumance,
  - de l'état général actuel, de l'état médical du patient,
  - du degré de sévérité de la maladie.

20

CONVERSION DES OPIOÏDES DE PALIER II ET III

Dénomination commune	Facteur de conversion *	Equivalence de la dose de morphine orale
Codéine	1/6	60 mg de codéine = 10 mg morphine
Tramadol oral	1/5	50 mg de tramadol = 10 mg de morphine
Dihydrocodéine	1/3	60 mg de dihydrocodéine = 20 mg de morphine
Morphine orale	1	
Morphine sous-cutanée	2	5 mg de morphine SC = 10 mg de morphine orale
Morphine intraveineuse	3	3,33 mg de morphine IV = 10 mg de morphine orale
Nalbuphine sous-cutanée	2	5 mg de nalbuphine SC = 10 mg de morphine orale
Oxycodone orale	1,5 à 2	5 mg d'oxycodone orale => 7,5 mg de morphine 10 mg de morphine => 5 mg d'oxycodone orale
Oxycodone sous-cutanée et intraveineuse	1,5 à 2	1 mg d'oxycodone SC ou IV = 2 mg de morphine orale
Hydromorphone	7,5	4 mg d'hydromorphone = 30 mg de morphine
Buprénorphine sublingual	30	0,2 mg de buprénorphine = 6 mg de morphine
Fentanyl transdermique	100 (Donner)	25µg/h de fentanyl transdermique = 600 µg/j = 60 mg de morphine orale/j
Fentanyl transmuqueux	**pas d'équianalgésie = titration obligatoire si introduction ou si changement de spécialité**	

Table pratique de conversion des opioïdes de palier II et III – CLUD 12 – Version 5

21

POSOLOGIE FENTANYL

- 50 mg de tramadol = 10 mg de morphine
- 312,5 mg de tramadol = 62,5 mg de morphine
- 25 µg/h de fentanyl transdermique = 600 µg/j = 60 mg de morphine orale/j
- La posologie du DUROGESIC® est correcte

22

POSOLOGIES ? (SUITE)

- MOVICOL® : 2 sachets le matin à adapter selon le transit

➡ Aucun problème

23

IM ?

- Pas de CI absolue
- Association déconseillée : ZALDIAR® et DUROGESIC® :
  - Majoration de la dépression centrale. L'altération de la vigilance peut rendre dangereuses la conduite de véhicules et l'utilisation de machines
  - Risque majoré de dépression respiratoire, pouvant être fatale en cas de surdosage
  - Diminution de l'effet antalgique par effet compétitif
  - Gestion : incohérence entre l'arrêt du CONTRAMAL® et la poursuite du ZALDIAR®. Nous devons appeler le médecin

24

APPEL DU MÉDECIN

- Vous :

- Bonjour, pour M. H vous avez arrêté le CONTRAMAL®, mais pas le ZALDIAR® alors qu'il existe un risque de diminution de l'effet antalgique du DUROGESIC®.

- Le médecin :

- Bien sûr, il faut arrêter aussi le ZALDIAR®, c'est un oubli.

25

QUELS SONT LES 3 POINTS D'OPTIMISATION ?

Suivi Thérapeutique (efficacité / tolérance)
Plan de prise
Conseils

26

SUIVI THÉRAPEUTIQUE EFFICACITÉ DU TRAITEMENT

- Douleur perçue ?

- Prévenir le patient de contacter son médecin si les douleurs ne sont pas contrôlées.

- Le médecin peut ajouter un traitement des douleurs paroxystiques tel que (ABSTRAL®, ACTIQ®, EFFENTORA®, INSTANYL®, PECFENT®)

- ou augmenter la posologie du traitement de fond

27

A PROPOS DE CES SPÉCIALITÉS ?

- Quels sont leurs **points communs** ?

- Elles contiennes toutes du **fentanyl**

- Elles sont **rapide d'action** (10 à 15 minutes)

28

QUELS SONT LEURS PARTICULARITÉS ?

