



HAL
open science

Obligation annuelle de Développement Professionnel Continu (DPC) : quel impact sur l'exercice pharmaceutique à l'officine ?

Adrien Truphème

► **To cite this version:**

Adrien Truphème. Obligation annuelle de Développement Professionnel Continu (DPC) : quel impact sur l'exercice pharmaceutique à l'officine ?. Sciences pharmaceutiques. 2014. dumas-01098167

HAL Id: dumas-01098167

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01098167>

Submitted on 23 Dec 2014

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

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

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/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°

Obligation annuelle de Développement Professionnel Continu (DPC) : quel impact sur l'exercice pharmaceutique à l'officine ?

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

Adrien TRUPHEME

Né le 18/01/1989 à GAP (05)

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE
GRENOBLE*

Le 17 décembre 2014

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Monsieur le Docteur Pierrick BEDOUCH

Membres :

Monsieur le Docteur Sébastien CHANOINE

Madame le Docteur Nathalie CALOP

Madame le Docteur Corinne GRASSANO

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

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Christophe RIBUOT**Vice-doyen et Directrice des Etudes : **Mme Delphine ALDEBERT****Année 2014-2015****ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE**

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

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

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

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

D2 : Département « Bases Physicochimiques du Médicament »

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

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

D5 : Département « Médicaments et Produits de Santé »

D6 : Département « Anglais »

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

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

Remerciements

A Monsieur le Docteur Pierrick BEDOUCH

Pour m'avoir fait confiance en me proposant ce sujet de thèse, m'avoir confié la réalisation de la formation et avoir accepté de présider mon jury, veuillez accepter mes remerciements et mon grand respect. Vous me faites un réel honneur.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Sébastien CHANOINE

Pour m'avoir si bien accompagné tout au long de cette thèse avec ton immense disponibilité et ta bienveillance. Tu m'as transmis tant de précieux conseils depuis mon stage hospitalier en pneumologie jusqu'à aujourd'hui. Je te dois beaucoup, merci pour tout.

A madame le Docteur Nathalie CALOP

Pour m'avoir ouvert les portes de C&J Formation avec ta gentillesse, ta disponibilité, ton écoute tout au long de la réalisation de cette thèse et m'avoir accordé toute ta confiance notamment pour les vidéos, quel souvenir ! C'est un réel plaisir de te compter aujourd'hui parmi mon jury. Un immense merci.

A madame le Docteur Corinne GRASSANO

Pour avoir accepté de participer à ce jury et pour les innombrables conseils qui m'ont permis de progresser dans mon exercice officinal. Tu as su répondre à mes nombreuses questions avec l'envie de partager ton métier que tu exerces si bien, merci.

A tous les participants à cette étude,

Pharmaciens et préparateurs en pharmacie qui ont pris le temps de répondre au questionnaire afin que cette étude voie le jour. Merci.

A toute l'équipe de la pharmacie des Trois Tours à Grenoble

Mme GARSON, Catherine, Jess, et Corinne, j'ai débuté à vos côtés, j'ai appris énormément avec vous, dans une ambiance que je n'oublierai jamais.

A mes parents Agnès et Gérard

Pour votre soutien sans faille durant toutes ces années... Vous m'avez donné la chance de réussir, j'ai réussi à la saisir.

A mon frère, ma grand mère, ma famille...

A Romain, Gaëtan, Christo, Brice...

Mes amis de longue date encore présent ce jour

A Antoine, François, Amélie, Flore-Anne, Rémi, Agathe, Claire, Pauline, Benjamin, Emre...

Merci pour tous ces moments partagés pendant mes études, et pour tous les moments qu'on partagera encore.

A Anne

Pour ta présence à mes côtés, tes relectures, ton soutien...

Et enfin, à toutes les personnes présentes à mes côtés ce 17 décembre 2014 pour partager avec moi ce moment si particulier, le dernier pas vers ma vie professionnelle...

*« La suprême récompense du travail n'est pas ce qu'il vous permet de gagner,
mais ce qu'il vous permet de devenir. »*

John Ruskin

*« Choisissez un travail que vous aimez et vous n'aurez pas à travailler un seul
jour de votre vie. »*

Confucius

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| 1^{ERE} PARTIE : INTRODUCTION GENERALE | 13 |
| I. CONTEXTE | 13 |
| II. LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC) | 14 |
| 2.1 DEFINITION..... | 14 |
| 2.2 HISTORIQUE..... | 15 |
| 2.3 FINANCEMENT | 16 |
| 2.4 ORGANISATION DU DPC : STRUCTURES ET ROLES | 17 |
| 2.5 LES DIFFERENTES METHODES DE DPC | 17 |
| 2.5.1 <i>Présentiel et E-learning : avantages et inconvénients</i> | 19 |
| 2.5.2 <i>Le E-learning comme moyen d'apprentissage: revue de littérature</i> | 21 |
| III. L'EXERCICE PHARMACEUTIQUE A L'OFFICINE | 24 |
| 3.1 EVOLUTION DU METIER DU PHARMACIEN A L'OFFICINE..... | 24 |
| 3.2 LES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES : DEFINITION ET OBJECTIFS..... | 25 |
| 3.3 INTERET DU DPC DANS L'EXERCICE PHARMACEUTIQUE A L'OFFICINE | 26 |
| IV. ELABORATION D'UNE FORMATION ASTHME/BPCO DESTINEE AUX PHARMACIENS D'OFFICINE | 27 |
| 4.1 ASTHME ET BPCO : UN SUJET D'ACTUALITE | 27 |
| 4.1.1 <i>Définition</i> | 27 |
| 4.1.2 <i>Contexte et enjeux économiques</i> | 28 |
| 4.2 ROLE DU PHARMACIEN DANS LE SUIVI DES PATIENTS ATTEINTS D'ASTHME OU DE BPCO | 29 |
| 4.2.1 <i>Adhérence des patients</i> | 29 |
| 4.2.2 <i>Les dispositifs d'inhalation</i> | 30 |
| 4.2.3 <i>L'entretien pharmaceutique en pratique</i> | 31 |
| 4.3 ELABORATION DU PROGRAMME DE FORMATION | 32 |
| 4.3.1 <i>Structure de diffusion : C&J Formation</i> | 32 |
| 4.3.2 <i>Présentation de la plateforme numérique</i> | 33 |
| 4.4 STRUCTURE ET CONTENU DE LA FORMATION | 36 |
| 4.4.1. <i>Les étapes de la formation</i> | 36 |
| 4.4.2. <i>Structure générale des thématiques</i> | 38 |
| 4.4.3 <i>Contenu de la formation « Quez'O₂ » : thématiques abordées</i> | 39 |

| | |
|--|-----------|
| 2^{EME} PARTIE : ARTICLE..... | 41 |
| RESUME..... | 41 |
| I. INTRODUCTION | 42 |
| II. POPULATION ET METHODE..... | 43 |
| 2.1 POPULATION D'ETUDE | 43 |
| 2.2 PROGRAMME DE DPC ASTHME/BPCO EN E-LEARNING | 43 |
| 2.3 METHODE | 45 |
| 2.4 ANALYSE STATISTIQUE..... | 46 |
| III. RESULTATS | 47 |
| 3.1 POPULATION D'ETUDE | 47 |
| 3.2 LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU | 49 |
| 3.3 LE PROGRAMME DE DPC ASTHME/BPCO | 50 |
| 3.4 LES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES | 52 |
| 3.5 IMPACT DU PROGRAMME DE FORMATION SUR L'EXERCICE PHARMACEUTIQUE | 53 |
| IV. DISCUSSION | 58 |
| V. CONCLUSION | 63 |
| 3^{EME} PARTIE : DISCUSSION GENERALE..... | 64 |
| | |
| CONCLUSION DE LA THESE | 67 |
| BIBLIOGRAPHIE | 69 |
| ANNEXES..... | 77 |

Table des figures

| | |
|---|----|
| Figure 1. Structure générale du DPC (5)..... | 15 |
| Figure 2. Points communs et différences entre l’asthme et la BPCO (39)..... | 28 |
| Figure 3. Page d’accueil de C&J Formation (39)..... | 34 |
| Figure 4. Programmes disponibles sur C&J Formation (39)..... | 34 |
| Figure 5. Etapes de formation et outils d’apprentissage de C&J Formation (39). | 35 |
| Figure 6. Thématiques de l’étape 1 du « Quez’O ₂ » et questionnaire de validation (39)..... | 35 |
| Figure 7. Thématiques de l’étape 2 du « Quez’O ₂ » et questionnaire de validation (39)..... | 36 |
| Figure 8. Les étapes de la formation « Quez’O ₂ » de C&J Formation (39). | 37 |
| Figure 9. Etapes et thématiques du programme de DPC « Quez’O ₂ » (39). | 44 |
| Figure 10. Population d’étude pour l’évaluation de l’impact du programme de formation « Quez’O ₂ ». | 47 |
| Figure 11. Satisfaction des participants répondant au questionnaire de satisfaction et d’impact (QSI) concernant l’intérêt, la clarté, la durée et le format E-learning du programme de DPC Asthme/BPCO (n=35). | 51 |
| Figure 12. Points forts et points d’amélioration du programme de DPC Asthme/BPCO selon les participants répondant au questionnaire de satisfaction et d’impact (QSI) (n=35). | 52 |
| Figure 13. Utilité du programme de DPC concernant l’exercice pharmaceutique et la mise en place des entretiens pharmaceutiques à l’officine selon les pharmaciens répondant au questionnaire de satisfaction et d’impact (QSI) (n=30)..... | 54 |

Table des tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau I. Forfait de prise en charge du DPC pharmacien 2014 (13)..... | 16 |
| Tableau II. Approche pédagogique ou cognitive (18)..... | 18 |
| Tableau III. Analyse des pratiques (18)..... | 18 |
| Tableau IV. Thématiques et objectifs abordés dans le programme « Quez'O ₂ »..... | 39 |
| Tableau V. Données sociodémographiques de la population répondant au questionnaire de satisfaction et d'impact (QSI)..... | 48 |
| Tableau VI. Le développement professionnel continu : motivation, fréquence et formats utilisés dans la population répondant au questionnaire de satisfaction et d'impact (QSI)..... | 50 |
| Tableau VII. Les entretiens pharmaceutiques : formation, réalisation, avantages et inconvénients selon les pharmaciens répondant au questionnaire de satisfaction et d'impact (QSI)..... | 53 |
| Tableau VIII. Impact ressenti de la formation « Quez'O ₂ » sur l'exercice pharmaceutique à l'officine selon les pharmaciens répondant au questionnaire de satisfaction et d'impact (QSI) (n=30)..... | 54 |
| Tableau IX. Résultats des questionnaires d'évaluation des connaissances (QEC) pré et post-thématiques pour tous les participants ayant réalisé au moins un module de formation..... | 55 |
| Tableau X. Résultats des questionnaires d'évaluation des connaissances (QEC) pré et post-thématiques pour tous les participants ayant réalisé au moins un module de formation et répondu une seule fois au questionnaire pré-thématique (analyse de sensibilité)..... | 56 |
| Tableau XI. Résultats du questionnaire d'analyse des pratiques (QAP) pour tous les pharmaciens ayant réalisé les étapes 1 et 3 du programme de formation Asthme/BPCO..... | 57 |

Table des annexes

| | |
|---|-----|
| Annexe 1. Le test de contrôle de l'Asthme..... | 78 |
| Annexe 2. Scénarios des vidéos de démonstration des dispositifs d'inhalation de la formation « Quez'O ₂ »..... | 79 |
| Annexe 3. Questionnaire de satisfaction et d'impact (QSI) mis en ligne sur la plateforme Spiral Connect..... | 89 |
| Annexe 4. Questionnaire d'évaluation des connaissances (QEC) soumis aux adhérents de C&J Formation en pré et post-thématiques..... | 99 |
| Annexe 5. Résultats détaillés de chaque thématique..... | 108 |

Abréviations

ACO : Anticoagulants oraux

ACT : Asthma control test

AVC : Accident vasculaire cérébral

AVK : Anti vitamine K

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

CSI : Commission scientifique indépendante

DEP : Débit expiratoire de pointe

DP : Dossier pharmaceutique

DPC : Développement professionnel continu

EFR : Exploration fonctionnelle respiratoire

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

FOAD : Formation ouverte et à distance

HAS : Haute autorité de santé

HPST : Hôpital, patients, santé et territoires

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

ODPC : Organisme de développement professionnel continu

OGDPC : Organisme gestionnaire du développement professionnel continu

OMS : Organisation mondiale de la santé

QAP : Questionnaire d'analyse des pratiques

QCM : Question à choix multiples

QEC : Questionnaire d'évaluation des connaissances

QSI : Questionnaire de satisfaction et d'impact

I. Contexte

Le pharmacien est le garant de la sécurité, la qualité et le bon usage des médicaments en France. Il a un devoir de conseil envers le patient et engage sa responsabilité à chaque délivrance, avec ou sans ordonnance, ce qui fait de lui un acteur majeur de santé publique.

Dans ce contexte, la mise en place récente du développement professionnel continu (DPC) permet une actualisation continue des connaissances des pharmaciens afin de garantir la bonne exécution de l'exercice officinal. Le DPC est une obligation pour tous les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, etc.), qui s'inscrit dans le contexte de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009.

Dans le cadre de la formation continue des pharmaciens, le DPC est particulièrement centré sur les pathologies chroniques, étant donné leur impact sur la santé publique. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies chroniques représentent la première cause de mortalité (63% des décès dans le monde) (1). Parmi les maladies chroniques on peut citer le cancer, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), le diabète, les cardiopathies ou encore les maladies respiratoires chroniques (asthme et broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)).

Après les anticoagulants, l'asthme, qui représente l'une des deux principales maladies respiratoires chroniques, va prochainement bénéficier d'un suivi pharmaceutique particulier avec la mise en place d'entretiens pharmaceutiques dédiés à cette pathologie. L'asthme constitue un enjeu majeur de santé publique, en raison de la prévalence élevée en France et dans le monde, des conséquences importantes sur la qualité de vie des patients atteints et des coûts directs et indirects associés à ces pathologies.

L'objectif de cette thèse est d'évaluer l'impact de l'obligation annuelle de DPC sur les connaissances et les pratiques professionnelles pharmaceutiques en officine. L'accent sera porté sur le E-learning, nouveau format de DPC en pleine expansion, dont l'impact sur la formation continue n'a jamais été étudié en France.

Dans la première partie de ce document, nous aborderons le DPC et plus particulièrement ses objectifs, son organisation et les différentes méthodes de formation disponibles. Puis nous présenterons l'exercice pharmaceutique et ses évolutions récentes avec notamment la mise en place des entretiens pharmaceutiques, évolution majeure du métier de pharmacien. Enfin nous étudierons le modèle du E-learning avec la création d'un programme de DPC Asthme/BPCO. Cette formation sera la base de l'étude d'impact réalisée en deuxième partie de ce document. La troisième et dernière partie abordera l'aspect économique du dispositif de DPC et les problématiques soulevées en cette fin d'année 2014.

II. Le développement professionnel continu (DPC)

2.1 Définition

Le DPC est une formation continue des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, etc.) visant à améliorer constamment la qualité et la sécurité des soins en France (2). Ses objectifs sont multiples avec en premier lieu le perfectionnement et la mise à jour des connaissances, suivant ainsi les innovations constantes dans le domaine de la santé. Il doit également prendre en compte les priorités de santé publique en insistant sur les pathologies chroniques qui influent fortement sur la qualité de vie des patients, ainsi que sur les dépenses de santé. La maîtrise de ces dépenses est donc un objectif inclus dans les programmes de DPC. Enfin, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) permet de garantir les bonnes pratiques et méthodes des pharmaciens dans leur exercice quotidien. Le DPC s'applique à tous les pharmaciens, quel que soit leur secteur d'activité. Tout manquement à cette obligation annuelle est susceptible de constituer un cas d'insuffisance professionnelle débouchant sur une procédure de suspension du droit d'exercer (3).

Tous les programmes de DPC doivent être composés de deux temps articulés entre eux explicitement, un temps d'analyse des pratiques professionnelles et un temps d'acquisition ou de perfectionnement des connaissances (4). Un suivi des actions d'amélioration entreprises par le professionnel de santé permet de mettre en lumière l'évolution des pratiques professionnelles après la formation. La figure 1 résume la structure que doit adopter un programme de DPC. Les flèches entre les différents temps de formation sont à double sens montrant bien la démarche individuelle que doit prendre la formation continue, sans ordre chronologique, ni obligation de structure précise.

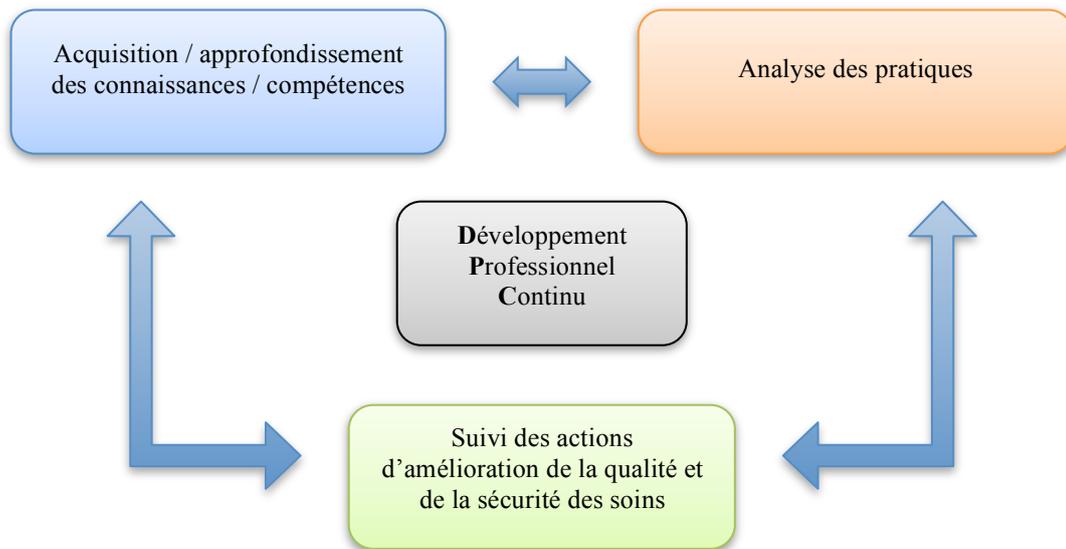


Figure 1. Structure générale du DPC (5).

Les instances ordinales sont les garantes du respect du DPC par leurs adhérents. Elles accompagnent les pharmaciens dans leurs démarches de formation et contrôlent le respect de l'obligation annuelle de DPC par le biais des attestations de formation fournies par les organismes de DPC (ODPC). Ce contrôle doit être effectué au moins tous les cinq ans. Etant donné la forte proportion de salariés dans les professions pharmaceutiques (dans les secteurs privé et public), la loi indique que toutes les dispositions doivent être prises par les employeurs pour permettre à leurs salariés de respecter cette obligation. Celle-ci s'applique également aux préparateurs en pharmacie selon les mêmes modalités (6). L'obligation de DPC relève de la responsabilité du pharmacien titulaire qui est tenu d'organiser et de contrôler lui-même le suivi régulier des formations de son équipe.