- Le comprimé **d'ABSTRAL®** et de **RECIVIT®** doit être placé **sous la langue** (humectée si besoin avec de l'eau), le plus loin possible. Il faut le **laisser fondre** sans le sucer, le mâcher ni le croquer. Le patient ne doit ni manger ni boire avant dissolution du comprimé.

- Le comprimé d'**ACTIQ®** doit être placé contre la **face interne de la joue**, puis déplacé à l'aide de l'**applicateur** pour optimiser l'exposition de la muqueuse au produit actif. Il faut le laisser **fondre** sans le sucer, le mâcher ni le croquer.

- Le comprimé d'**EFFENTORA®** doit être placé **entre joue et gencive ou sous la langue**. Il se dissout en général en 15 à 25 minutes (s'il n'est pas entièrement dissous après 30 minutes, le patient peut avaler ce qui reste avec un peu d'eau).

- Pour les trois formes en comprimé, les patients souffrant de sécheresse buccale peuvent humidifier leur muqueuse en buvant un peu d'eau avant la prise du médicament. Il ne faut pas ouvrir la plaquette thermoformée avant d'être prêt à placer le comprimé dans la bouche.

29

QUELS SONT LEURS PARTICULARITÉS ?

- Les solutions d'**INSTANYL®** ou de **PECFENT®** sont **pulvérisées** dans une **narine**.

- Elles ont les mêmes indications que les spécialités administrées par voie transmuqueuse buccale et peuvent constituer une alternative à celles-ci, notamment lorsque leur administration pose des problèmes :

- chez les sujets ayant des **mucites** buccales ou des **lésions bucco-gingivales**, risquant d'accroître l'absorption du produit ;

- chez les patients qui ont du **mal à observer le mode d'administration du comprimé** (asthénie, vomissements, invalidité, troubles cognitifs...) et risquent de ce fait de ne pas recevoir la totalité du produit.

- En revanche, l'utilisation de ces produits est **déconseillée** en cas de **congestion nasale** traitée par un vasoconstricteur local (risque de réduction de l'absorption) et contre-indiquée en cas d'obstruction sévère des voies aériennes, d'**épistaxis** chronique ou de **radiothérapie de la face**.

30

SUIVI THÉRAPEUTIQUE TOLÉRANCE DU TRAITEMENT

Prévenir le patient des effets indésirables et des moyens de lutte :

- Constipation ➡ Prévenue par laxatifs + hydratation et alimentation adaptée (fibres)
- Nausées, vomissements ➡ Prévenir le médecin, qui peut ajouter un ttt symptomatique
- Somnolence, vertiges ➡ Prévenir le patient des risques (conduite de véhicules, chutes)

31

PLAN DE PRISE

Vos médicaments	A quoi ça sert…	Petit déjeuner	Déjeuner	Dîner	Coucher
Méthotrexate	Ttt de fond du Lupus	15 mg le vendredi			
SPECIAFOLDINE® 5 mg, comprimés	Ttt des EI du Méthotréxate	4 comprimés le samedi			
CORTANCYL® 5 mg, comprimés	Ttt de fond du Lupus	1/2 pendant le repas			
PLAQUENIL® 200 mg, comprimés	Ttt de fond du Lupus	1 après le repas		1 après le repas	
LYRICA® 50 mg, gélules	Ttt de la douleur	1 pendant le repas	1 pendant le repas	2 pendant le repas	
DUROGESIC® 25 µg/h, patch	Ttt de la douleur	1 tous les 3 jours à la même heure			
MOVICOL®, sachet	Ttt des EI du DUROGESIC®	2 après le repas			

32

CONSEILS

- Utilisation des dispositifs transdermiques
- Rappeler au patient de bien arrêter aussi le ZALDIAR®
- Prévenir le patient de ne pas arrêter brusquement son ttt par DUROGESIC®
- Rappeler de faire attention à l'automédication
- Expliquer les signes de surdosage en opioïde
- Ne pas arrêter le DUROGESIC® brusquement