2.2 Historique

L'obligation de formation a été instituée pour les pharmaciens par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (7). Puis est paru en 2006 un décret concernant l'obligation de formation continue dans le domaine pharmaceutique (décret n°2006-651 du 2 juin 2006) (8).

Le DPC a été introduit à l'article 59 de la loi HPST du 21 Juillet 2009 (9). Les décrets d'application ont suivi, avec parmi eux le décret n°2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des pharmaciens (10).

La loi précise les objectifs du DPC, le public concerné (pharmaciens, préparateurs en pharmacie, etc.), l'organisme en charge de sa gestion financière et organisationnelle pour les professions libérales, la responsabilité des employeurs ainsi que les modalités de contrôle par les instances ordinales du respect de cette obligation. Elle structure la formation continue et intègre dans la même unité l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Selon la Haute autorité de santé (HAS), l'EPP permet « *d'évaluer les pratiques professionnelles réelles, de les comparer à une pratique attendue (par exemple décrite dans les recommandations professionnelles) et de mettre en œuvre des actions d'amélioration visant à faire converger la pratique réelle vers la pratique de référence attendue* » (11).

2.3 Financement

Le financement du DPC provient majoritairement des employeurs et établissements de santé, mais aussi de l'Etat, de l'Assurance maladie (qui finançait déjà la formation continue auparavant), et d'une partie de la taxe majorée sur l'industrie des produits de santé. Il est attribué à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC) qui finance le DPC des professionnels de santé (12). Ainsi, l'OGDPC met en place des forfaits comprenant à la fois le paiement de la formation et, pour les pharmaciens titulaires, une indemnisation de participation à l'intégralité d'un programme de DPC, destinée à couvrir les pertes de ressources. Le montant du forfait est établi chaque année en fonction de la profession et du format de formation suivi (Tableau I).

Tableau I. Forfait de prise en charge du DPC pharmacien 2014 (13).

| Programme présentiel ou mixte | Programme non présentiel (E-learning) |
|---|--|
| Forfait de base de l'ODPC par participant et par programme = 135€ | Forfait de l'ODPC par étape et par participant = 113,70€ |
| Forfait de l'ODPC par ½ journée et par participant = 138,70€ | |
| Indemnisation du pharmacien par ½ journée = 165€ | Indemnisation du pharmacien pour l'intégralité du programme = 330€ |
| Seuil et plafond : Minimum une ½ journée et maximum quatre ½ journées | Seuil et plafond : Minimum 3 étapes et maximum 7 étapes |
| La prise en charge maximale par programme et par participant est donc de 1350 € | |

ODPC : organisme de développement professionnel continu

2.4 Organisation du DPC : structures et rôles

L'organisation du DPC est partagée entre trois structures : l'OGDPC, les commissions scientifiques indépendantes (CSI) et les ODPC (14).

L'OGDPC est l'instance gestionnaire du DPC, créée le 1^{er} Juillet 2012. C'est un groupe d'intérêt public composé paritairement de l'Etat et de l'Assurance maladie (15). Ses rôles sont multiples : assurer la maîtrise d'ouvrage du dispositif, enregistrer et contrôler les ODPC, financer le DPC pour les professionnels de santé libéraux et pour ceux travaillant en centre de santé dans le cadre de forfaits individuels, et organiser l'information sur le dispositif.

Les CSI ont pour mission d'évaluer les ODPC avant leur enregistrement par l'OGDPC. Pour ce faire, elles se basent sur différents critères pédagogiques et méthodologiques, sur la qualité et les références des intervenants et sur l'indépendance financière des organismes, en particulier vis-à-vis des industries de la santé. Une autre mission des CSI est de donner un avis sur les orientations et les méthodes de DPC. Enfin, les CSI établissent la liste des diplômes universitaires et interuniversitaires permettant de valider un DPC. La CSI des pharmaciens a été mise en place le 10 juillet 2012 à l'issue d'une réunion de l'OGDPC (16).

Les ODPC réalisent et diffusent les programmes de DPC. La liste des ODPC habilités à dispenser des programmes de DPC est disponible sur le site de l'OGDPC (<https://www.ogdpc.fr/ogdpc/organismes>) (17). Un organisme non évalué positivement ne pourra pas émettre d'attestation de validation de DPC nécessaire aux professionnels de santé pour satisfaire à l'obligation annuelle de formation continue.

2.5 Les différentes méthodes de DPC

Selon le Collège de la HAS, les méthodes de DPC sont regroupées en 6 grandes approches qui devront être utilisées par les ODPC pour construire leurs programmes (4) : cognitive ou pédagogique, analyse des pratiques, intégrée à l'exercice professionnel, simulation, dispositifs spécifiques, enseignement et recherche. Les deux principales approches utilisées pour les pharmaciens d'officine sont l'approche à dominance cognitive ou pédagogique (formation en groupe ou individuelle) et l'approche à dominance d'analyse des pratiques (analyse de cas, indicateurs, etc.).

Les parties cognitive et analyse des pratiques peuvent prendre différentes formes selon l'ODPC (Tableaux II et III).

Tableau II. Approche pédagogique ou cognitive (18).

| Approche pédagogique ou cognitive | Méthodes de DPC | |
|--|--|---|
| Formation en groupe | <ul style="list-style-type: none"> • Présentiel : congrès, ateliers, etc. • Revue bibliographique et analyse d'articles | En complément d'une partie d'analyse des pratiques qui peut être intégrée à la partie cognitive ou externalisée et articulée avec elle. |
| Formation individuelle | <ul style="list-style-type: none"> • A distance : E-learning, supports écrits et numériques... • Formations diplômantes ou validantes | |

Tableau III. Analyse des pratiques (18).

| Analyse des pratiques | Méthode de DPC | |
|--|--|---|
| Gestion des risques | <ul style="list-style-type: none"> • Revue de mortalité et morbidité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), revue des erreurs médicamenteuses (REMED) • Analyse à priori des risques | En complément d'une partie d'acquisition des connaissances/compétences qui peut être intégrée à la partie analyse des pratiques ou externalisée et articulée avec elle. |
| Revue de dossiers et analyse de cas | <ul style="list-style-type: none"> • Groupe d'analyse de pratiques, staff d'équipe... • Réunion de concertation pluridisciplinaire • Revue de pertinence | |
| Indicateurs | <ul style="list-style-type: none"> • Suivi d'indicateurs • Registre, base de données... • Audit clinique | |
| Analyse des parcours de soins | <ul style="list-style-type: none"> • Chemin clinique • Patients traceurs | |
| Analyse de parcours professionnels | <ul style="list-style-type: none"> • Bilan de compétences | |

Les méthodes présentielle et E-learning sont les deux approches principalement proposées par les ODPC dans le cadre du DPC. Ces deux formats seront présentés et comparés par la suite.

Il convient de noter une troisième méthode également très présente : le format mixte. Il regroupe en son sein une partie présentielle (généralement la partie d'acquisition des connaissances et compétences) et une partie E-learning (généralement les parties d'analyse des pratiques professionnelles et validation des étapes de la formation). Le format mixte permet de tirer avantage des formats E-learning et présentiel, en proposant une alternative au « tout ou rien ».

2.5.1 Présentiel et E-learning : avantages et inconvénients

Le présentiel est présenté comme le format de DPC le plus classique. Il nécessite un déplacement du professionnel dans un lieu d'échange (structure de formation, salle de réunion, congrès, etc.). La formation est donnée par un formateur qualifié pour un groupe de pharmaciens ou préparateurs en pharmacie. Ce format permet une interaction directe avec les formateurs et les autres professionnels : apprentissage et partage d'acquis et d'expériences. Il permet également de pallier le déficit d'autonomie d'apprentissage de certains apprenants qui peut constituer un obstacle important à la poursuite d'une formation à distance. Les contraintes géographiques, horaires et économiques liées aux déplacements nécessaires sont les principales limites de cette forme de DPC.

Le E-learning, aussi nommé formation en ligne, fait partie des formations ouvertes et à distance (FOAD). La FOAD est un mode d'enseignement qui rompt avec les unités de temps et de lieu, s'appuyant sur les technologies numériques. Le terme « ouverte » désigne la souplesse et l'individualisation de la formation (19). Le E-learning est un outil des FOAD dont l'apprentissage se fonde plus précisément sur l'utilisation des nouvelles technologies multimédia de l'internet. Le E-learning s'est développé dans le DPC en parallèle de l'obligation de formation continue et d'EPP. Dans le cadre de la formation continue, il permet à la fois l'apprentissage sur un thème précis de santé mais aussi la validation officielle de cette formation. Ce type de formation est nouveau sur le marché ; il est en théorie plus adapté au quotidien du pharmacien d'officine qui a des contraintes présentielles au sein de sa structure (disponibilité horaire limitée) et qui parfois est isolé (déplacement important pour se rendre aux formations présentielles). Ce format de DPC permet d'acquérir des connaissances quand et où l'on veut grâce à sa configuration entièrement dématérialisée et délocalisée par le

biais d'une plateforme numérique. L'utilisateur a également la possibilité, si nécessaire, de fractionner sur un temps donné cet apprentissage. Nous sommes ainsi dans le cas d'une formation asynchrone sans aucune contrainte temporelle ou géographique (20). L'utilisateur a donc avec le E-learning un contrôle sur le contenu, sur le rythme d'apprentissage, sur l'utilisation de certains outils. Chaque utilisateur peut appréhender la formation selon ses objectifs et moyens personnels. De plus, le E-learning ouvre les portes à toutes sortes de contenus numériques ludiques et interactifs (animations, vidéos, supports audio, documents de référence, etc.) ainsi qu'à des moyens d'apprentissage collaboratifs favorisant les interactions entre les utilisateurs (outils de communication performants). L'objectif de ces contenus est de rendre la formation plus attrayante, suscitant l'intérêt des apprenants.

Le développement de ce nouveau type de formation est donc logique car il correspond aux attentes théoriques des utilisateurs. Toutefois, il n'est pas sans poser des questions quant à sa réelle efficacité et son appréciation par les utilisateurs. Plusieurs limites peuvent être décrites concernant le contrôle de l'apprenant sur les différents aspects de la formation :

- **Le temps et le lieu** : cet aspect permet certes à l'utilisateur de travailler à son rythme et dans les plages horaires qu'il souhaite, mais il peut aussi engendrer des inconvénients du fait de l'absence d'objectifs de temps ou de résultats, de contact direct avec les formateurs ou les autres apprenants, d'un manque d'autonomie d'apprentissage pourtant indispensable avec ce type de format à distance, inconvénients qui peuvent conduire à des abandons de la formation par démotivation.
- **Le contenu** : L'apprenant peut avoir un contrôle sur le contenu de sa formation. Il faut cependant qu'il puisse identifier les objectifs et résultats attendus des formations disponibles, et qu'il dispose des moyens nécessaires (outils, formations adéquates, etc.) pour y parvenir.
- **Les outils numériques** : Un accès à de nombreux outils de formation (communication, contenus interactifs, etc.) fait partie intégrante du E-learning. Toutefois si l'apprenant est insuffisamment formé à leur utilisation, ils ne pourront pas être exploités pleinement, ce qui constitue un frein à l'apprentissage.

Proposer du E-learning exige donc une prise en considération de tous ces aspects par les équipes pédagogiques. Cela nécessite par exemple de fournir des outils de communication performants pour rompre la solitude de l'apprenant, de donner des objectifs de résultats et des délais clairs, de permettre une souplesse et une modularité dans le parcours d'apprentissage et, en préalable, de former les apprenants à l'utilisation de la plateforme numérique.

Dans le cadre de notre étude, nous avons fait le choix d'utiliser le E-learning comme format de DPC. En effet, le E-learning semble théoriquement apporter de nombreux avantages à l'utilisateur mais est-il efficace dans la réalité en termes d'amélioration des connaissances et des compétences du professionnel de santé ? Satisfait-il les utilisateurs ? Ces questionnements sont justifiés par le développement récent du E-learning et la multiplication des organismes proposant ce type de format pour leurs programmes de DPC.

2.5.2 Le E-learning comme moyen d'apprentissage: revue de littérature

Le E-learning comme moyen d'apprentissage a été largement étudié dans la littérature. La performance de cette méthode d'apprentissage semble équivalente au présentiel comme le souligne une méta-analyse de la littérature anglo-saxonne (21). Sur 30 études, 20 montrent en effet une efficacité similaire entre E-learning et présentiel et 7 une efficacité supérieure du E-learning. L'efficacité des méthodes d'apprentissage est jugée sur les résultats aux examens ou aux tests des participants à une formation. Toutefois, cette méta-analyse met en évidence que d'autres critères comme le taux d'abandon ou la satisfaction ne sont pas favorables au E-learning. Ainsi, sur 14 études jugeant de la satisfaction des utilisateurs, 6 montrent une équivalence entre E-learning et présentiel et 6 une supériorité en présentiel. En ce qui concerne les abandons, sur 10 études, 5 montrent une similitude entre les deux formats et 4 un taux d'abandon supérieur en ce qui concerne le E-learning. Le biais principal de ces études provient du caractère très protéiforme du E-learning, qui rend difficile la généralisation des résultats pour ce format d'apprentissage. La performance du format serait en réalité la résultante d'un ensemble de facteurs : technique, méthode pédagogique employée, performance du formateur, etc.

Dans le domaine médical le E-learning est aussi très présent et les conclusions sont similaires. Des études montrent que le E-learning est un moyen d'apprentissage efficace et comparable

aux méthodes traditionnelles (22–24). De plus, le E-learning bénéficie d'une bonne satisfaction des apprenants dans son utilisation (25).

Dans le cadre de ce document et de l'examen de l'impact du E-learning dans le domaine pharmaceutique, nous regarderons plus précisément les études relatives au E-learning incluant les pharmaciens ou étudiants en pharmacie. Plusieurs études ont analysé la performance de ce format (efficacité d'apprentissage, amélioration des connaissances et compétences) ainsi que la comparaison avec le format présentiel et la satisfaction des utilisateurs. Ainsi l'efficacité du E-learning dans l'enseignement de la pharmacie a été montrée aussi bien pour les étudiants que les professionnels en formation continue (26). Dans cette revue systématique de la littérature, sur 11 études évaluant les changements de connaissances, toutes ont montré une amélioration significative des connaissances après la formation E-learning. Toutefois de grandes disparités quant à l'ampleur de cette amélioration (7 à 46%) sont aussi observées. Le E-learning est montré comme aussi efficace que le mode présentiel. L'efficacité du E-learning est confirmée par l'étude de Morris et Knoderer sur l'amélioration et la facilitation d'apprentissage des étudiants en pharmacie concernant la pharmacie pédiatrique (27). En effet, une évaluation avant et après chaque module de la formation a été mise en place, et les scores montrent une amélioration significative pour quasi tous les modules, notamment le module « drug information » passant de $63,5 \pm 18,7$ à $96,5 \pm 6,7$ ($p < 0,001$). De même, une étude basée sur une formation E-learning concernant les pathologies rénales note une amélioration du score de connaissances de 22% (IC : 95%) et de compétences de 24% (IC : 95%) à court terme (28). Par ailleurs, le format E-learning est tout à fait accepté par les pharmaciens et est un moyen viable de développer les formations continues (29). Dans cette étude de 2014, 91% des participants ont déclaré avoir apprécié la formation et 92% considéraient que la E-formation était efficace dans leur apprentissage.

L'efficacité des formats E-learning et présentiel concernant l'apprentissage de connaissances techniques semble équivalente comme l'illustre une étude comparant deux groupes d'étudiants suivant chacun un format de formation sur le sujet de la manipulation des inhalateurs-doseurs (30). Les résultats ne montrent pas de différence significative entre les tests de connaissances des techniques de manipulation du groupe E-learning et du groupe traditionnel ($p = 0,38$). En outre, les deux groupes avaient des résultats significativement différents par rapport au groupe contrôle qui n'avait reçu aucune formation ($p < 0,001$).

Certaines études vont même plus loin en comparant différents formats de E-learning entre eux. L'étude de Buxton compare la formation à distance synchrone, c'est-à-dire réalisée en temps réel, avec la forme asynchrone, c'est-à-dire sans contrainte de temps (20). L'auteur conclut que les deux modes d'apprentissage sont satisfaisants pour l'utilisateur ; toutefois la possibilité d'avoir un contrôle sur le calendrier avec la forme asynchrone apporte une supériorité de satisfaction. Le contrôle temporel et spatial est donc un critère important pour l'utilisateur de E-learning.

Ces résultats plébiscitant le E-learning sont néanmoins à relativiser au vu d'une étude réalisée avec des étudiants en troisième année de pharmacie soumis à un cours à distance (31). La plupart de ces étudiants (55%) était d'accord ou tout à fait d'accord sur le fait qu'il est plus difficile de comprendre le contenu du cours avec des conférences sur le web qu'avec des cours traditionnels. Seulement 19% des sondés estimaient que le E-learning pourrait remplacer les cours traditionnels. Ce cours à distance a été réalisé par des professeurs sans formation antérieure concernant la méthodologie d'un cours E-learning, ce qui a pu être un frein à l'appréciation générale. Cependant les étudiants ont apprécié en majorité (83%) la flexibilité horaire et spatiale découlant de ce format.

En résumé, le E-learning est un moyen de formation efficace en termes d'amélioration des connaissances et des compétences des pharmaciens. De plus, il satisfait pleinement l'utilisateur à condition qu'il soit correctement réalisé. En France, en mai 2014, la HAS a proposé une méthodologie pour la réalisation de E-learning dans le cadre du DPC afin de structurer le développement de ce mode de formation (32). A notre connaissance, aucune étude n'a encore été réalisée en France concernant l'impact du DPC sous format E-learning sur les pratiques professionnelles à l'officine.

III. L'exercice pharmaceutique à l'officine

3.1 Evolution du métier du pharmacien à l'officine

A l'origine les missions du pharmacien d'officine sont principalement :

- **La dispensation** des médicaments sur ordonnance médicale comprenant l'analyse réglementaire et pharmaceutique de l'ordonnance, et s'accompagnant d'informations et de conseils concernant le bon usage des médicaments. De plus, le pharmacien s'assure de la bonne compréhension du traitement par le patient et propose la mise en place du dossier pharmaceutique (DP) afin d'assurer un suivi.
- **Le conseil** du patient en ce qui concerne les médicaments sans ordonnance (automédication), le petit appareillage ou la parapharmacie. La pharmacie étant un espace ouvert et sans rendez-vous avec des professionnels de santé disponibles, le conseil regroupe aussi la prise en charge des maux du quotidien ou, le cas échéant, l'orientation dans le parcours de soins. Le conseil officinal représente une part importante du référentiel métier du pharmacien d'officine : 45% des Français se sont déjà rendus dans une officine sans intention d'achat afin d'obtenir des conseils du pharmacien au sujet d'un problème de santé (33).
- La participation au bon **fonctionnement des dispositifs de sécurité sanitaire**, le pharmacien étant directement au contact des patients et le dernier maillon de la chaîne de distribution des produits de santé (pharmacovigilance, alertes sanitaires, etc.).
- **La réalisation de préparations** officinales ou magistrales, avec principalement des adaptations galéniques ou posologiques destinées à des populations particulières (pédiatriques, gériatriques, etc.).

Outre le DPC, la loi HPST a instauré une évolution dans le métier de pharmacien d'officine en lui offrant la possibilité d'exercer des missions de santé publique visant à améliorer la prise en charge des patients. Le métier de pharmacien est ainsi valorisé. Certaines missions étaient déjà présentes en officine avant l'application de la loi, toutefois ce texte permet de les structurer et de garantir une homogénéité dans l'exercice officinal. Ces nouvelles missions font ainsi leur apparition dans le budget de la sécurité sociale.

Parmi les nouvelles missions du pharmacien, l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques et la mise en place des éducations thérapeutiques constituent une des principales évolutions (34). Ce suivi pharmaceutique introduit un nouveau mode de rémunération au pharmacien d'officine, non lié au nombre de boîtes dispensées (40 euros par an et par patient).

3.2 Les entretiens pharmaceutiques : définition et objectifs

Les patients sous anticoagulants oraux (ACO) ont été les premiers à bénéficier d'un suivi par un entretien pharmaceutique étant donné le risque d'accidents iatrogéniques majeurs avec cette classe thérapeutique. Les ACO représentent en effet la première cause d'accidents iatrogènes graves en France avec, en 2009, 31 % des événements indésirables graves rapportés liés au médicament (35). L'avenant 1 à la convention collective du 10 janvier 2013 a ainsi inauguré les entretiens pharmaceutiques en officine, approuvé par l'arrêté du 24 juin 2013 (36).

Selon la définition de l'OMS-Europe de 1998, « *L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.* » C'est une amélioration de la prise en charge globale du patient, centrée sur celui-ci et intégrée à la démarche de soins.

D'après la HAS, la finalité de l'éducation thérapeutique du patient est l'acquisition et le maintien par le patient de **compétences d'auto-soins** en lien avec la prise en charge de sa pathologie chronique (savoir soulager rapidement les symptômes, savoir adapter les doses des traitements en fonction des évolutions, prévenir les complications en évitant les situations à risques, etc.) et la mobilisation ou l'acquisition de **compétences d'adaptation** (maîtrise de soi, apprentissage de la prise de décision, fixation des objectifs, etc.) (37).

Pour le pharmacien, l'entretien pharmaceutique doit permettre (34) :

- « - de renforcer ses rôles de conseil, d'éducation et de prévention auprès des patients,
- de valoriser son expertise sur le médicament,
- d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement,
- de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement,
- d'évaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement. »

L'entretien pharmaceutique englobe donc à la fois des notions d'éducation thérapeutique mais aussi des notions d'évaluation et d'expertise par le pharmacien.

Favoriser l'accompagnement des pathologies chroniques, et plus particulièrement des patients asthmatiques, était aussi un objectif initial. La signature de l'avenant correspondant a eu lieu le 21 mai 2014, l'entrée en vigueur sera effective dès la parution au journal officiel.

3.3 Intérêt du DPC dans l'exercice pharmaceutique à l'officine

Comme nous l'avons abordé précédemment, le DPC concerne, en l'état actuel, les pathologies chroniques. En effet, ces pathologies sont par définition de longue durée, évolutives, nécessitant donc un suivi au long cours pour une bonne prise en charge.

La prise en charge en officine des patients atteints de pathologies chroniques impose une mise à disposition des professionnels de santé de données sur la physiopathologie, sur les recommandations de prise en charge, sur les thérapeutiques ainsi que des outils nécessaires au bon déroulement des entretiens thérapeutiques. Ceci d'autant plus que la prise en charge de ces pathologies est en constante évolution. Afin d'améliorer la prise en charge des patients, une remise en question du professionnel de santé quant à sa pratique officinale est aussi indispensable. Le DPC, par ses étapes d'analyse des pratiques, assure ce suivi et engage le pharmacien dans une démarche de perfectionnement continu. Tous les outils de prise en charge optimale du patient au comptoir de l'officine sont ainsi mis à disposition du pharmacien dans les programmes de DPC, dans un but d'amélioration constante et d'efficience. Il est à noter que le pharmacien s'engage à se former et actualiser ses connaissances pour entreprendre les entretiens thérapeutiques ; toutefois ces entretiens pourront avoir lieu même si le DPC n'est pas terminé ou validé.

IV. Elaboration d'une formation Asthme/BPCO destinée aux pharmaciens d'officine

Afin de permettre la réalisation de notre étude, un programme de formation Asthme/BPCO, destiné aux pharmaciens et préparateurs en pharmacie, a été élaboré sous un format E-learning.

4.1 Asthme et BPCO : un sujet d'actualité

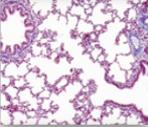
Le choix de l'asthme et de la BPCO pour l'évaluation de la formation E-learning et de son impact sur les pratiques professionnelles à l'officine résulte de l'actualité avec le démarrage dans les prochains mois des entretiens pharmaceutiques sur l'asthme. Nous avons fait le choix dans cette formation de traiter les deux principales pathologies respiratoires chroniques (asthme et BPCO) étant donné leur proximité symptomatologique et thérapeutique. De plus, l'épidémiologie et les coûts de santé font de ces deux pathologies une priorité de santé publique.

4.1.1 Définition

L'asthme et la BPCO sont des pathologies inflammatoires chroniques obstructives des voies aériennes caractérisées par une limitation de la fonction respiratoire.

L'asthme est « *une maladie hétérogène, généralement caractérisée par une inflammation chronique des voies aériennes. Elle est définie par les symptômes respiratoires tels que respiration sifflante, essoufflement, oppression thoracique et toux qui varient dans le temps et dans l'intensité, avec limitation expiratoire variable du flux d'air* » (38).

La BPCO est définie comme « *une maladie commune évitable, caractérisée par une limitation persistante du flux d'air qui est généralement progressive et associée à une réponse inflammatoire chronique des voies respiratoires et des poumons à des particules ou gaz nocifs (particulièrement le tabac). Les exacerbations et les comorbidités contribuent à la gravité de cette pathologie* » (38).

| | asthme | BPCO |
|---|---|--|
|  | Toutes les voies aériennes sont touchées | Prédominance au niveau des petites voies aériennes |
|  | Tissu musculaire lisse épaissi avec hyperréactivité, pas de destruction du parenchyme | Évolution vers la destruction du parenchyme avec remodelage cicatriciel |
|  | Facteurs aggravants : tabac, exposition aux allergènes, pollutions atmosphériques | Facteur causal majeur : tabac |
|  | Trouble ventilatoire réversible avec β_2 -mimétiques de courte durée, évolution variable | Trouble ventilatoire non réversible , évolution progressive |
|  | Survenue avant 40 ans (enfance ++) | Survenue tardive |

La frontière entre l'asthme et la BPCO est fine, et parfois très difficile à délimiter. Le diagnostic différentiel repose presque exclusivement sur des critères épidémiologiques, la clinique étant très proche et d'exploration délicate (Figure 2).

Figure 2. Points communs et différences entre l'asthme et la BPCO (39).

4.1.2 Contexte et enjeux économiques

Selon l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) en 2011, la prévalence de l'asthme en France est estimée entre 5 et 7% de la population (40). En ce qui concerne la BPCO en France, 6 à 8% de la population adulte est atteinte; cette prévalence augmentant avec l'âge et le tabagisme. Parmi les patients atteints, 2,8% nécessitent une oxygénothérapie en réponse à une forme sévère de la pathologie (41). S'agissant des hospitalisations, on dénombre, en 2012, 59 255 séjours pour asthme (asthme en diagnostic principal) dont près des deux tiers chez des moins de 15 ans (42). Entre 1998 et 2012, a été constatée une diminution de 1% par an en moyenne du taux annuel d'hospitalisation pour asthme, standardisé sur l'âge et le sexe (43). Pour la BPCO, on compte près de 800 000 journées d'hospitalisation par an dues notamment à des insuffisances respiratoires aiguës au cours d'exacerbations sévères (41). Ces trois dernières années, 949 patients asthmatiques sont décédés en moyenne chaque année. Cette mortalité a diminué en moyenne annuellement entre 2000 et 2010, de 11,1% pour les hommes et de 6,1% pour les femmes (43). Pour sa part, la BPCO représentera en 2020 la 3^{ème} cause de décès dans le monde derrière les pathologies cardiaques ischémiques et les AVC, ceci en raison de l'augmentation du tabagisme, notamment féminin. En France on déplore 16 000 décès par an consécutifs à une BPCO (44).

L'enjeu économique de ces deux pathologies respiratoires est considérable. Le coût global de l'asthme en France est estimé à 1,5 milliard d'euros par an (44). Le coût moyen annuel d'un patient asthmatique est de 631 euros. Une étude montre qu'une diminution de 5% des patients faisant une crise d'asthme dans l'année ferait passer ce coût moyen à 595 euros par patient et par an (44). Le coût global de la BPCO en France est estimé à 3,5 milliards d'euros par an, dont 60% est directement lié aux exacerbations de BPCO, contre 40% lié au suivi au long cours du patient (41). Le coût par patient et par an est en moyenne de 4 000 euros. Le coût réel par patient varie en fonction du stade de la pathologie : un patient en affection de longue durée à la suite d'une insuffisance respiratoire chronique représente un coût moyen de 6 000 euros par an et un patient en assistance respiratoire continue (oxygénothérapie à domicile) représente un coût de 10 000 euros par an (41).

4.2 Rôle du pharmacien dans le suivi des patients atteints d'asthme ou de BPCO

Le constat est sans appel, six asthmatiques sur dix en France sont insuffisamment contrôlés (40) (cf. Annexe 1). De même dans la BPCO, la stabilisation de la pathologie est un objectif recherché avec la thérapeutique. Les facteurs influençant le contrôle de l'asthme ou la stabilisation de la BPCO sont multiples. Certains de ces facteurs peuvent être prévenus par des actions médicales ou pharmaceutiques. Aussi, le suivi des patients nécessite que le pharmacien contrôle certains éléments majeurs pouvant influencer l'évolution de la pathologie.

4.2.1 Adhérence des patients

Le terme adhérence se traduit dans la thérapeutique par une grande motivation du patient à suivre son traitement et par la rigueur à laquelle il doit se tenir (45). L'adhérence du patient aux traitements de fond est un enjeu majeur dans la prise en charge des pathologies respiratoires ; c'est aussi un facteur prédictif d'une meilleure issue thérapeutique (46). Une étude de l'OMS basée sur une série d'évaluations scientifiques a établi que dans les pays développés, l'adhérence aux traitements des patients atteints de pathologies chroniques n'était que de 50 % (47). L'amélioration de l'adhérence est par conséquent un objectif central dans la prise en charge de ces pathologies. Toutefois une étude Cochrane de 2014 souligne qu'il n'existe aucune preuve quant à la possibilité de contrer durablement la mauvaise adhérence des patients, la solution étant donc de maintenir les méthodes efficaces tout au long de la prise en charge du patient (48).

L'adhérence nécessite que le patient soit pleinement impliqué dans sa pathologie, afin qu'il n'oppose aucune résistance à la prise de son traitement. Il s'agit donc d'une collaboration professionnel de santé/patient. Ce terme adhérence est à différencier de l'observance qui suggère une relation de subordination professionnel de santé/patient. Notons que la notion d'adhérence comprend certes les traitements avec la relation patient/traitement, mais aussi de façon plus générale tout ce qui entoure la pathologie, comme la prise de rendez-vous médicaux, ou encore le suivi d'entretiens pharmaceutiques.

Le patient atteint d'une pathologie chronique peut dans un premier temps être très impliqué dans sa pathologie puis, au fil des événements de sa vie, passer sa prise en charge au second plan. Ceci est d'autant plus important à prendre en compte que le patient peut être stabilisé dans l'évolution de son asthme ou de sa BPCO grâce à la thérapeutique et donc ne plus voir d'intérêt à la poursuite de ses traitements. Dans une étude de 2008 portant sur des patients asthmatiques pris en charge par corticoïdes inhalés en traitement de fond, 25% ont arrêté la prise de ces corticoïdes inhalés de leur propre initiative (49). La raison de cet arrêt est un sentiment d'inutilité des thérapeutiques car les patients se « sentaient bien » ; or en réalité 72% d'entre eux présentaient un asthme insuffisamment contrôlé nécessitant la poursuite du traitement.

Il est important de bien différencier une mauvaise adhérence et d'autres facteurs pouvant influencer sur l'action thérapeutique, tels que les interactions médicamenteuses, ou encore une manipulation inappropriée des dispositifs d'inhalation.

4.2.2 Les dispositifs d'inhalation

La voie inhalée est privilégiée dans la prise en charge des pathologies respiratoires par un meilleur rapport bénéfice/risque (50). Elle permet notamment d'atteindre directement l'organe cible et de limiter la survenue d'effets indésirables systémiques par diminution des doses administrées. Trois types de dispositifs d'inhalation existent sur le marché : les aérosol-doseurs, les inhalateurs de poudre sèche et les nébuliseurs. Ces trois types de dispositifs nécessitent une éducation thérapeutique, notamment les deux premiers, très utilisés en ambulatoire, qui représentent la majorité des dispositifs dispensés en officine.

Une mauvaise manipulation des inhalateurs est une cause majeure d'échec de la prise en charge des pathologies respiratoires chroniques par une diminution potentiellement importante de l'efficacité des médicaments (51). Le dépôt pulmonaire correct de la substance active en cas d'erreur de manipulation peut être compromis (52). Ces erreurs peuvent donc entraîner un mauvais contrôle de la pathologie et/ou favoriser l'apparition d'effets indésirables notamment buccaux (53,54). Une mauvaise manipulation peut ainsi mettre en péril l'observance du traitement à cause des effets indésirables ou de l'inefficacité ressentie.

L'ampleur de la mauvaise manipulation des dispositifs d'inhalation peut être illustrée par une étude de 2007 qui s'intéresse à une population asthmatique très sensible, la population pédiatrique (55). Parmi 164 enfants âgés de 5 à 18 ans et traités depuis 1 mois avec des dispositifs d'inhalation, plus de la moitié commettait au moins une erreur de manipulation. Le maximum concernait l'aérosol-doseur avec 78% des patients qui faisaient au moins une erreur. Dans tous les cas, des règles simples permettent de limiter une mauvaise manipulation ou l'apparition d'effets indésirables. Parmi ces règles, un rinçage de la bouche est nécessaire après chaque utilisation de dispositifs d'inhalation contenant des corticoïdes, afin de limiter l'apparition de mycoses buccales ou une altération de la qualité de la voix (54). Un entretien régulier du matériel d'inhalation est également indispensable au bon fonctionnement du dispositif. Enfin une éducation du patient sur les modalités de manipulation des différents dispositifs garantit la bonne administration de la thérapeutique.

4.2.3 L'entretien pharmaceutique en pratique

Le suivi au long cours des patients atteints d'asthme et BPCO est primordial afin de prévenir toute aggravation de la pathologie. Le contrôle de l'asthme et la stabilisation de la BPCO font partie des objectifs des traitements actuels. En ce sens, comme nous l'avons vu précédemment, l'adhérence au long cours et la bonne manipulation des dispositifs d'inhalation sont deux points majeurs sur lesquels le patient ne doit pas déroger. L'éducation thérapeutique dans le cadre des maladies respiratoires chroniques doit donc être garantie pour le bon suivi de la pathologie.

Le suivi du patient passe par l'évaluation à la fois de ses connaissances autour de la pathologie et de ses pratiques au quotidien. Les patients étant ambulatoires, leur prise en charge est dépendante de nombreux facteurs personnels et organisationnels. Il est donc nécessaire d'appréhender leur comportement vis-à-vis de la prise des médicaments par

l'analyse des trois dimensions qui déterminent ce comportement : le savoir (leur connaissance de la pathologie et des traitements), le pouvoir (l'organisation des soins) et le vouloir (leur motivation à se soigner) (56). C'est ici que le rôle du pharmacien officinal prend tout son sens à la fois en évaluant ce comportement puis en définissant des objectifs d'amélioration de prise en charge et de suivi.

Le pharmacien doit être capable en pratique d'identifier les patients non contrôlés qui nécessitent un suivi particulier, d'éduquer les patients sur les notions de facteurs de risque et de prise en charge thérapeutique au long cours, d'aider les patients à interpréter leur symptomatologie (gêne respiratoire, aggravation des symptômes, etc.) et de participer à l'élaboration des plans d'actions personnalisés permettant à chacun d'adapter son traitement et de réagir efficacement à la survenue de symptômes. L'échange avec le patient ne doit pas être perçu comme un interrogatoire pouvant le contrarier mais comme un lien particulier avec le pharmacien, une discussion bénéfique pour sa santé. L'arrivée des entretiens pharmaceutiques sur les pathologies respiratoires chroniques peut précisément favoriser ce lien, mettre en confiance le patient et ainsi produire une amélioration de son suivi. Un rapport du Conseil central des pharmaciens titulaires confirme que les entretiens pharmaceutiques des patients asthmatiques permettent d'améliorer le contrôle de l'asthme, la connaissance des patients concernant leur pathologie et leurs traitements, et également d'améliorer leur ressenti vis-à-vis de la pathologie (49). Ce rapport montre notamment que le taux de patients ayant un contrôle de l'asthme satisfaisant passe de 39% à 64% après la mise en place d'une démarche d'entretien pharmaceutique. Par ailleurs, cette amélioration du contrôle de la pathologie s'est maintenue sur un an, ce qui démontre bien une prise en charge de la pathologie sur le long terme par le patient lui-même.

4.3 Elaboration du programme de formation

4.3.1 Structure de diffusion : C&J Formation

Dans le cadre de cette thèse, une formation E-learning concernant l'asthme et la BPCO, intitulée « Quez'O2 », a été créée. D'un point de vue matériel, cela nécessite une structure permettant d'accueillir en ligne la formation de manière fiable et ergonomique pour un confort d'utilisation par les professionnels de santé. De plus, dans le cadre de la réalisation de cette étude, un programme validant un DPC doit être créé afin d'obtenir des résultats fiables dans les conditions réelles.

La structure accueillant la formation est C&J Formation. Créée en 2009 par Nathalie BRUN-CALOP et Dominique JAFFRENNOU, C&J Formation a comme activité l'organisation d'actions de formation dans les domaines médical, paramédical et social. Cette société est agréée par l'OGDPC comme ODPC habilité à dispenser des programmes de DPC. Partenaire de plusieurs groupements de pharmacies en France, C&J Formation dispose d'un panel de pharmacies adhérentes assurant une large diffusion de la formation, permettant la réalisation de notre étude. Enfin, C&J Formation a d'ores et déjà l'expérience du DPC pour les pharmaciens avec des formations sur les anticoagulants et les interactions médicamenteuses sous le format E-learning.