33

MÉTHODE D'APPLICATION DU DISPOSITIF TRANSDERMIQUE

- Immédiatement après avoir extrait le patch du sachet et avoir **décollé** la couche antiadhésive, appliquer le dispositif transdermique sur une région **glabre** de la peau du **haut du corps** (thorax, dos, partie supérieure du bras). Pour éliminer les poils, utiliser des **ciseaux** et non pas un rasoir. Avant l'application, **laver** soigneusement la peau à l'**eau** propre (sans produits nettoyants) et la sécher parfaitement. Appliquer ensuite le dispositif transdermique en **appuyant** légèrement la paume de la main pendant environ 30 secondes, La zone cutanée sur laquelle le patch est appliqué ne doit présenter **ni microlésions** (par exemple dues à une radiothérapie ou au rasage), **ni irritation**.
- **Changer de site** à chaque application
- Il peut être porté sous la **douche**.
- Il est parfois nécessaire d'assurer une **fixation supplémentaire** du patch (sparadrap)
- Le patch ne doit pas être **jeté** à la poubelle.

34

ELIMINATION DES DISPOSITIFS

- **Retirer** le dispositif usagé de la peau.
- **Plier** immédiatement le dispositif usagé en deux, la **face collante** étant tournée vers l'intérieur.
- **Soulever** le rabat autocollant du système de récupération situé dans l'étiquette au dos du sachet.
- **Retirer** le film protecteur.
- **Placer** le dispositif usagé replié au centre de la face collante du rabat du système de récupération.
- **Refermer** le rabat autocollant.
- **Tenir** le sachet contenant le dispositif usagé **hors de la portée et de la vue des enfants** et le rapporter à la pharmacie

35

BIBLIOGRAPHIE

- HAS. Les médicaments des accès douloureux paroxystiques du cancer [en ligne] (page consultée le 23/06/2014) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/acces_douloureux_paroxystiques_-_fiche_bum.pdf
- AMELI. Règles générales de prescription des médicaments [en ligne] (page consultée le 02/09/2014) http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/prescriptions/medicaments/regles-generales-de-prescription-des-medicaments.php
- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Ordonnances sécurisées [en ligne] (page consultée le 02/09/2014) http://www.sante.gouv.fr/ordonnances-securisees.html
- MEDDISPAR. Durogesic® 25µg/h disp transderm b/5 [en ligne] (page consultée le 02/09/2014) http://www.meddispar.fr/Medicaments/DUROGESIC-25-B-5/(type)/name/(value)/durogesic/(cip)/3400934238307#nav-buttons
- CLUD 12. Table pratique de conversion des opioïdes de palier II et III [en ligne] (page consultée le 02/09/2014) http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/12_table_conversion_palier_ii_et_iii_v5-2.pdf

36

Annexe 6 : Projet de présentation sur la prévention de l'iatrogénèse

Cette première version est une ébauche destinée à être retravaillée par l'enseignant chargé de présenter ce cas aux participants au programme.

CAS CLINIQUE - PRÉVENTION DE L'IATROGÉNÈSE

Jean-Noël FAURE

1

OBJECTIFS

- Prévention des risques majeurs
- Prévention des effets indésirables des traitement anti-douleurs

2

1ER CAS

3

LE PATIENT

- M. P
- Nouveau patient de l'officine
- Pas de DP
- Eléments présents sur l'ordonnance :
  - Age : 24 ans
  - Taille : 1,78 m
  - Poids : 80 kg
- Vous le questionnez :
  - Motif de consultation : apparition d'une très forte douleur au niveau du dos suite à des exercices de musculation
  - Pas d'autre pathologie