4.3.2 Présentation de la plateforme numérique

C&J Formation s'appuie sur une plateforme numérique répondant aux critères de confort d'utilisation, la plateforme Spiral-Connect. Issue d'un projet de l'université Claude BERNARD – Lyon 1, cette plateforme permet de diffuser des contenus en ligne : documents, activités, vidéos, etc. Etant « *open source* », c'est-à-dire dont la programmation est libre, cette plateforme peut être utilisée par d'autres établissements que l'université, notamment dans le secteur privé pour la formation des professionnels, comme c'est le cas pour C&J Formation (Figure 3).



Figure 3. Page d'accueil de C&J Formation (39).

Selon leurs besoins, les pharmaciens et préparateurs en pharmacie choisissent une ou plusieurs formations disponibles dans le catalogue de C&J Formation, ou depuis le site de l'OGDPC (Figure 4). Le « Quez'O₂ » correspond à la formation sur l'asthme et la BPCO.

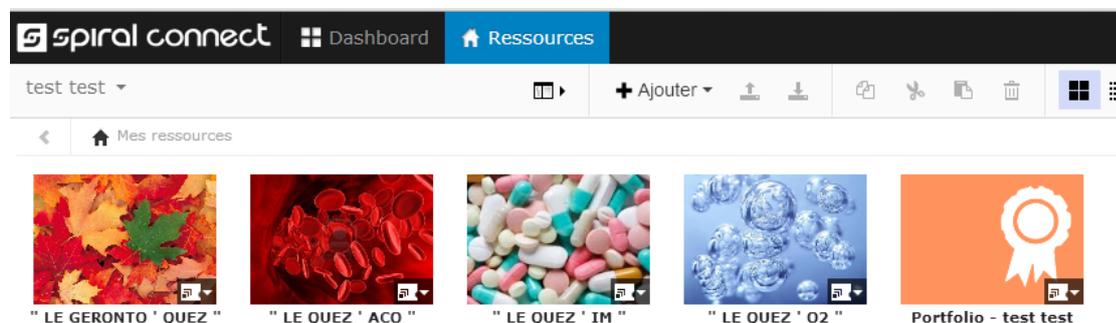


Figure 4. Programmes disponibles sur C&J Formation (39).

Des outils d'apprentissage sont présents dans chaque formation afin de faciliter leur déroulement (Figure 5). Parmi ces outils nous retrouvons des fiches « zoom » résumant les points clés de chaque thématique, téléchargeables et imprimables. Des documents de référence sont aussi disponibles et permettent de véhiculer des actualités professionnelles et réglementaires. La communication est aussi privilégiée avec des outils mis à disposition des professionnels tels qu'une boîte aux lettres permettant de joindre l'équipe de C&J Formation (en cas de difficultés techniques, questions sur la formation, etc.) et un outil collaboratif, le « Wik'O₂ » permettant le partage de connaissances et d'expériences entre utilisateurs.

La formation proprement dite est présentée sous forme d'étapes composées de thématiques, traitant chacune un objectif d'apprentissage, et d'un questionnaire de validation (Figure 6 et 7). Chaque thématique peut être visualisée un nombre de fois illimité pendant une période de 4 mois afin de valider le programme de DPC.



Figure 5. Etapes de formation et outils d'apprentissage de C&J Formation (39).

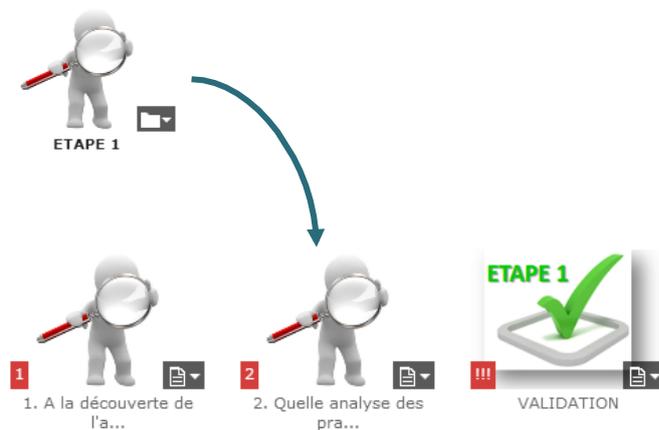


Figure 6. Thématiques de l'étape 1 du « Quez'O₂ » et questionnaire de validation (39).

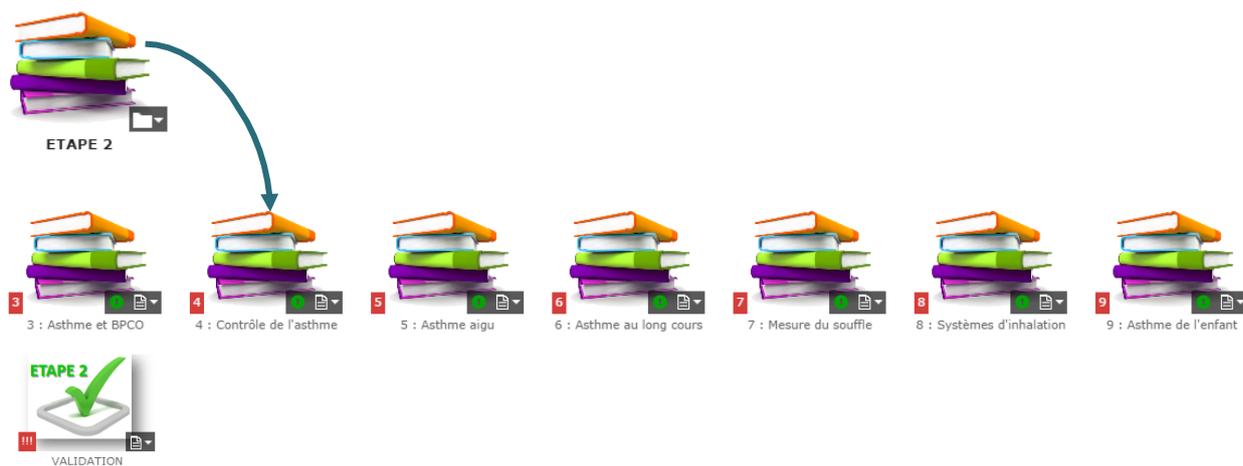


Figure 7. Thématiques de l'étape 2 du « Quez'O₂ » et questionnaire de validation (39).

Les utilisateurs de la plateforme numérique sont formés à son utilisation par le biais d'un document « mode d'emploi » détaillant l'architecture de la plateforme ainsi que les outils et le déroulement de la formation.

4.4 Structure et contenu de la formation

4.4.1. Les étapes de la formation

La formation est décomposée en trois étapes (Figure 8):

- **La première étape** concerne un premier temps d'analyse des pratiques professionnelles,
- **La deuxième étape** est la partie connaissances et compétences, regroupant les aspects cliniques, thérapeutiques et techniques nécessaires à la prise en charge du patient,
- **La troisième étape** concerne le suivi des actions d'amélioration.

Ce plan respecte la composition du DPC telle qu'elle est exposée dans les textes officiels, soit une partie « analyse des pratiques » et une partie « acquisition ou perfectionnement des connaissances ».

| | | Thèmes et outils du QUEZ'O₂ | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| Dimension évaluative | ETAPE 1 Analyse des pratiques | 1 | A la découverte de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) | Entretiens / Convention Pharmaceutique | DPC (pharmaciens et préparateurs) |
| | | 2 | Quelle analyse des pratiques officinales individuelles dans l'accompagnement du patient asthmatique ? | | |
| | | 1^{er} Etat des lieux validant l'ETAPE 1 : autoévaluation de la qualité des pratiques | | | |
| Dimension cognitive | ETAPE 2 Connaissances et compétences | 3 | Asthme et BPCO | | |
| | | 4 | Le contrôle de l'asthme : un enjeu majeur ! | | |
| | | 5 | Prise en charge thérapeutique de la crise d'asthme – Etat de mal | | |
| | | 6 | Prise en charge thérapeutique au long cours de l'asthme (et de la BPCO) | | |
| | | 7 | Principe et théorie de la mesure du souffle : EFR, Peakflow, Pico | | |
| | | 8 | La manipulation des systèmes d'inhalation | | |
| | | 9 | La spécificité de l'asthme de l'enfant | | |
| | | 10 | Mise en place des entretiens pharmaceutiques et approche éducative du patient asthmatique | | |
| | | 11 | Cas clinique de synthèse (<i>à venir</i>) | | |
| Questionnaire validant l'ETAPE 2 | | ➤ | | | |
| Dimension évaluative | ETAPE 3 Suivi des actions d'amélioration | Mise en application des données des Quez'O₂ n° 1 à n° 11 et retour d'expérience | | | |
| | | 12 | Quelle amélioration dans la qualité de l'accompagnement et la sécurisation du patient asthmatique ? | | |
| | | 2^{ème} Etat des lieux validant l'ETAPE 3 : autoévaluation de la qualité des pratiques | | | ➔ Attestation DPC |

Figure 8. Les étapes de la formation « Quez'O₂ » de C&J Formation (39).

4.4.2. Structure générale des thématiques

Toutes les thématiques abordées sont basées sur la même structure :

- **Autoévaluation** : « où en êtes-vous sur... ? », questionnaire initial afin que les participants évaluent leurs connaissances avant la formation. Il est composé de 5 questions à choix multiples (QCM) sur les points principaux de la thématique abordée.
- **Accès aux données** : c'est le corps du chapitre qui est la formation proprement dite. Elle expose et détaille les notions importantes : textes, schémas, vidéos, diaporamas commentés, références bibliographiques, rappels, sites web, etc.
- **Mise en application** : cas clinique de synthèse sous la forme d'un cas de comptoir qui met en pratique des points précis de la formation préalablement travaillés. Cette phase concerne la partie cognitive.
- **Reprise de l'autoévaluation** : « Qu'avez-vous retenu sur... ? » c'est une reprise du questionnaire initial afin d'estimer sa progression.

Afin de faciliter l'apprentissage et exploiter au maximum le support numérique, la formation est composée de nombreux schémas détaillés sur les différents chapitres ainsi que de contenus vidéos notamment pour la partie manipulation des dispositifs d'inhalation. (cf. Annexe 2). Ce contenu numérique donne une valeur ajoutée importante à la formation.

4.4.3 Contenu de la formation « Quez'O₂ » : thématiques abordées

Les thématiques abordées dans le programme de DPC suivent des objectifs définis par C&J Formation et sont exposés aux participants au début de chaque module de formation (Tableau IV).

Tableau IV. Thématiques et objectifs abordés dans le programme « Quez'O₂ ».

| Thématiques | Objectifs / contenus |
|--|--|
| A la découverte de l'EPP | <ul style="list-style-type: none"> - Se familiariser avec la dimension évaluative du DPC (contexte réglementaire, articuler ce temps avec le temps d'acquisition ou perfectionnement des connaissances). - Adopter une démarche réflexive. |
| Quelle analyse des pratiques officinales individuelles dans l'accompagnement du patient asthmatique ? | <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des outils afin d'analyser les pratiques professionnelles. - Objectiver une progression dans ces pratiques. |
| Asthme et BPCO : généralités | <ul style="list-style-type: none"> - Distinguer l'asthme de la BPCO. - Préciser les points communs et les différences entre ces deux pathologies, afin de mieux comprendre par la suite les différences de suivi et de prise en charge. |
| Le contrôle de l'asthme : un enjeu majeur | <ul style="list-style-type: none"> - Préciser les facteurs intervenant dans le contrôle de l'asthme. - Décrire les grands axes de la stratégie thérapeutique lors de la crise et lors de la prise en charge au long cours. |
| Prise en charge thérapeutique de l'asthme aigu | <ul style="list-style-type: none"> - Distinguer la crise d'asthme de l'exacerbation asthmatique et de l'asthme aigu grave. - Connaître les critères de gravité d'une crise d'asthme et pouvoir les identifier au comptoir. - Décrire les différentes stratégies thérapeutiques. |

| | |
|---|--|
| <p>Prise en charge thérapeutique au long cours (Asthme et BPCO)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Connaître les stratégies thérapeutiques préconisées au long cours dans l'asthme et la BPCO. - Identifier certaines des composantes de l'observance du patient. |
| <p>Principe et théorie de la mesure du souffle</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Préciser les bases techniques et scientifiques sur lesquelles s'appuie la mesure du souffle. - Accompagner le patient dans le suivi de sa pathologie. |
| <p>La manipulation des systèmes d'inhalation</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Comprendre l'influence de certains facteurs sur le dépôt des aérosols dans les voies bronchiques. - Connaître les principaux critères de choix relatifs aux dispositifs d'inhalation, ainsi que les grands principes de manipulation de ces systèmes. |
| <p>La spécificité de l'asthme de l'enfant</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Connaître les différences et points communs entre l'asthme infantile et l'asthme de l'adulte. - Contribuer au mieux à l'accompagnement de l'enfant tout au long de sa pathologie chronique. |
| <p>Mise en place des entretiens pharmaceutiques et approche éducative du patient asthmatique</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Connaître le contexte réglementaire de la mise en place des entretiens pharmaceutiques autour de l'asthme. - Adapter au mieux la conduite d'entretiens aux « attentes éducatives » du patient, tout en s'appuyant sur les outils disponibles. |
| <p>Quelle amélioration dans la qualité de l'accompagnement du patient asthmatique ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Objectiver une évolution dans les pratiques professionnelles. - Conséquence sur l'amélioration de la sécurisation de la prise en charge du patient et la réduction de la iatrogénie médicamenteuse. |

Cette première partie nous a permis de présenter le contexte dans lequel a été réalisée notre étude. Par la suite, nous allons évaluer l'impact de la formation DPC élaborée sur l'exercice pharmaceutique afin de répondre à la problématique initiale de cette thèse.

Résumé

Introduction : L'obligation de développement professionnel continu (DPC) a été instaurée en France en 2009 afin de structurer la formation continue et de mettre à jour les connaissances et compétences des professionnels de santé, dont les pharmaciens et préparateurs en pharmacie. L'objectif de cette étude était de déterminer l'impact du DPC sur l'exercice pharmaceutique à l'officine.

Population et méthodes : Un programme de DPC Asthme/BPCO sous format E-learning a été créé et utilisé par les adhérents de C&J Formation, organisme habilité à dispenser des programmes de DPC. Des critères subjectifs et objectifs concernant l'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles ont été recueillis au moyen d'un questionnaire de satisfaction et d'étude d'impact (QSI), un questionnaire d'évaluation des connaissances (QEC) et un questionnaire d'analyse des pratiques professionnelles (QAP).

Résultats : Parmi les 500 adhérents de C&J Formation inclus dans l'étude, une amélioration des connaissances de 4 points sur 20 a été mise en évidence par le QEC ($p < 10^{-4}$). Les différents critères d'évaluation de l'amélioration des pratiques professionnelles suggèrent une amélioration globale des compétences de tous les pharmaciens ayant fini le programme de formation (QAP). Les aspects du programme de formation (durée, clarté, intérêt, satisfaction, utilité et format E-learning), évalués par le QSI, ont été jugés satisfaisants par la majorité des répondants (71 à 94%).

Discussion – conclusion : Le programme de DPC proposé a permis d'améliorer les connaissances et les compétences des pharmaciens et préparateurs en pharmacie. Le format E-learning représentait, par son caractère asynchrone, un des atouts de la formation. Cette étude souligne l'intérêt d'un dispositif de DPC pour les professionnels de santé travaillant en pharmacie d'officine et peut constituer un support de communication auprès des professionnels réticents à l'obligation de formation continue.

Mots clés : Développement professionnel continu, E-learning, pharmaciens d'officine, préparateurs en pharmacie, exercice pharmaceutique, évaluation des connaissances et pratiques professionnelles.

I. Introduction

Le développement professionnel continu (DPC) s'inscrit dans le contexte de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) et constitue un outil de perfectionnement obligatoire pour le pharmacien d'officine (9). L'objectif principal du DPC est la mise à jour et le perfectionnement des connaissances des professionnels de santé en exercice afin de garantir leurs compétences tout au long de leur carrière. Le DPC a aussi pour objectif la prise en compte des priorités de santé publique en insistant sur les pathologies chroniques qui ont un fort impact sur la qualité de vie des patients, ainsi que sur les dépenses de santé. Ce dispositif est encadré par l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC) depuis juillet 2012 (15). L'OGDPC sécurise la formation continue du professionnel de santé, en certifiant les organismes de DPC (OPDPC) ainsi habilités à dispenser des programmes de DPC, tout en assurant un rôle de santé publique et en garantissant la formation des professionnels (12,17).

Le DPC peut être présenté sous différents formats selon les attentes et disponibilités des professionnels de santé. Le point commun à tous les formats est le contenu scientifique validé par les instances encadrant le DPC. Le présentiel, format le plus classique, laisse de plus en plus de place au E-learning dans les formations actuelles, avec un développement important des structures de formation sur internet. Le E-learning permet à l'utilisateur d'avoir un contrôle sur le rythme d'apprentissage et permet l'accès à de multiples outils pédagogiques (documents de référence, bases de données, outils de communication et d'apprentissage collaboratifs). De plus, il ouvre les portes à de nombreux types de contenus numériques ludiques et interactifs (animations, vidéos, supports audio, etc.). Tous ces points rendent le format E-learning en théorie plus attrayant que les méthodes traditionnelles.

Dans le contexte de la mise en place des entretiens pharmaceutiques sur l'asthme en France, un programme de DPC sur l'asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) « Quez'O₂ », destiné aux pharmaciens d'officine et préparateurs en pharmacie, a été élaboré sous un format E-learning, en collaboration avec C&J Formation, organisme habilité par l'OGDPC, et est accessible aux adhérents depuis juillet 2013. L'asthme et la BPCO constituent un enjeu majeur de santé publique. Il s'agit de deux maladies respiratoires chroniques obstructives de prévalence élevée, qui ont un impact important tant sur la morbi-mortalité des patients atteints que sur les dépenses de santé. L'asthme a conduit en 2012 à plus de 59 000 hospitalisations et provoque près de 1 000 décès chaque année en France

(42,57). La BPCO est responsable de 800 000 journées d'hospitalisation au niveau national et représente la 3^{ème} cause de décès dans le monde, avec notamment 16 000 décès en France en 1999 (41). Les dépenses annuelles de santé en France représentent 1,5 milliard d'euros pour l'asthme (44) et 3,5 milliards d'euros pour la BPCO (41). Une diminution de seulement 5% des patients faisant une crise d'asthme dans l'année diminuerait le coût moyen par patient de 631 à 595 euros par an (44). L'impact médico-économique d'une amélioration de la prise en charge des patients est donc important.

De récentes études ont montré un impact positif d'une formation de DPC sous format E-learning au niveau international (26). A notre connaissance, aucune étude concernant l'impact d'une formation de DPC sous format E-learning n'a été réalisée en France. L'évaluation de cet impact est nécessaire afin de démontrer l'utilité de la mise en place d'un dispositif de formation continue sur l'exercice officinal, et donc légitimer sa généralisation et son obligation. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'un programme de DPC sous format E-learning sur l'exercice pharmaceutique, en termes d'évolution des connaissances et des compétences des pharmaciens et préparateurs en pharmacie.

II. Population et méthode

2.1 Population d'étude

La population d'étude était composée de tous les pharmaciens (titulaires et adjoints) et préparateurs en pharmacie, actuellement en exercice en officine, adhérents de C&J Formation et inscrits au programme de DPC Asthme/BPCO intitulé « Quez'O₂ ». Tous les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie ayant suivi au moins un module de la formation entre le 1^{er} juillet 2013 et le 30 octobre 2014 ont été inclus dans l'analyse.

2.2 Programme de DPC Asthme/BPCO en E-learning

Le programme de DPC « Quez'O₂ » a été développé en collaboration avec C&J Formation afin de bénéficier d'une plateforme numérique fiable et ludique, dotée d'un large panel de pharmacies adhérentes (Figure 9). La formation est basée sur la plateforme Spiral Connect qui permet d'intégrer tout type de contenu numérique.

| | | | Thèmes et outils du QUEZ'O ₂ | |
|----------------------|---|---|--|--|
| Dimension évaluative | ETAPE 1 Analyse des pratiques | 1 | A la découverte de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) | |
| | | 2 | Quelle analyse des pratiques officinales individuelles dans l'accompagnement du patient asthmatique ? | |
| | | | 1^{er} Etat des lieux validant l'ETAPE 1 : autoévaluation de la qualité des pratiques | |
| Dimension cognitive | ETAPE 2 Connaissances et compétences | 3 | Asthme et BPCO | |
| | | 4 | Le contrôle de l'asthme : un enjeu majeur ! | |
| | | 5 | Prise en charge thérapeutique de la crise d'asthme – Etat de mal | |
| | | 6 | Prise en charge thérapeutique au long cours de l'asthme (et de la BPCO) | |
| | | 7 | Principe et théorie de la mesure du souffle : EFR, Peakflow, Pico | |
| | | 8 | La manipulation des systèmes d'inhalation | |
| | | 9 | La spécificité de l'asthme de l'enfant | |
| | | 10 | Mise en place des entretiens pharmaceutiques et approche éducative du patient asthmatique (<i>à venir</i>) | |
| | | 11 | Cas clinique de synthèse – Plan d'action personnalisé (PAP) (<i>à venir</i>) | |
| | | | | |
| Dimension évaluative | ETAPE 3 Suivi des actions d'amélioration | <i>Mise en application des données des Quez'O₂ n° 1 à n° 11 et retour d'expérience</i> | | |
| | | 12 | Quelle amélioration dans la qualité de l'accompagnement et la sécurisation du patient asthmatique ? | |
| | | | 2^{ème} Etat des lieux validant l'ETAPE 3 : autoévaluation de la qualité des pratiques | |

Entretiens / Convention Pharmaceutique

DPC

Attestation DPC

Figure 9. Etapes et thématiques du programme de DPC « Quez'O₂ » (39).

Comme tous les programmes de DPC, la formation « Quez'O₂ » comporte deux temps, articulés entre eux explicitement : un temps d'analyse des pratiques professionnelles et un temps d'acquisition ou de perfectionnement des connaissances (4).

La formation est composée de 12 modules regroupés en 3 étapes :

- **Analyse des pratiques (étape 1) :** le pharmacien ou le préparateur en pharmacie se familiarise avec la notion d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) puis évalue ses pratiques à l'officine en ce qui concerne le suivi des patients asthmatiques.
- **Connaissances et compétences (étape 2) :** cette étape concerne la dimension cognitive de la formation. Le contenu de la formation regroupe des modules relatifs aux généralités sur l'asthme et la BPCO ainsi que sur la mesure du souffle, les thérapeutiques disponibles selon la classification de la pathologie, des vidéos de démonstration de manipulation des thérapeutiques inhalées et des cas cliniques de synthèse. Outre les notions sur la pathologie et la thérapeutique, l'accent est aussi mis sur le suivi du patient avec l'organisation des entretiens pharmaceutiques. Un module est donc réservé à cette nouvelle mission des pharmaciens d'officine avec la mise à disposition d'outils pratiques de communication et de réalisation. Le contenu du DPC doit permettre une amélioration de la capacité du pharmacien à prendre en charge les patients.

- **Suivi des actions d'amélioration (étape 3)** : représentant le deuxième temps de la dimension évaluative, le pharmacien évalue dans cette étape les améliorations dans la qualité de l'accompagnement et la sécurisation du patient asthmatique après avoir suivi la formation.

La structure générale de chaque module de la partie cognitive est identique. Elle comprend une première partie d'autoévaluation initiale pré-thématique, intitulée « où en êtes-vous sur...? », qui est composée de plusieurs questions à choix multiple (QCM) regroupant les points principaux qui vont être détaillés par la suite. Cette partie permet au participant de se situer face aux connaissances exposées dans le chapitre. La deuxième partie est le corps du chapitre avec des généralités et les explications des points importants. C'est la formation proprement dite qui insiste sur les notions indispensables afin d'assurer un exercice officinal optimal. La troisième partie relate un cas clinique de synthèse qui permet de mettre en application les notions étudiées. Enfin chaque module comprend un test post-thématique, reprenant les mêmes QCM initiaux mais dans un ordre aléatoire, permettant une auto-évaluation de la progression de l'apprentissage.

2.3 Méthode

Les données de cette étude sont issues d'un questionnaire de satisfaction et d'analyse d'impact (QSI) de la formation, mais également des données provenant du programme de formation Asthme/BPCO, à savoir un questionnaire d'analyse des pratiques (QAP, étapes 1 et 3 de la formation) et des questionnaires d'évaluation des connaissances (QEC) pré et post-thématiques, concernant les points clés de la formation.

Le QSI visait à déterminer (cf. Annexe 3) : 1) le ressenti et l'implication des professionnels de santé concernant le DPC, 2) l'impact ressenti du DPC sur les pratiques professionnelles à l'officine, avec notamment la mise en place des entretiens pharmaceutiques, et 3) le ressenti des participants vis-à-vis du format de formation en E-learning. Le questionnaire était ainsi composé de quatre parties, sous forme de QCM et d'échelles de jugement ou de satisfaction : 1) les caractéristiques sociodémographiques du répondant et de son milieu d'exercice professionnel, 2) le DPC (motivation, fréquence, ressenti), 3) les entretiens pharmaceutiques (implication du pharmacien, motivation, intérêt, expériences), et 4) l'évaluation de la formation en ligne incluant l'impact de cette formation sur l'exercice pharmaceutique. L'évaluation du E-learning a été réalisée sur une échelle de satisfaction globale, ainsi que sur

les avantages et améliorations possibles de ce type de formation, mais aussi sur le contenu et la praticité de ce format. Enfin, une comparaison des ressentis vis-à-vis des différents formats de formation disponibles (présentiel, E-learning et mixte) a été effectuée. Le QSI a été mis en ligne sur la plateforme numérique Spiral Connect entre le 16 avril 2014 et le 30 octobre 2014 pour les pharmaciens et préparateurs en pharmacie ayant terminé le programme de formation « Quez'O₂ » entre juillet 2013 et octobre 2014.

Le QAP, intégré à la formation DPC, a été soumis aux pharmaciens à la 1^{ère} et 3^{ème} partie du programme afin d'évaluer l'amélioration des pratiques professionnelles à l'officine dans la qualité de l'accompagnement et la sécurisation du patient asthmatique. Il regroupait des questions concernant l'accompagnement et le suivi des patients asthmatiques, l'investissement des participants sur le sujet des thérapeutiques antiasthmatiques et le partage d'informations et d'expériences avec l'équipe officinale et les autres professionnels de santé. Une partie du questionnaire était consacrée aux ressentis perçus des patients concernant le suivi pharmaceutique.

Les QEC, dont l'objectif était d'évaluer l'amélioration des connaissances des participants en lien avec la thématique abordée, ont été soumis aux pharmaciens et préparateurs en pharmacie au début et à la fin de chaque module de la formation. Chaque questionnaire était composé de 5 QCM à 5 propositions et pouvait être effectué autant de fois que le participant le souhaitait (cf. Annexe 4).

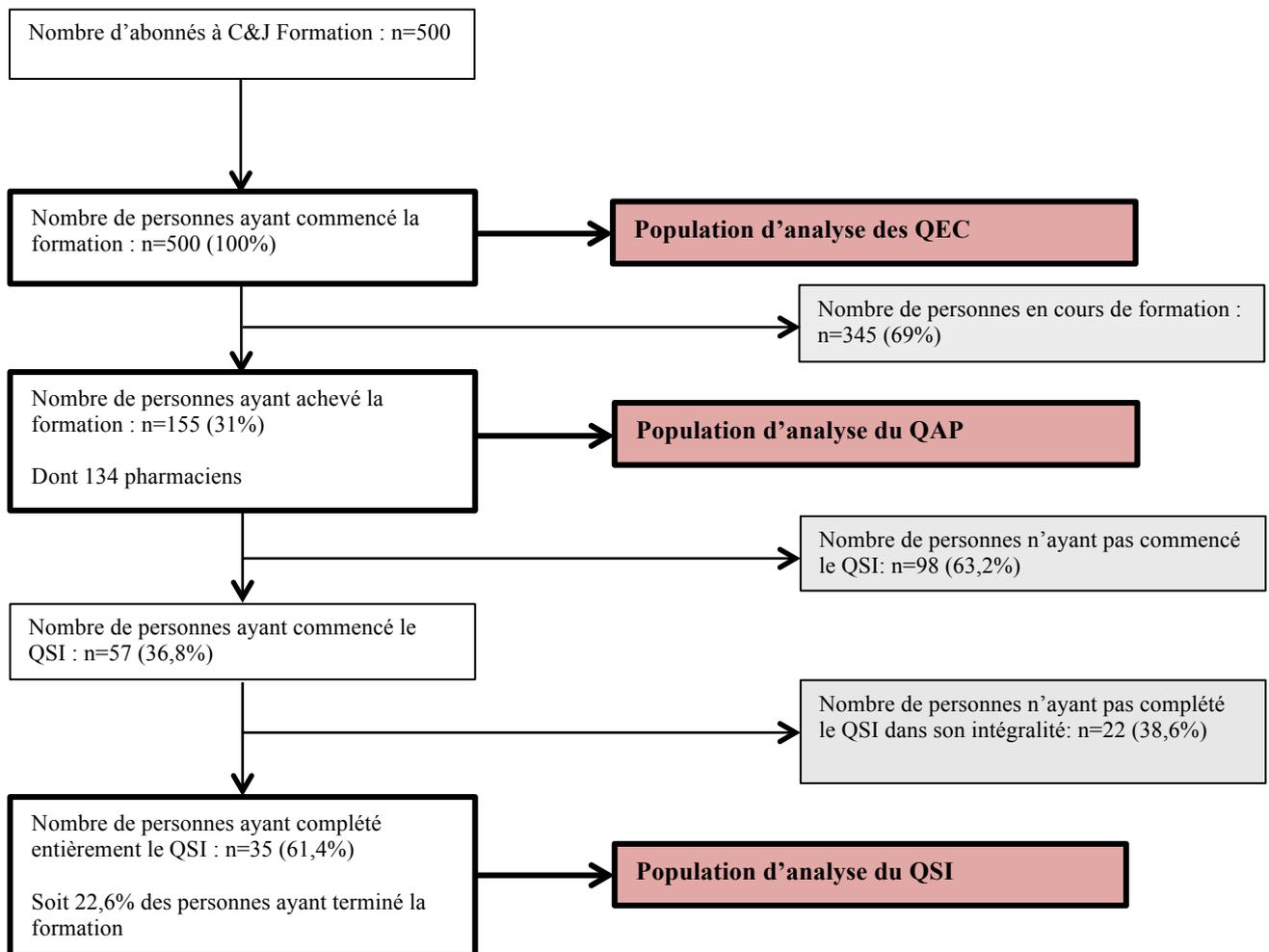
2.4 Analyse statistique

Une analyse descriptive des données sociodémographiques et des ressentis des participants au QSI a été réalisée. L'impact de la formation sur les connaissances et les pratiques professionnelles des participants a été évalué par les QEC et QAP, en comparant les résultats en pré et post-formation. En raison de l'appariement des données issues de ces questionnaires, une analyse de la variance a été réalisée (variables quantitatives). Le nombre de réalisations des QEC n'étant pas limité, seules les premières notes pré et post-thématiques ont été prises en compte dans l'analyse. Un ajustement sur le nombre de soumissions aux questionnaires pré-thématique a été réalisé afin de prendre en compte le phénomène d'apprentissage. Une analyse de sensibilité, incluant les participants ne s'étant soumis qu'une seule fois au questionnaire pré-thématique a également été réalisée.

III. Résultats

3.1 Population d'étude

Tous les abonnés de C&J Formation avaient débuté le programme Asthme/BPCO au 30 octobre 2014 (n=500). Parmi les 155 abonnés qui avaient achevé la formation « Quez'O₂ », 35 avaient rempli entièrement le QSI (22,6%) : 30 pharmaciens (20 titulaires et 10 adjoints) et 5 préparateurs (Figure 10).



QAP : Questionnaire d'analyse des pratiques (pré et post-formation)
QEC : Questionnaire d'évaluation des connaissances (pré et post-thématiques)
QSI : Questionnaire de satisfaction et d'impact

Figure 10. Population d'étude pour l'évaluation de l'impact du programme de formation « Quez'O₂ ».

Parmi les 35 répondants, l'équipe officinale était composée de 77% de femmes avec une classe d'âge majoritairement comprise entre 41 et 50 ans (34,3%) (Tableau V). En moyenne, une officine était composée de 1 titulaire (51,4%) et 2 adjoints (60%). Les préparateurs étaient présents dans 94,3% des officines sondées. Les officines étaient rurales (45,7%), de quartiers résidentiels (20%), de quartiers populaires (20%), et de centre-ville (14,3%). La grande majorité des officines était adhérente à un groupement (85,7%). Enfin, la clientèle de ces pharmacies était presque exclusivement composée de patients fidèles.

Tableau V. Données sociodémographiques de la population répondant au questionnaire de satisfaction et d'impact (QSI).

| Variable | | Population (n=35) | |
|---|---------------------------|-------------------|--------|
| Description de la population | | | |
| Sexe, n (%) | Femme | 27 | (77,1) |
| Profession, n (%) | Pharmaciens titulaires | 20 | (57,1) |
| | Pharmaciens adjoints | 10 | (28,6) |
| | Préparateurs en pharmacie | 5 | (14,3) |
| Âge, n (%) | 20 à 30 ans | 7 | (20,0) |
| | 31 à 40 ans | 6 | (17,1) |
| | 41 à 50 ans | 12 | (34,3) |
| | >50 ans | 10 | (28,6) |
| Description des officines | | | |
| Type officine, n (%) | Rurale | 16 | (45,7) |
| | Quartier résidentiel | 7 | (20,0) |
| | Quartier populaire | 7 | (20,0) |
| | Centre ville | 5 | (14,3) |
| | Centre commercial | 0 | (0,0) |
| Type de clientèle, n (%) | Fidèle | 34 | (97,1) |
| | Saisonnière | 0 | (0,0) |
| | De passage | 0 | (0,0) |
| | Autre | 1 | (2,9) |
| Appartenance groupement, n (%) | Oui | 30 | (85,7) |
| Composition de l'équipe officinale | | | |
| Titulaires, n (%) | >1 | 17 | (48,6) |
| Adjoints, n (%) | ≤1 | 14 | (40,0) |
| | > 1 | 21 | (60,0) |
| Préparateurs, n (%) | <3 | 21 | (60,0) |
| | ≥ 3 | 14 | (40,0) |
| Etudiants, n (%) | Oui | 10 | (28,6) |

3.2 Le développement professionnel continu

La majorité des répondants au QSI faisait (57,1%) et envisageait de faire (51,4%) un DPC par an (Tableau VI). Les participants considéraient que 1 ou 2 DPC/an était une fréquence adéquate (88,6%). Seuls 8,6% des répondants n'avaient pas réalisé de DPC au cours des 12 derniers mois et 2,9% n'envisageaient pas de faire de DPC en 2014. S'il n'y avait aucune obligation à la réalisation de DPC, 42,9% des sondés n'auraient pas effectué de formation continue. La notion d'obligation était par ailleurs décrite comme une motivation pour la réalisation du DPC (48,6%). Les autres motivations étaient par ordre décroissant : la meilleure prise en charge des patients (62,9%), le besoin de formation (57,1%) et l'intérêt personnel (51,4%).

Environ 80% de la population avaient déjà suivi une formation en présentiel, 27,7% en mixte (E-learning + présentiel) et 17,1% en E-learning. Parmi les personnes ayant essayé plusieurs formats (n=25), 64% plébiscitaient le E-learning comme méthode de DPC. Selon tous les participants, l'avantage de ce format résidait dans sa souplesse temporelle et spatiale. Près de 74,3% estimaient également que le E-learning permettait une autonomie d'apprentissage et 45,7% notaient un gain de temps grâce au E-learning. Enfin, la présence de vidéos dans le E-learning était appréciée par la grande majorité de la population (94,3%).

Tableau VI. Le développement professionnel continu : motivation, fréquence et formats utilisés dans la population répondant au questionnaire de satisfaction et d'impact (QSI).

| Variable | | Population (n=35) | |
|---|---------------------------|-------------------|--------|
| Nombre de DPC réalisés dans les 12 derniers mois, n (%) | 0 | 3 | (8,6) |
| | 1 | 20 | (57,1) |
| | 2 | 10 | (28,6) |
| | >2 | 2 | (5,7) |
| Nombre de DPC réalisés en 2014, n (%) | 0 | 1 | (2,9) |
| | 1 | 18 | (51,4) |
| | 2 | 14 | (40,0) |
| | >2 | 2 | (5,7) |
| Motivations pour réaliser un DPC, n (%) | Meilleure prise en charge | 22 | (62,9) |
| | Besoin formation | 20 | (57,1) |
| | Intérêt personnel | 18 | (51,4) |
| | Obligation | 17 | (48,6) |
| | Incitation financière | 2 | (5,7) |
| Fréquence de DPC jugée nécessaire par an, n (%) | <1 | 2 | (5,7) |
| | 1 | 15 | (42,9) |
| | 2 | 16 | (45,7) |
| | ≥3 | 2 | (5,7) |
| Formats de formation déjà suivis, n (%)* | Présentiel | 28 | (80,0) |
| | Mixte | 9 | (25,7) |
| | E-learning | 6 | (17,1) |
| Si plusieurs types de formats suivis, format de formation préféré, n (%) (n=25) | E-learning | 16 | (64,0) |
| | Présentiel | 5 | (20,0) |
| | Mixte | 4 | (16,0) |
| Avantages du E-learning, n (%) | Souplesse d'organisation | 35 | (100) |
| | Autonomie d'apprentissage | 26 | (74,3) |
| | Gain de temps | 16 | (45,7) |
| | Attractivité/ludique | 11 | (31,4) |
| | Interactivité | 7 | (20,0) |
| | Aucun | 0 | (0) |

DPC : Développement professionnel continu

* : Chaque participant a suivi un ou plusieurs type(s) de format(s) de DPC

3.3 Le programme de DPC Asthme/BPCO

Près de 34,3% des répondants au QSI avaient déjà eu une formation antérieure sur l'asthme, dont 41,7% lors d'un congrès ou séminaire. Concernant la formation Asthme/BPCO, 94,3% ont trouvé cette formation claire, intéressante ou tout à fait intéressante, et étaient satisfaits du format E-learning (Figure 11). La durée était considérée comme adaptée pour 71,3% des utilisateurs, trop courte pour 5,7% et un peu trop longue pour 22,9% d'entre eux. Les points

forts de la formation étaient par ordre de fréquence : le format E-learning (88,6%), le contenu (54,3%), la présence de vidéos (42,9%) et la durée (34,3%) (Figure 12). Les points d'amélioration concernaient le contenu (42,9%), l'ergonomie d'utilisation (40%) et la durée de la formation (28,6%) (Figure 12).