4

L'ORDONNANCE

- CHU Grenoble, Service de traumatologie, Dr. S., N°Finess
- M. P, le 28/12/13
- **Tramadol LP 100 mg** - 1 comprimé matin et soir
- **Tramadol 50 mg** - 1 comprimé supplémentaire si douleurs, maximum 4/jour
- **Voltarene® LP 100 mg** - 1 comprimé par jour pendant une semaine. A prendre prendre pendant le repas. Arrêter si douleurs gastriques.
- **Diazepam 10 mg** au coucher 5 jours
- Arrêt musculation pendant 15 jours
- Signature

5

OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES

- Tramadol LP 100 mg - 1 comprimé matin et soir
- Tramadol 50 mg - 1 cp supplémentaire si douleurs, maximum 4/jour
- Voltarene® LP 100 mg - 1 cp/j une semaine.
- Diazepam 10 mg au coucher 5 jours

- Antalgique de palier II de **longue durée d'action**. Traitement de la douleur de fond
- Antalgique de palier II **rapide d'action**. Traitement des douleurs paroxystiques.
- Anti-inflammatoire non stéroïdien Traitement de l'inflammation et de la douleur
- Benzodiazépine. Myorelaxant et sédatif

6

QUELS SONT LES RISQUES POTENTIELLEMENT APPORTÉS PAR CE TRAITEMENT ?

7

TRAMADOL

- CI physiopathologique ?
- IM contre-indiquée ?
- IM déconseillée ?

8

TRAMADOL

CI physiopathologique	Gestion
Hypersensibilité au tramadol	Contacter le médecin pour changement de molécule (par exemple : Codéïne)
Hypersensibilité à l'un des excipients	Rechercher un générique ou une spécialité ne comprenant pas cet excipient.
Patients épileptiques non contrôlés par un traitement	Contacter le médecin pour changement de molécule (par exemple : Codéïne)
Enfant de **moins de 12 ans**	La plupart des opioïdes sont contre-indiqués chez l'enfant. La morphine sera utilisée
Grossesse	Contacter le médecin pour changement de molécule (Codéïne mieux connu)
Intoxications aiguës par l'alcool, les hypnotiques, les analgésiques, les opioïdes ou les aytres psychotropes.	Contacter le médecin pour changement de molécule (par exemple : Codéïne)

9

TRAMADOL

Utilisation déconseillée	Gestion
Insuffisance rénale ou hépatique (l'élimination du tramadol est retardée)	L'intervalle posologique devra être allongée en fonction des besoins des patients. En cas d'insuffisance rénale et/ou hépatique sévère, ce médicament n'est pas recommandé
Allaitement	Dans les 2 à 4 jours suivant l'accouchement, on peut utiliser le tramadol. Au-delà, la codéine est envisageable (CRAT)

10

TRAMADOL

IM	Gestion
CI : IMAO sélectif et non sélectif (apparition d'un syndrome sérotoninergique)	A proscrire : contacter le médecin pour changement de molécule (par exemple : Codéïne)
AD : Carbamazépine (diminution des concentrations plasmatiques de tramadol)	Contacter le médecin pour changement de molécule (par exemple : Codéïne)
AD : médicaments abaissant le seuil épileptogène (antidépresseurs, neuroleptiques, anesthésiques généraux, autres analgésiques centraux)	Contacter le médecin pour changement de molécule (par exemple : Codéïne)
AD : Antidépresseurs sérotoninergiques (risque d'apparition d'un syndrome sérotoninergique)	Contacter le médecin pour changement de molécule (par exemple : Codéïne)

11

DICLOFENAC

- CI physiopathologique ?
- IM contre-indiquée ?
- IM déconseillée ?