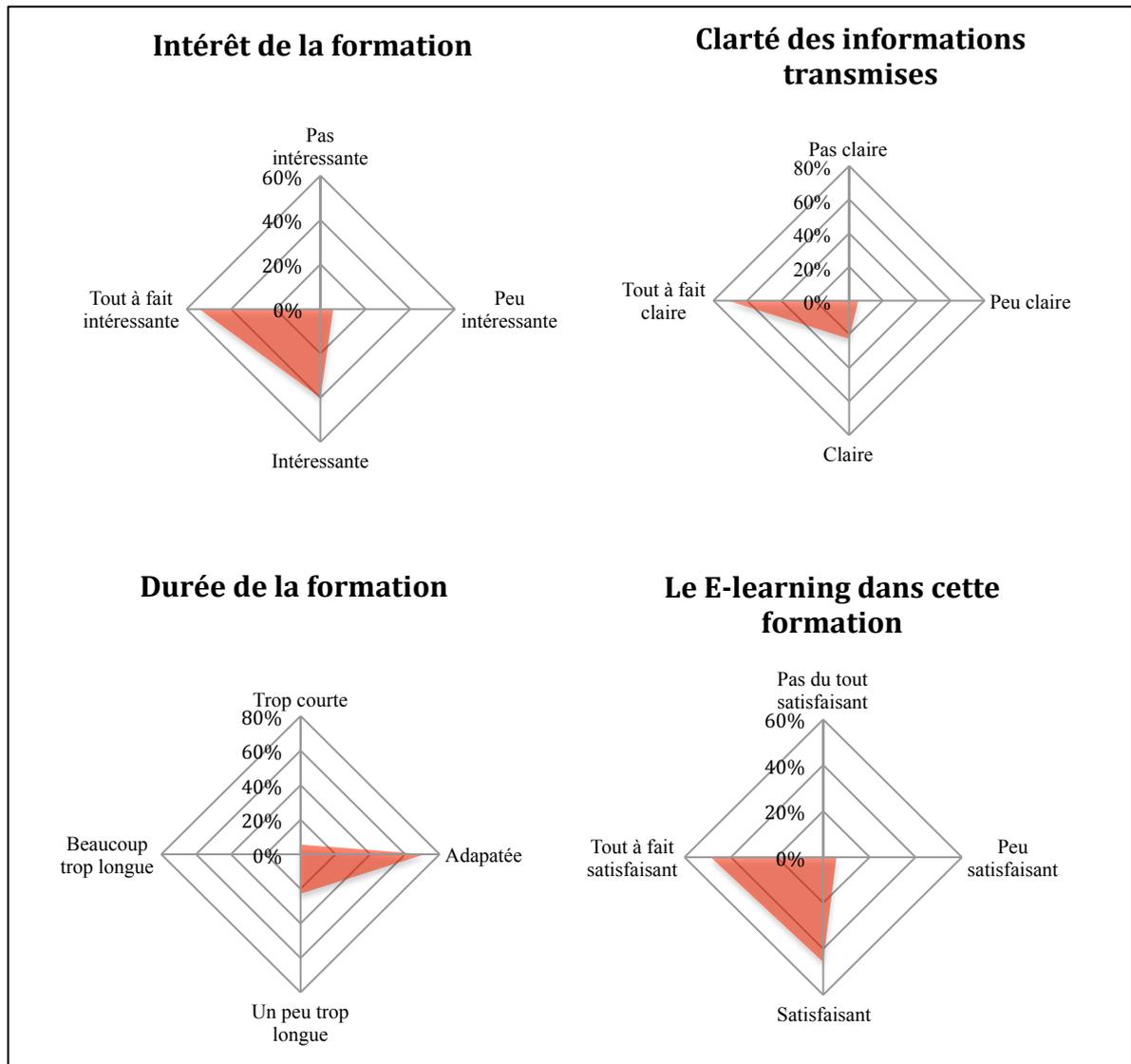


Figure 11. Satisfaction des participants répondant au questionnaire de satisfaction et d'impact (QSI) concernant l'intérêt, la clarté, la durée et le format E-learning du programme de DPC Asthme/BPCO (n=35).

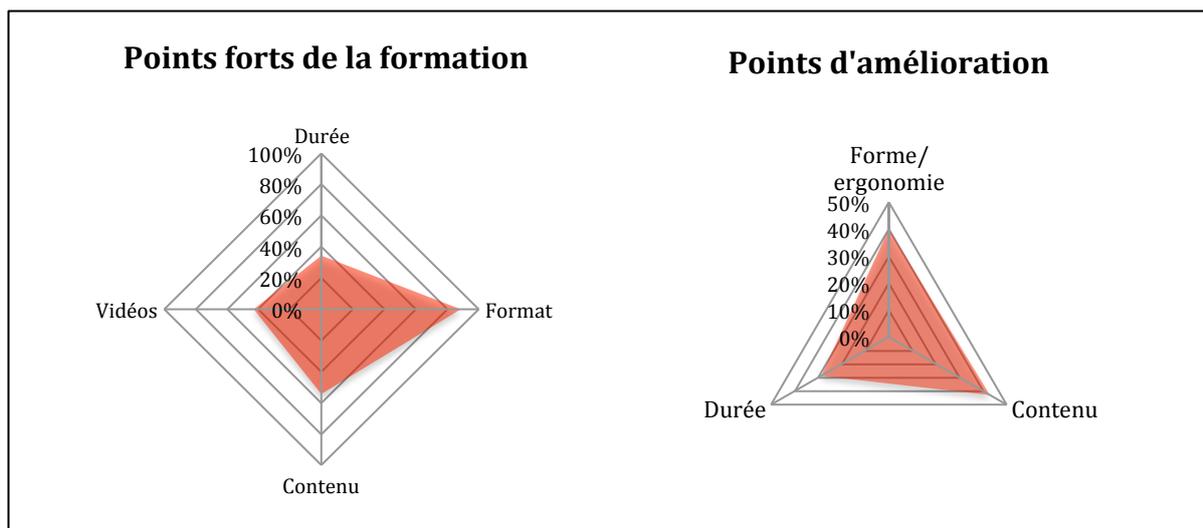


Figure 12. Points forts et points d'amélioration du programme de DPC Asthme/BPCO selon les participants répondant au questionnaire de satisfaction et d'impact (QSI) (n=35).

3.4 Les entretiens pharmaceutiques

Les entretiens pharmaceutiques étaient réalisés par 80% des pharmaciens répondants au QSI. Tous ces pharmaciens (n=30) effectuaient des entretiens pharmaceutiques sur les anti vitamines K (AVK) et 73,3% avaient déjà été formés pour cet exercice (Tableau VII). Concernant l'asthme, 20,8% des pharmaciens avaient déjà fait des entretiens avant la mise en place officielle par les autorités compétentes. La plupart de ces entretiens étaient réalisés dans les locaux de l'officine, dans une salle dédiée ou non à cet exercice (91,7%).

En ce qui concerne l'intérêt porté aux entretiens pharmaceutiques par les pharmaciens, 76,6% trouvaient cet exercice utile, voire même très utile. L'avantage perçu était particulièrement le contact avec le patient pour 70% des répondants. La valorisation de l'image du pharmacien et la diversification des missions étaient citées respectivement par 10 et 6,7% des répondants. Le contact avec les autres professionnels de santé n'a pas été décrit comme un avantage aux entretiens pharmaceutiques. Enfin, 13,3% des répondants n'ont trouvé aucun avantage à cet exercice. Les difficultés rencontrées lors des entretiens pharmaceutiques étaient d'ordre organisationnel pour 36,7% des répondants. La principale difficulté résidait dans la réticence des patients envers cette nouvelle mission du pharmacien d'officine (50%). La plupart des personnes interrogées ne considéraient pas cet exercice comme suffisamment rémunérateur (70%). Pour ce groupe de personnes (n=21), la rémunération devrait se trouver entre 50 et 100 euros (61,9%).

Tableau VII. Les entretiens pharmaceutiques : formation, réalisation, avantages et inconvénients selon les pharmaciens répondant au questionnaire de satisfaction et d'impact (QSI).

| Variable | | Population (n=30) | |
|--|---|-------------------|--------|
| Formation sur les entretiens, n (%) | Oui | 22 | (73,3) |
| Réalisation d'entretiens, n (%) | Oui | 24 | (80,0) |
| Nombre d'entretiens AVK déjà réalisés, n (%) | 1 à 5 | 7 | (29,2) |
| | 6 à 10 | 9 | (37,5) |
| | 11 à 15 | 4 | (16,7) |
| | >15 | 4 | (16,7) |
| Nombre d'entretiens Asthme déjà réalisés, n (%) | 0 | 19 | (79,2) |
| | 1 à 5 | 4 | (16,7) |
| | 6 à 10 | 1 | (4,2) |
| Intérêt perçu des entretiens (Pharmaciens), n (%) | Inutile | 1 | (3,3) |
| | Peu utile | 6 | (20,0) |
| | Utile | 16 | (53,3) |
| | Tout à fait utile | 7 | (23,3) |
| Avantages des entretiens, n (%) | Contact avec le patient | 21 | (70,0) |
| | Valorisation de l'image | 3 | (10,0) |
| | Diversification mission | 2 | (6,7) |
| | Contact avec les autres professionnels de santé | 0 | (0,0) |
| | Aucun | 4 | (13,3) |
| Difficultés rencontrées, n (%) | Réticence des patients | 15 | (50,0) |
| | Organisation | 11 | (36,7) |
| | Réticence des autres professionnels de santé | 1 | (3,3) |
| | Durée/temps | 1 | (3,3) |
| | Salle | 0 | (0,0) |
| | Aucune | 2 | (6,7) |
| | | | |
| Rémunération des entretiens, n (%) | Insuffisant | 5 | (16,7) |
| | Peu suffisant | 16 | (53,3) |
| | Suffisant | 9 | (30,0) |
| | Tout a fait suffisant | 0 | (0,0) |
| Montant souhaité pour la rémunération des entretiens si jugé insuffisant ou peu suffisant, n (%), (n=21) | 50 à 100 euros | 13 | (61,9) |
| | 100 à 150 euros | 7 | (33,3) |
| | 150 à 200 euros | 1 | (4,8) |
| | >200 | 0 | (0,0) |

AVK : Anti-vitamine K

3.5 Impact du programme de formation sur l'exercice pharmaceutique

Plus de 86% des personnes ayant répondu au QSI ont jugé que la mise en place des entretiens pharmaceutiques était possible après cette formation (Tableau VIII). Pour tous les autres, le

manque d'expérience pratique a été cité comme limite. Le manque de formation théorique (25%) ainsi que les locaux de la pharmacie inadaptés (25%) et un manque d'effectif (50%) ont également été mentionnés.

Tableau VIII. Impact ressenti de la formation « Quez'0₂ » sur l'exercice pharmaceutique à l'officine selon les pharmaciens répondant au questionnaire de satisfaction et d'impact (QSI) (n=30).

| Variable | | Population (n=30) | |
|--|---------------------------------|-------------------|--------|
| Entretiens possibles à la suite de la formation, n (%) | Oui | 26 | (86,6) |
| Points importants à aborder en entretien, n (%) | Manipulation des dispositifs | 29 | (96,7) |
| | Observance des traitements | 27 | (90,0) |
| | Symptômes évocateurs de gravité | 18 | (60,0) |
| | Objectifs thérapeutiques | 12 | (40,0) |

Près de 92% des utilisateurs ont jugé cette formation utile pour l'exercice pharmaceutique et satisfaisante pour les entretiens pharmaceutiques (Figure 13) (cf. Annexe 5 : utilité de la formation pour chaque thématique). A l'issue de la formation, les participants ont cité majoritairement l'explication de la manipulation des dispositifs d'inhalation (96,6%) et l'observance (90%) comme points principaux à aborder avec le patient pendant les entretiens thérapeutiques.

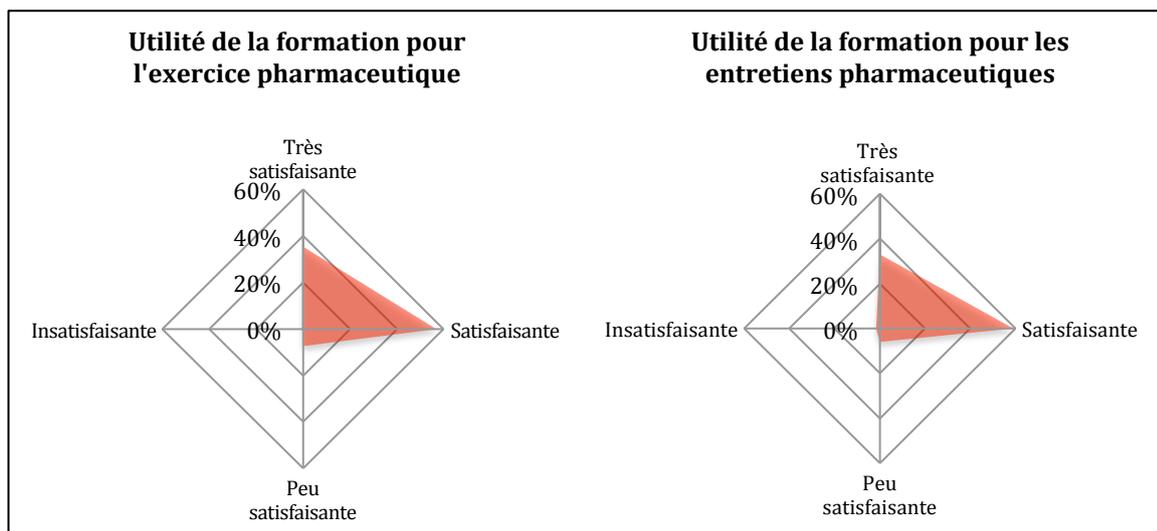


Figure 13. Utilité du programme de DPC concernant l'exercice pharmaceutique et la mise en place des entretiens pharmaceutiques à l'officine selon les pharmaciens répondant au questionnaire de satisfaction et d'impact (QSI) (n=30).

Parmi les 500 adhérents de C&J Formation ayant commencé le programme de formation, une amélioration statistiquement significative des notes aux QEC a été observée pour tous les modules de formation, avec une moyenne globale passant de 11,7±1,9 / 20 en pré-thématique à 15,7±2,0 / 20 en post-thématique ($p < 10^{-4}$) (Tableau IX). L'évolution la plus importante concernait la thématique « généralités Asthme/BPCO », avec un écart de +6,4 points ($p < 10^{-4}$), soit une moyenne passant de 8,3±4,7 en pré-thématique à 14,7±4,4 en post-thématique.

Tableau IX. Résultats des questionnaires d'évaluation des connaissances (QEC) pré et post-thématiques pour tous les participants ayant réalisé au moins un module de formation.

| Thématique du QEC | n | Note moyenne (± écart-type) pré- thématique (/20) | Note moyenne (± écart-type) post- thématique (/20) | p |
|---|-----|---|--|-------------------|
| A la découverte de l'EPP | 253 | 13,7±4,2 | 15,9±3,7 | <10 ⁻⁴ |
| Asthme et BPCO | 273 | 8,3±4,7 | 14,7±4,4 | <10 ⁻⁴ |
| Le contrôle de l'asthme : un enjeu majeur ! | 248 | 10,9±4,4 | 13,9±4,2 | <10 ⁻⁴ |
| Prise en charge thérapeutique de la crise d'asthme – Etat de mal | 240 | 9,9±3,4 | 12,2±3,4 | <10 ⁻⁴ |
| Prise en charge thérapeutique au long cours de l'asthme (et de la BPCO) | 207 | 10,3±3,8 | 13,7±3,9 | <10 ⁻⁴ |
| Principe et théorie de la mesure du souffle : EFR, Peakflow, Pico | 195 | 9,5±4,5 | 13,8±3,8 | <10 ⁻⁴ |
| La manipulation des systèmes d'inhalation | 192 | 13,0±3,9 | 17,0±3,8 | <10 ⁻⁴ |
| La spécificité de l'asthme de l'enfant | 195 | 10,8±4,8 | 16,8±3,7 | <10 ⁻⁴ |
| Mise en place des entretiens pharmaceutiques et approche éducative du patient asthmatique | 82 | 12,2±3,3 | 16,2±3,1 | 0,003 |
| Note globale | 49 | 11,7±1,9 | 15,7±2,0 | <10 ⁻⁴ |

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

EFR : Exploration fonctionnelle respiratoire

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

QEC : Questionnaire d'évaluation des connaissances

L'analyse de sensibilité réalisée sur les participants ayant répondu une seule fois aux questionnaires pré-thématiques a montré des résultats similaires (Tableau X).

Tableau X. Résultats des questionnaires d'évaluation des connaissances (QEC) pré et post-thématiques pour tous les participants ayant réalisé au moins un module de formation et répondu une seule fois au questionnaire pré-thématique (analyse de sensibilité).

| Thématique du QEC | n | Note moyenne (± écart-type) pré- thématique (/20) | Note moyenne (± écart-type) post- thématique (/20) | p |
|---|----------|--|---|-------------------|
| A la découverte de l'EPP | 201 | 13,0±3,9 | 15,8±3,5 | <10 ⁻⁴ |
| Asthme et BPCO | 183 | 7,9±4,4 | 14,7±4,3 | 0,0007 |
| Le contrôle de l'asthme : un enjeu majeur ! | 187 | 10,9±4,3 | 14,1±4,0 | <10 ⁻⁴ |
| Prise en charge thérapeutique de la crise d'asthme – Etat de mal | 181 | 9,7±3,3 | 12,1±3,5 | <10 ⁻⁴ |
| Prise en charge thérapeutique au long cours de l'asthme (et de la BPCO) | 151 | 10,2±3,7 | 13,4±3,7 | <10 ⁻⁴ |
| Principe et théorie de la mesure du souffle : EFR, Peakflow, Pico | 154 | 9,4±4,5 | 13,5±3,6 | <10 ⁻⁴ |
| La manipulation des systèmes d'inhalation | 159 | 12,8±3,9 | 16,9±3,8 | 10 ⁻⁴ |
| La spécificité de l'asthme de l'enfant | 159 | 10,7±4,8 | 16,8±3,7 | 10 ⁻⁴ |
| Mise en place des entretiens pharmaceutiques et approche éducative du patient asthmatique | 76 | 12,3±3,2 | 16,1±3,1 | 0,002 |
| Note globale | 21 | 11,3±1,6 | 15,7±1,6 | 0,003 |

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive
 EFR : Exploration fonctionnelle respiratoire
 EPP : Evaluation des pratiques professionnelles
 QEC : Questionnaire d'évaluation des connaissances

Parmi les 134 pharmaciens ayant terminé la formation, une évolution des pratiques professionnelles a été constatée entre le début et la fin du programme de formation, avec notamment une augmentation significative du nombre d'accompagnements de patients asthmatiques (3,49±5,7 vs. 5,19±5,69), d'entretiens pharmaceutiques (0,72±1,31 vs. 1,54±1,74) et de dossiers pharmaceutiques (DP) réalisés (6,2±7,74 vs. 7,39±7,87) et consultés par la suite (2,42±3,53 vs. 2,91±2,96) (Tableau XI). Le nombre de patients déclarant mieux gérer leur pathologie et être rassurés par l'accompagnement pharmaceutique était aussi en augmentation après la formation ($p < 10^{-4}$). Au sein des équipes officinales, ont été observées

une augmentation du temps consacré au thème des antiasthmatiques (1,45±1,37 vs. 2,5±1,9 heures) ainsi qu'une augmentation du nombre de partages d'informations issues des entretiens (0,91±1,87 vs. 2,28±2,29) et d'informations d'ordre « technique » (1,38±1,25 vs. 2,37±1,56). Le nombre moyen d'interventions pharmaceutiques, en lien avec le contenu de la formation, réalisées auprès des prescripteurs a augmenté, passant de 1,39±1,65 par semaine en pré-formation à 1,56±1,6 en post-formation.

Tableau XI. Résultats du questionnaire d'analyse des pratiques (QAP) pour tous les pharmaciens ayant réalisé les étapes 1 et 3 du programme de formation Asthme/BPCO.

| Question | n | Moyenne T1 (± écart-type) | Moyenne T2 (± écart-type) | p |
|--|-----|------------------------------|------------------------------|-------------------|
| Nombre de patients asthmatiques suivis | 109 | 3,49±5,7 | 5,19±5,69 | <10 ⁻⁴ |
| Nombre de dossiers pharmaceutiques ouverts | 102 | 6,2±7,74 | 7,39±7,87 | <10 ⁻⁴ |
| Nombre de consultations des dossiers pharmaceutiques | 96 | 2,42±3,53 | 2,91±2,96 | <10 ⁻⁴ |
| Nombre d'heures en moyenne par mois consacrées au thème des antiasthmatiques | 107 | 1,45±1,37 | 2,5±1,9 | <10 ⁻⁴ |
| Nombre d'entretiens pharmaceutiques (ou s'en rapprochant) réalisés | 104 | 0,72±1,31 | 1,54±1,74 | <10 ⁻⁴ |
| Nombre de partages d'informations issues des entretiens pharmaceutiques avec l'équipe pharmaceutique | 88 | 0,91±1,87 | 2,28±2,29 | <10 ⁻⁴ |
| Nombre hebdomadaire de partages d'informations d'ordre « technique » avec l'équipe pharmaceutique | 105 | 1,38±1,25 | 2,37±1,56 | 0,0003 |
| Nombre hebdomadaire d'interventions auprès du prescripteur au travers d'interventions pharmaceutiques | 104 | 1,39±1,65 | 1,56±1,6 | <10 ⁻⁴ |
| Nombre de patients se déclarant rassurés par l'accompagnement pharmaceutique | 90 | 1,84±2,47 | 3,37±3,01 | <10 ⁻⁴ |
| Nombre de patients déclarant mieux gérer leur traitement et leur asthme à l'issue de l'accompagnement pharmaceutique | 90 | 1,72±2,43 | 3,0±2,74 | <10 ⁻⁴ |

T1 : score obtenu dans la 1^{ère} partie du programme de formation

T2 : score obtenu dans la 3^{ème} partie du programme de formation

IV. Discussion

Cette étude visait à analyser l'impact d'un programme de DPC sur l'exercice pharmaceutique à l'officine, concernant l'amélioration des connaissances et des compétences des pharmaciens et préparateurs en pharmacie. Une amélioration statistiquement significative des connaissances des professionnels de santé a été mise en évidence entre les deux temps d'évaluation, pré et post-thématique (+4 points sur 20 en moyenne, $p < 10^{-4}$). Toutes les thématiques abordées dans la formation Asthme/BPCO étaient associées à un impact positif significatif sur les connaissances des participants. Les résultats de cette étude montrent également une amélioration des pratiques professionnelles en terme d'intérêt croissant des pharmaciens pour l'accompagnement et le suivi des patients asthmatiques (augmentation du nombre de patients suivis, d'ouverture et de consultation de DP) ainsi que par l'augmentation du temps consacré au thème des antiasthmatiques et le développement du partage d'informations et d'expériences avec l'équipe officinale ou les autres professionnels de santé.

Cette étude est, à notre connaissance, la première réalisée en France concernant l'impact d'un programme de DPC sous format E-learning sur l'exercice pharmaceutique. Sa réalisation en conditions réelles, dans le cadre d'un programme validant pour l'obligation annuelle de formation et encadrée par une structure de formation habilitée et expérimentée, représente un des atouts majeurs de cette étude. Des critères objectifs (QAP et QEC) et subjectifs (QSI) ont été pris en compte, afin d'évaluer l'évolution des connaissances et des pratiques professionnelles. La méthodologie utilisée est conforme au modèle de Kirkpatrick, destiné à l'évaluation de l'impact d'une formation sur les participants (58,59). Ce modèle repose sur quatre niveaux : l'évaluation des réactions (niveau 1), l'évaluation de l'apprentissage (niveau 2), l'évaluation du comportement (niveau 3) et l'évaluation des résultats (niveau 4). Dans notre étude, les deux premiers niveaux du modèle de Kirkpatrick ont été évalués. Le QSI représente le niveau 1 du modèle, c'est-à-dire l'analyse de la satisfaction de l'apprenant sur différents points de la formation (contenu, format, outils d'apprentissage, etc.). Le niveau 2 du modèle de Kirkpatrick est représenté d'une part par le QAP avec l'évaluation de l'amélioration des compétences, et d'autre part par les QEC avec l'évaluation de l'acquisition des connaissances. L'analyse séparée des différentes thématiques (QEC) et des différents facteurs de compétences (QAP) a mis en évidence l'implication de chaque module ou facteur abordé dans l'amélioration globale des connaissances et des pratiques professionnelles. Le QAP souligne également une évolution du ressenti des patients à la suite de

l'accompagnement pharmaceutique. Ce résultat, suggérant la capacité des pharmaciens à réaliser des entretiens de qualité, peut être imputé à la formation « Quez'O₂ », en raison des multiples outils d'aide à la réalisation d'entretiens présents dans le programme. Cet aspect pourrait être considéré, dans le modèle de Kirkpatrick, comme une évolution comportementale du pharmacien (niveau 3), soit un transfert d'apprentissage au patient.

Des données détaillées concernant les entretiens pharmaceutiques, reflet de la compétence des pharmaciens, ont été recueillies dans notre étude. Les résultats montrent le développement de cette nouvelle mission dans l'exercice pharmaceutique. La composition de la clientèle des pharmacies participantes, faite majoritairement de patients fidèles, peut faciliter le développement de ces entretiens par les liens pharmaciens/patients déjà présents. Toutefois, ces mêmes patients sont également désignés par les participants comme la principale difficulté de l'exercice, étant donné leur réticence à développer ce contact avec le pharmacien. Le patient est donc à la fois la motivation du pharmacien et sa limite. D'autre part, la rémunération est jugée majoritairement insuffisante au vu du temps nécessaire à la préparation et à l'exécution des entretiens. Cet aspect met en lumière une inquiétude des pharmaciens quant à la diversification nécessaire des modes de rémunération dans une conjoncture économique difficile.

C&J Formation dispose d'un panel de pharmacies adhérentes potentiellement représentatif des pharmacies nationales car diversifié en taille, localisation et clientèle. Le profil des répondants au QSI semble par ailleurs représentatif de la population officinale nationale, la proportion de femmes en France étant de 67% avec une moyenne d'âge de 46,5 ans (60). Le faible taux de réponse au QSI limite la généralisation des résultats. Toutefois les données issues des QEC et QAP, résultant de plus grands échantillons, supportent les résultats obtenus avec le QSI. Ces résultats doivent être confirmés par d'autres études, notamment réalisées à long terme, afin de conforter la place d'un dispositif de DPC en pharmacie d'officine. Les résultats relatifs à l'appréciation du format de formation E-learning sont d'autant plus difficiles à généraliser que les participants à la formation peuvent être considérés comme un « public acquis » étant donné la démarche initiale d'adhérer à C&J Formation. Les participants se considéraient donc aptes à suivre une formation à distance et à l'apprécier. Certains avaient déjà reçu une formation E-learning par C&J Formation, notamment le programme « Quez'ACO » concernant les AVK, pouvant induire un biais de sélection pour la formation sur l'asthme et la BPCO. La satisfaction des apprenants concernant le E-learning

dans cette formation peut également être relativisée de par la multitude de critères entrant en réalité dans le jugement de satisfaction. Ainsi, même si le E-learning est plébiscité, il ne faut pas oublier la place de la méthode pédagogique employée, du contenu des formations et de la qualité des thématiques choisies par l'équipe de C&J Formation, ainsi que le confort d'utilisation de la plateforme Spiral connect. Tous ces facteurs doivent être pris en compte dans la satisfaction globale de l'utilisateur.

Plusieurs facteurs de confusion, qui n'ont pas été pris en compte dans cette étude (données sociodémographiques, durée de la formation, formations ou visites médicales pendant la période de formation, partage d'informations avec d'autres professionnels de santé, etc.) peuvent influencer l'amélioration des connaissances et des compétences. Cependant, le temps de formation pour chaque thématique était court, limitant potentiellement l'influence de ces facteurs extérieurs. Par ailleurs, l'amélioration des connaissances des apprenants a été jugée à partir des notes obtenues lors de la première soumission aux QEC pré et post-thématiques, plus représentatives de l'état de connaissances réelles des participants. Afin de prendre en compte le nombre de soumissions aux QEC pré-thématiques, un ajustement a été réalisé sur cette variable. L'analyse de sensibilité réalisée chez les apprenants s'étant soumis à un seul QEC pré-thématique montrait des résultats similaires. Les résultats des auto-évaluations par QEC réalisées pour chaque thématique sont cohérents avec ceux obtenus par auto-questionnaires, suggérant une influence limitée du biais de déclaration inhérent aux auto-questionnaires. Par ailleurs, l'hétérogénéité des connaissances et des compétences initiales des participants a été prise en compte en étudiant uniquement l'évolution individuelle des scores obtenus en pré et post-formation par appariement des données.

Les résultats de notre étude suggèrent un impact positif d'un programme de formation sur l'exercice pharmaceutique dans une démarche de DPC. Ces résultats sont cohérents avec les données de la littérature (61–65). Une étude réalisée en Inde a mis en place une méthodologie similaire concernant l'évaluation des compétences et des connaissances acquises. Un score CAP (connaissances, attitudes et pratiques professionnelles) a ainsi été créé, et analysé en pré et post-formation. Une amélioration globale du score a été mise en évidence ($13,77 \pm 3,51$ vs. $23,27 \pm 3,25$, $p < 0,05$) (65). Une augmentation du score de connaissance ($p < 0,05$) et de compétence ($p < 0,05$) a également été retrouvée pour tous les modules de formation et les différents facteurs de compétences (65). Une autre étude réalisée dans cinq états des Etats-Unis conclut que lorsque les pharmaciens sont formés et soutenus correctement, le DPC peut

jouer un rôle important dans le perfectionnement professionnel (66). Plus largement dans le domaine médical, plusieurs études réalisées dans diverses professions de santé soutiennent nos résultats en montrant l'impact positif d'une formation continue (67,68).

Dans notre analyse, un ressenti positif des participants vis-à-vis du DPC a été mis en évidence en termes d'intérêt et d'utilité pour l'exercice pharmaceutique. Les résultats suggèrent une amélioration des connaissances utiles à l'exercice pharmaceutique. De même, l'utilité ressentie du programme de formation pour la mise en place des entretiens pharmaceutiques suggère une amélioration des compétences des utilisateurs, la réalisation des entretiens étant une compétence pharmaceutique. En cohérence avec nos résultats, une étude anglaise a montré que 94% des sondés étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec une amélioration des connaissances et 52% avec une amélioration des compétences pratiques suite à une formation DPC (68). Par ailleurs, parmi les notions abordées dans notre programme, les participants jugeaient important d'insister pendant les entretiens sur l'observance et la manipulation des dispositifs d'inhalation. Des vidéos de démonstration de l'utilisation des dispositifs d'inhalation ont été réalisées, pouvant influencer sur le contenu des entretiens pharmaceutiques et améliorer ainsi les compétences du pharmacien pour la prise en charge du patient.

La pertinence du format E-learning dans l'amélioration des connaissances et des compétences pharmaceutiques à court terme a été démontrée dans la littérature (26,28,29). L'amélioration des connaissances dans notre étude était de 20% (+4/20, $p < 10^{-4}$). Une augmentation similaire du score des connaissances, respectivement de 22 et 16%, a été retrouvée dans deux études antérieures relatives à une formation sur les pathologies rénales et les maladies infectieuses (28,29). L'amélioration des compétences observée dans notre étude est difficilement comparable à celle retrouvée dans la littérature, étant donné la multitude de critères pris en compte dans les différentes études. Toutefois, les conclusions sont similaires.

Le E-learning comme moyen d'apprentissage a été approuvé par une grande majorité des participants (intérêt, clarté, durée), 94,3% d'entre eux étant satisfaits de ce format. Une proportion semblable a déjà été retrouvée dans une étude portant sur 236 participants. Les auteurs avaient montré un taux d'appréciation de 91% et un taux d'efficacité ressenti pour l'apprentissage de 92% pour ce type de formation (29). Ces résultats suggèrent la capacité du format E-learning à être utilisé pleinement dans le cadre du DPC en officine, répondant aux questionnements soulevés par son développement récent. Par ailleurs, notre étude montre une

adhésion au E-learning, particulièrement en raison de sa souplesse d'apprentissage (temporelle et spatiale). Ces résultats soulignent un atout majeur de ce format asynchrone pouvant favoriser son essor en pharmacie, eu égard aux contraintes inhérentes au métier de pharmacien d'officine (contraintes présentielle en pharmacie, isolement géographique pour certains professionnels, etc.). La satisfaction des utilisateurs pour la réponse apportée en terme de souplesse d'apprentissage par le format E-learning a été retrouvée dans plusieurs études. (20,31,69). Dans une étude réalisée sur 99 étudiants, 80% d'entre eux soutenaient la pertinence d'un cours en ligne si cela améliorait leur flexibilité dans l'apprentissage (31). De même, 68% des participants à un programme en ligne préféraient l'offre asynchrone par rapport à l'offre synchrone en raison de sa flexibilité horaire (69). Cependant, la formation des utilisateurs aux outils numériques pourrait discriminer une partie de la population, peu habituée à la manipulation de ces outils. Nos résultats n'ont pas mis en évidence de difficulté d'utilisation de ce dispositif, peut-être en partie dû au fait que le choix initial des utilisateurs d'opter pour le E-learning signifiait une aisance par rapport à ce type d'outils. Par ailleurs, la présence d'un « mode d'emploi » dans le « Quez'O₂ », facilitant l'appropriation des différents outils mis à disposition, est un atout pouvant aussi expliquer la simplicité d'utilisation de cette formation en ligne.

Une majorité des participants de notre étude préférait le format E-learning par rapport aux autres formats déjà expérimentés (64%). Ce résultat est contredit par plusieurs travaux publiés dans la littérature (31,70). Une étude comparative post-intervention montrait que la satisfaction des utilisateurs était significativement supérieure dans le cas d'une formation présentielle comparée à la même formation en E-learning, démontrant que le E-learning ne remplaçait pas encore les méthodes traditionnelles sur tous les aspects de la satisfaction des apprenants (70). De même, une autre étude soulignait que la majorité des étudiants considéraient qu'il était plus difficile de comprendre le contenu d'un cours avec des conférences sur le Web (55%) et ne souhaitaient pas un remplacement de tous les cours traditionnels par des cours en ligne (70%) (31). Toutefois, une méta-analyse de la littérature anglo-saxonne est plus contrastée (21). Cette méta-analyse repose sur 14 études jugeant la satisfaction des utilisateurs sur le E-learning, 6 montrant une équivalence entre E-learning et présentiel, 6 une supériorité du présentiel par rapport au E-learning et 2 une supériorité du E-learning par rapport au présentiel. Ces résultats contradictoires pourraient s'expliquer par le caractère protéiforme du E-learning : comment comparer des formats sans poser auparavant

des normes quant aux méthodes pédagogiques, aux contenus, aux plateformes numériques et s'assurer de la formation des intervenants aux outils numériques disponibles.

Malgré la satisfaction globale de la formation DPC, l'intérêt que lui portaient les participants était contrasté. La meilleure prise en charge des patients était certes leur première motivation pour la réalisation d'une démarche de formation continue, toutefois la notion d'obligation était également citée par plus de 48% des sondés. Cette donnée est soutenue dans la littérature pharmaceutique internationale. L'exigence d'une démarche de DPC pour conserver sa licence professionnelle est citée comme le deuxième point de facilitation après le désir personnel d'apprendre (71). Dans notre étude, 42,9% des professionnels de santé n'auraient pas réalisé de DPC s'il n'y avait pas d'obligation, ce qui suggère une absence d'intérêt ressenti du DPC pour la bonne tenue de l'exercice officinal. Ce résultat est retrouvé dans une étude américaine qui avait montré que 53% des pharmaciens interrogés n'étaient pas certains du bénéfice pouvant être apporté par le dispositif de DPC (72). Par ailleurs, nos résultats interrogent sur l'information délivrée par les autorités de santé aux professionnels concernant l'intérêt du DPC, la formation continue étant exposée comme un gage de qualité de l'exercice pharmaceutique notamment par les instances ordinales et son développement étant un objectif de la fédération internationale pharmaceutique (FIP) (73,74). Enfin, la majorité des participants considère qu'un seul DPC par an est nécessaire et suffisant ; ceci peut être mis en relation avec la notion d'obligation annuelle de formation : nécessaire pour continuer d'exercer au vu de l'obligation mais peut-être insuffisant pour garantir la qualité de l'exercice officinal ?

V. Conclusion

Notre étude suggère un impact significatif du DPC sur l'exercice pharmaceutique en officine et le format E-learning est montré comme un moyen efficace et satisfaisant dans cette démarche. Cette étude pourrait contribuer à une prise en compte de l'intérêt d'une formation continue en pharmacie d'officine par les professionnels et les institutions de santé. Ainsi, ces résultats pourraient servir d'outils d'information pour l'acceptation du DPC en officine.