12

DICLOFENAC

CI physiopathologique	Gestion
Asthme et hypersensibilité à l'aspirine ou un autre AINS	Contacter le médecin pour changement de molécule (par exemple : Paracétamol)
Antécédent ou ulcère gastro-duodénal évolutif	Contacter le médecin pour changement de molécule (par exemple : Paracétamol)
Insuffisance hépatique ou rénale sévère	Contacter le médecin pour changement de molécule
Grossesse de plus de 5 mois	Contacter le médecin pour changement de molécule (par exemple : Paracétamol)

13

DICLOFENAC

IM	Gestion
CI : anticoagulants oraux (risques hémorragiques)	Contacter le médecin pour changement de molécule (par exemple : Paracétamol)
AD : autres AINS (augmentation du risque ulcérogène et hémorragique digestif)	Utiliser un seul AINS à la fois
AD : héparines (risque hémorragique par diminution de l'agrégation plaquettaire et de l'agression de la muqueuse gastro-duodénale par le Diclofenac)	Si l'association ne peut être évitée, surveillance clinique et biologique étroite)
AD : Lithium (augmentation de la lithémie par diminution de l'excrétion rénale)	Vérifier que la lithémie est surveillée et que la posologie est adaptée au cours de l'association et après l'arrêt du Diclofénac
AD : méthotrexate (diminution de la clairance rénale du méthotrexate et augmentation de la toxicité hématologique du méthotrexate)	Vérifier que la posologie est adaptée au cours de l'association et après l'arrêt du Diclofénac

14

QUELLES SONT DANS CE CAS LES QUESTIONS À POSER POUR ÉCARTER LES RISQUES ?

- Avez-vous des allergies connues ?
- Avez-vous des antécédents d'épilepsie ?
- Avez-vous d'autres traitements en cours ?
- Avez-vous des antécédents d'ulcère gastro-duodénal ?
- Avez-vous une insuffisance rénale ou hépatique connue ?

15

QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES (EI) PRÉVISIBLES AVEC CE TRAITEMENT ?

16

TRAMADOL

EI	Gestion
Sédation	La diminution des doses peut limiter cet EI
Céphalées, vertiges, sueurs	Contacter le médecin pour changement de molécule (par exemple : Codéine)
Hallucinations, confusion, troubles du sommeil, anxiété et cauchemars	Une diminution de la posologie fait disparaître ces EI
Nausées, vomissements	Arrêt du ttt et contacter le médecin pour changement de molécule (par exemple : Codéine), le médecin peut décider d'ajouter un antiémétique
Constipation	Rappel des règles hygiène-diététiques (notamment l'absorption d'un volume liquidien suffisant)

17

DICLOFENAC

EI	Gestion
Ulcération digestive	Prise au cours d'un repas. Surveillance de l'apparition d'une symptomatologie digestive. Adjonction d'un IPP.
Insuffisance rénale aiguë (l'hypovolémie favorise l'appartition d'une IR au cours d'un ttt par AINS)	Eviter la déshydratation au cours d'un ttt par AINS

18

QUELS SONT LES CONSEILS POUR ÉVITER LES EI PRÉVISIBLES ?

- Ulcération digestive => prendre le Voltarene® au milieu du repas
- Sédation, constipation => prendre le Tramadol rapide d'action seulement en cas de douleurs

19

2ÈME CAS

20

LA PATIENTE

- Mme M.
- Patiente régulière de l'officine
- 82 ans, 1m62 pour 48 kg => IMC = 18,3 kg/m²
- Antécédents médicaux : hypertension artérielle, glaucome à angle ouvert, reflux gastro-œsophagien
- Intervention chirurgicale pour pose d'une prothèse totale de hanche (droite et gauche)

21

TRAITEMENT HABITUEL

- Pradaxa® 110 mg cpr : 1 matin et soir
- Lasilix® 20 mg cpr : 1 le matin
- Triatec® 2,5 mg cpr : 1 le matin
- Kerlone® 20 mg cpr : 1 le matin
- Eupantol® 20 mg cpr : 1 le soir
- Xalatan® collyre : 1 goutte le soir dans chaque oeil
- Dafalgan codéiné® 500/30 mg cpr : 1 toutes les 6 heures en fonction des douleurs
- Forlax 10 g sachet : 1 à 2 /j si constipation

22

QUELS SONT LES RISQUES POTENTIELLEMENT APPORTÉS PAR LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR ?

23

PARACETAMOL

- CI physiopathologique ?
- IM contre-indiquée ?
- IM déconseillée ?

24

PARACETAMOL

CI physiopathologique	Gestion
Insuffisance hépatocellulaire	Contacter le médecin pour changement de molécule (par exemple : AINS)
Hypersensibilité au paracétamol	Contacter le médecin pour changement de molécule (par exemple : AINS)
Hypersensibilité aux autres constituants	Rechercher un générique ou une spécialité ne comprenant pas cet excipient

25

PARACETAMOL

- IM contre-indiquée => aucune
- IM déconseillée => aucune
- Précautions d'emploi avec anticoagulants oraux (risque d'augmentation de l'effet de l'anticoagulant oral et du risque hémorragique en cas de prise de paracétamol aux doses maximales (4 g/j) pendant au moins 4 jours. Contrôle régulier de l'INR. Adaptation éventuelle de la posologie de l'anticoagulant oral pendant le traitement par le paracétamol et après son arrêt)

26

CODÉINE

- CI physiopathologique ?
- IM contre-indiquée ?
- IM déconseillée ?

27

CODÉINE

CI physiopathologiques	Gestion
Insuffisant respiratoire (en raison de l'effet dépresseur de la codéine sur les centres respiratoires)	Le médecin jugera le rapport bénéfice / risque
Asthme	Contacter le médecin pour changement de molécule (par exemple : Tramadol)
Hypersensibilité à la codéine	Contacter le médecin pour changement de molécule (par exemple : Tramadol)
Allaitement	Une prise ponctuelle est possible, mais pas dépassant 2 à 3 jours aux doses minimal

28

CODÉINE

- IM contre indiqué => aucune

29

CODÉINE

IM déconseillé	Gestion
Agonistes-antagonistes morphiniques (diminution de l'effet antalgique par blocage compétitif des récepteurs, avec risque d'apparition d'un syndrome de sevrage)	Contacter le médecin
Alcool (majoration par l'alcool de l'effet sédatif des analgésiques morphiniques)	Éviter la prise de boissons alcoolisées ou de médicaments contenant de l'alcool
Naltrexone (risque de diminution de l'effet antalgique)	Si nécessaire, augmenter les doses du dérivé morphinique

30

Faculté de Pharmacie,
Université Joseph Fourier Grenoble I.

Serment de Galien

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

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

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

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

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

AUTEUR : Jean-Noël FAURE :

TITRE :

Élaboration d'un programme de développement professionnel continu sur la prise en charge de la douleur à l'officine.

RÉSUMÉ :

Le métier de pharmacien d'officine est en perpétuelle évolution en raison des progrès scientifiques et des changements législatifs. Afin de maintenir le niveau d'expertise obtenu au cours de la formation initiale, l'État français a créé le Développement Professionnel Continu (DPC). Dans ce cadre, nous avons élaboré un programme de DPC destiné à former les pharmaciens d'officines à la prise en charge de la douleur. Ce travail présente les différentes étapes que nous avons suivies pour réaliser ce programme. Nous avons d'abord expliqué en quoi consiste le DPC et les démarches à suivre pour s'enregistrer comme organisme de DPC. Ensuite, nous nous sommes assuré de l'attractivité de notre programme grâce aux données épidémiologiques de la douleur et une étude que nous avons conduite auprès des pharmaciens de la région Rhône-Alpes. Enfin, nous avons détaillé le contenu du programme et la manière dont il répondra aux attentes des pharmaciens d'officine.

MOTS CLÉS :

Développement professionnel continu

Formation continue

Douleur

Programme de DPC

Officine

Enquête

ADRESSE DE L'AUTEUR :

21 boulevard Gambetta 38000 Grenoble

jeannoel@famfau.fr