3^{ème} partie : Discussion générale

La promotion du dispositif de DPC depuis sa création a été assurée par les Ordres des professions de santé, la presse professionnelle et les institutions de santé. Le mot d'ordre est l'adhésion des professionnels. La question du financement de la généralisation du dispositif en France pour tous les acteurs de santé a été occultée ; c'est pourtant une question majeure à aborder, particulièrement depuis l'obligation de formation continue. A-t-on réellement les moyens de former tous les professionnels de santé et dans quelles conditions ?

Le DPC est une évolution des professions de santé permettant d'améliorer les soins. Il concerne non seulement les pharmaciens mais aussi les médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, sages-femmes et pédicures podologues. Tous les acteurs de santé sont donc impliqués dans la même démarche.

En 2014, 18 000 professionnels de santé par mois en moyenne se sont inscrits à un programme de DPC avec un pic à 24 000 inscriptions en septembre (75). Comment financer tous les programmes? Le DPC ne serait-il pas victime de son succès (ou de son obligation) ? C'est en tout cas ce que pense l'OGDPC qui, dans un communiqué de presse datant du 16 octobre 2014, tente d'assurer la continuité jusqu'à la fin de l'année en restreignant le nombre de DPC par professionnel à un seul programme à compter du 17 octobre (75). Toutefois, les inscriptions à un ou plusieurs programmes de DPC avant cette date seront bien prises en charge par l'organisme, dans la limite bien entendu de l'enveloppe annuelle. Dans un contexte de promotion de la formation continue, cette nouvelle a soulevé l'indignation des syndicats des différentes professions concernées (76,77). Afin de finir l'année, le budget alloué à l'OGDPC pour réaliser sa mission de formation a d'ores et déjà été augmenté de 13 millions d'euros (75).

Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) datant d'avril 2014 notait déjà qu'il n'y avait « aucune assurance » de financement inhérent à l'obligation généralisée de DPC (78). Le rapport note aussi l'incohérence entre le manque de moyens financiers dédiés à ce dispositif et les sanctions à court terme qu'encourent les professionnels n'ayant pas satisfait à leur obligation de formation continue, comme si « *les pouvoirs publics ne croyaient pas à la force de l'obligation qu'ils ont instaurée* ». Dans cette situation, comment parler d'obligation de formation ?

Le coût global du dispositif de DPC à la charge de l'OGDPC dans les conditions actuelles s'élèverait à 565 millions d'euros pour tous les professionnels. Or le financement est à ce jour de 155 millions d'euros, soit un manque de plus de 400 millions d'euros. L'augmentation du budget de 13 millions d'euros sera suffisant pour assurer le financement des programmes de DPC de l'année 2014 mais ne représente qu'une partie infime des besoins nécessaires dans les années à venir. Alors former un professionnel de santé, oui, mais à quel prix ?

Augmenter le budget dans de telles proportions semble difficile étant donné les réductions de dépenses instaurées depuis plusieurs années, tous secteurs confondus. Des solutions sont envisagées notamment par l'IGAS (78). Parmi celles-ci nous retrouvons la validation de l'obligation de DPC par d'autres types de formation non financées par l'OGDPC ; reste à déterminer quel type de formation peut être utilisé et selon quels critères. Cette mesure permettrait de sortir une partie des professionnels du budget alloué afin de le consacrer aux personnes n'ayant bénéficié d'aucune formation. Une autre solution serait de réduire l'enveloppe dont bénéficie chaque professionnel selon sa profession. Toutefois une forte diminution pourrait compromettre la qualité des formations ainsi que le nombre de programmes réalisables par année. Enfin, une troisième solution serait de revenir sur l'obligation annuelle et se concentrer davantage sur la durée. Selon l'IGAS, l'OGDPC serait en mesure de financer un DPC tous les 3,6 ans. Ceci pourrait avoir pour conséquence de diminuer grandement l'impact du DPC.

Comme nous l'avons vu précédemment, la mesure retenue actuellement est la limitation du nombre de DPC par an et par professionnel à un seul programme, mais avec l'augmentation progressive du nombre d'inscriptions, ce système pourrait ne pas suffire dans un avenir proche. La solution consisterait en fait en un compromis entre les différentes propositions : augmenter un peu le budget, diminuer un peu les enveloppes, définir des contours moins stricts à l'obligation annuelle de formation, etc. Une autre réponse, en lien avec ce document pourrait être étudiée: le développement du E-learning. Ce type de formation peut, en théorie, limiter les coûts, particulièrement ceux concernant les déplacements des professionnels et la logistique nécessaire aux formations présentiels (locations de salle, formateurs réalisant de multiples sessions, etc.). Le coût de la formation par participant pourrait ainsi diminuer sensiblement. Cette diminution peut être appréhendée au travers des forfaits de prise en charge des pharmaciens pour l'année 2014 : si nous calculons le coût maximum de formation, c'est-à-dire pour 4 demi-journées en présentiel ou pour 7 étapes en E-learning, la différence est de 224 euros par participant. (Coût global maximum en présentiel (1 350 euros) – coût

global maximum en E-learning (1 126 euros) = 224 euros). Rappporter cette différence à la totalité des participants engendrerait une économie importante pour l'OGDPC. Toutefois, cette solution est envisageable uniquement si l'intégralité des formations peut être mise sous format E-learning, ce qui peut être valable dans le cas des programmes destinés aux pharmaciens d'officine mais difficilement transposable aux formations plus techniques, nécessitant par exemple l'apprentissage de nouvelles manipulations de matériel.

Le problème économique ne doit toutefois pas être uniquement analysé à court terme au vu des problèmes de financement actuels, mais doit aussi être considéré à long terme. En effet, la question initiale ne doit pas uniquement porter sur le coût du DPC mais doit également intégrer ce qu'il va rapporter en amélioration de la prise en charge des patients. Un patient mieux pris en charge est un patient qui par exemple, dans le cas de l'asthme, ne fera pas ou peu de crises, sera moins hospitalisé... donc engendrera moins de dépenses de santé.

Notre travail constitue une première étape justifiant l'intérêt de la formation continue à court terme. Une étude devrait être lancée afin d'analyser les retombées du DPC à long terme sur la diminution des coûts de santé.

Conclusion de la thèse

THESE SOUTENUE PAR : Adrien TRUPHEME

TITRE :

OBLIGATION ANNUELLE DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC) : QUEL IMPACT SUR L'EXERCICE PHARMACEUTIQUE À L'OFFICINE ?

CONCLUSION :

L'arrivée du développement professionnel continu (DPC) engage le pharmacien dans un processus de formation pérenne permettant d'asseoir son socle de connaissances théoriques et pratiques, afin d'améliorer la prise en charge du patient. La mise en place du DPC consécutive à l'obligation de formation continue a entraîné l'essor du E-learning comme méthode de formation, en théorie plus adaptée à l'activité du pharmacien d'officine. Le format E-learning n'est cependant pas sans poser des questions quant à sa réelle efficacité, son appréciation et les contraintes inhérentes aux formations à distance. L'étude de l'impact du DPC est nécessaire afin de démontrer l'utilité d'un tel dispositif sur l'exercice officinal. A notre connaissance, aucune étude concernant l'impact d'une formation DPC sous format E-learning n'a été réalisée en France.

Avec la mise en place des entretiens pharmaceutiques sur l'asthme en officine, un programme complet de DPC Asthme/BPCO en E-learning a été élaboré puis évalué afin de déterminer l'impact de cette formation, particulièrement en ce qui concerne l'amélioration des connaissances et des compétences des professionnels de santé (pharmaciens et préparateurs en pharmacie). Les résultats de cette étude montrent une amélioration significative des connaissances et des pratiques professionnelles en officine après la formation E-learning, suggérant la pertinence de la mise en place d'une formation continue pour les professionnels de santé. Cette étude montre également que le développement du format E-learning est encouragé non seulement pour son efficacité mais aussi pour l'adhésion qu'il rencontre auprès des participants. L'attrait pour ce format résulte notamment de l'absence de contraintes temporelles et spatiales inhérentes aux formations asynchrones en ligne, simplifiant l'aspect organisationnel pour les utilisateurs. Ainsi les pharmaciens semblent enclins au développement du numérique dans le cadre de la formation continue en pharmacie.

Malgré la réticence de certains professionnels de santé, percevant le DPC comme une obligation non nécessaire à la bonne tenue de l'exercice officinal, cette étude suggère son efficacité et peut donc servir d'argument dans la démarche d'information sur ce dispositif. Dans un contexte de développement des nouvelles missions pharmaceutiques, cette étude souligne par ailleurs une volonté des professionnels à prendre ce virage afin de diversifier leur métier, leur mode de rémunération, d'améliorer la prise en charge des patients et par conséquent permettre de conforter l'avenir du métier de pharmacien d'officine.

Bien que le DPC soit un atout indéniable pour garantir la mise à jour et l'amélioration des connaissances des professionnels de santé, son financement représente actuellement une difficulté majeure pour sa mise en application généralisée. Plusieurs solutions ont été proposées et aboutiront, dans les prochains mois, à des évolutions du dispositif, pouvant influencer de manière importante sur l'intérêt du DPC et son impact sur les professionnels de santé.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 26/11/2014

LE DOYEN



Pr. Christophe RIBUOT

LE PRESIDENT DE LA THESE

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke.

Dr. Pierrick BEDOUCH

Bibliographie

1. OMS: Maladies chroniques [Internet]. [Cité le 7 sept 2014]. Disponible en ligne: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
2. Haute Autorité de Santé - Développement professionnel continu (DPC) [Internet] [Cité le 26 sept 2014]. Disponible en ligne: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/fr/developpement-professionnel-continu-dpc
3. Procédure de suspension du droit d'exercer - Nos missions - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [Cité le 27 sept 2014]. Disponible en ligne: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/L-examen-de-la-capacite-a-exercer-la-pharmacie/Procedure-de-suspension-du-droit-d-exercer>
4. Haute Autorité de Santé: Le Collège de la HAS a validé la liste des méthodes et des modalités de DPC. 2013 [Internet]. [Cité le 9 sept 2014]. Disponible en ligne: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1349940/fr/le-college-de-la-has-a-valide-la-liste-des-methodes-et-des-modalites-de-dpc
5. Haute Autorité de Santé - Cadre légal et historique du DPC [Internet]. [Cité le 20 sept 2014]. Disponible en ligne: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288567/fr/cadre-legal-et-historique-du-dpc
6. Le développement professionnel continu (DPC) - Nos missions - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [Cité le 27 sept 2014]. Disponible en ligne: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/L-examen-de-la-capacite-a-exercer-la-pharmacie/Le-developpement-professionnel-continu-DPC>
7. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Legifrance [Internet]. [Cité le 23 sept 2014]. Disponible en ligne: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
8. Fédération des syndicats pharmaceutiques de France : note de synthèse relative à la formation pharmaceutique continue en pharmacie d'officine. [Internet]. [Cité le 25 juill 2014]. Disponible en ligne: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Formation_pharmaceutique_continue_en_pharmacie_d_of ficine_-_FSPF.pdf
9. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, version consolidée au 25 mai 2013 - Légifrance [Internet]. [Cité le 7 juill 2014]. Disponible en ligne: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&fastPos=1&fastReqId=1098424010&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

- 10.** Décret n° 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des pharmaciens - Legifrance [Internet]. [Cité le 21 sept 2014]. Disponible en ligne: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025062477&dateTexte=&categorieLien=id>
- 11.** Haute Autorité de Santé - Critères d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) [Internet]. [Cité le 14 sept 2014]. Disponible en ligne: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438005/fr/criteres-devaluation-des-pratiques-professionnelles-epp
- 12.** Haute autorité de santé: Organisation du dispositif de DPC - 2012 [Internet]. [Cité le 25 juill 2014]. Disponible en ligne: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_435723/fr/organisation-du-dispositif
- 13.** OGDPC - Forfaits programmes DPC pharmaciens - 2014 [Internet]. [Cité le 25 juill 2014]. Disponible en ligne: https://www.mondpc.fr/public/medias/ogdpc/pdf/Forfaits/FORFAITS_DPC_PHAR_2014.pdf
- 14.** Haute Autorité de Santé: Développement professionnel continu (DPC) – Mode d'emploi - 2012. [Internet]. [Cité le 9 sept 2014]. Disponible en ligne: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1221900/fr/developpement-professionnel-continu-dpc-mode-demploi
- 15.** OGDPC - Nous connaître [Internet]. [Cité le 23 sept 2014]. Disponible en ligne: https://www.ogdpc.fr/ogdpc/nous_connaître/11
- 16.** Ordre National des Pharmaciens - DPC : Installation de la CSI des pharmaciens - La lettre 16 (lundi 16 juillet 2012) [Internet]. [Cité le 23 sept 2014]. Disponible en ligne: <http://lalettre.ordre.pharmacien.fr/accueil-lettre-16/DPC-Installation-de-la-CSI-des-pharmaciens>
- 17.** OGDPC: Liste des organismes de DPC [Internet]. [Cité le 9 sept 2014]. Disponible en ligne: <https://www.ogdpc.fr/ogdpc/organismes>
- 18.** Haute Autorité de Santé. Développement professionnel continu – Méthode modalités de DPC. 2014.
- 19.** Canopé Créteil - Faire le point : la formation ouverte à distance (FOAD) [Internet]. [Cité le 25 sept 2014]. Disponible en ligne: <http://www.cndp.fr/crdp-creteil/doctice/872-faire-le-point--la-formation-ouverte-a-distance-foad>

20. Eric C. Buxton. Pharmacists' perception of synchronous versus asynchronous distance learning for continuing education programs. *Am J Pharm Educ.* Févr 2012;78(1):8.
21. Fenouillet F, Dero M. Le e-learning est-il efficace ? Une analyse de la littérature anglo-saxonne. *Savoir.* Mars 2006;(12):88–101.
22. Cook D, Levinson A, Garside S, Dupras D, Erwin P, Montori V. Internet-Based Learning in the Health Professions-A Meta-Analysis. *JAMA.* 2008;300(10):1181–96.
23. Coma Del Corral MJ, Guevara JC, Luquin PA, Pena HJ, Mateos Otero JJ. Usefulness of an internet-based thematic learning network: comparison of effectiveness with traditional teaching. *Med Inform Internet Med.* Mars 2006;31(1):59–66.
24. Frehywot S, Vovides Y, Talib Z, Mikhail N, Ross H, Wohltjen H, et al. E-learning in medical education in resource constrained low- and middle-income countries. *Hum Resour Health.* Févr 2013;11(1):4.
25. Ruiz, Jorge G. MD, Mintzer, Michael J. MD, Leipzig, Rosanne M. MD. The Impact of E-Learning in Medical Education. *AAMC.* Mars 2006;81(3):207–12.
26. Salter S, Karia A, Sanfilippo F, Clifford R. Effectiveness of E-learning in Pharmacy Education. *Am J Pharm Educ.* 15 mai 2014;78(4):83.
27. Jennifer L. Morris, Chad A. Knoderer. Assessment of web-based training modules on learning facilitation for advanced pharmacy practice experiences in pediatrics. *J Pediatr Pharmacol Ther.* Sept 2011;16(3):210–5.
28. Legris M-é, Séguin N-C, Desforges K, Sauvé P, Lord A, Bell R, et al. Pharmacist web-based training program on medication use in chronic kidney disease patients: Impact on knowledge, skills, and satisfaction. *J Contin Educ Health Prof.* 2011;31:140–50.
29. Nesterowicz K, Librowski T, Edelbring S. Validating e-learning in continuing pharmacy education: user acceptance and knowledge change. *BMC Medical Education.* 2014;14:33.
30. Erickson SR, Chang A, Johnson CE, Gruppen LD. Lecture versus Web tutorial for pharmacy students' learning of MDI technique. *Ann Pharmacother.* Avr 2003;37(4):500–5.
31. Rochester CD, Pradel F. Students' perceptions and satisfaction with a web-based human nutrition course. *Am J Pharm Educ.* Août 2008;72(4):91.
32. Développement professionnel continu (DPC)– Fiche méthode –E-learning [Internet]. Haute Autorité de Santé; Mai 2014. Disponible en ligne: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1356710

33. Etude “les Français et leur pharmacien.” Ipsos Santé; Janv 2008.
34. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d’officine et l’assurance maladie- Legifrance [Internet]. [Cité le 7 sept 2014]. Disponible en ligne: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025804248>
35. ANSM: Les anticoagulants en France en 2012 :Etat des lieux et surveillance. Rapport thématique. Juill 2012
36. Arrêté du 24 juin 2013 portant approbation de l’avenant n° 1 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d’officine et l’assurance maladie relatif à l’accompagnement des patients chroniques sous anticoagulants oraux - Legifrance [Internet]. [Cité le 7 sept 2014]. Disponible en ligne: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027612770>
37. Haute autorité de santé - Structuration d’un programme d’éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques - Guide méthodologique. Juin 2007.
38. Global initiative for Asthma (GINA), global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). Diagnosis of Diseases of Chronic Airflow Limitation : Asthma, COPD and asthma-COPD Overlap Syndrome (ACOS). GINA; 2014.
39. C&J Formation - Plateforme pédagogique [Internet]. [Cité le 12 sept 2014].Disponible en ligne: <http://cj-formation.univ-lyon1.fr/>
40. Afrite A, Allonier C, Com-Ruelle L, Le Guen N. L’asthme en France en 2006 : prévalence, contrôle et déterminants [Internet]. IRDES; Janv 2011. Report No.: 549. Disponible en ligne: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2011/rap1820.pdf>
41. Programme d’actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005 – 2010 . « Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO ». Ministère de la Santé et des Solidarités;
42. Surveillance épidémiologique de l’asthme en France / Asthme / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [Cité le 17 nov 2014]. Disponible en ligne: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Asthme/Surveillance-epidemiologique-de-l-asthme-en-France>
43. INVS - Surveillance épidémiologique de l’asthme en France [Internet]. [Cité le 20 mai 2014]. Disponible en ligne: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Asthme/Surveillance-epidemiologique-de-l-asthme-en-France>

44. Chouaid C, Vergnenègre A, Vandewall V, Liebaer F, Khelifa A. Cout de l'asthme en France : modélisation médico-économique par un modèle de Markov. *Rev Mal Respir.* Janv 2004;21:8–8.
45. Aronson J. Compliance, concordance, adherence. *Br J Clin Pharmacol.* 2007;63(4):383–4.
46. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med.* 2005;353:487–97.
47. Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action. OMS; 2003.
48. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, et al. Intervention for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Of Systematic Reviews.* 2014;(11).
49. Chambrà G. L'entretien pharmaceutique: simple et efficace. *LNP.* Janv 2009;374.
50. Roche Nicolas. CNHIM - Optimisation de l'inhalothérapie dans l'asthme: le couple médicament/dispositif est un enjeu crucial [Internet]. 2014 [Cité le 21 sept 2014]. Disponible en ligne:
http://www.cnhim.org/NouveauSiteCNHIM/SommairesDossier_CNHIM/2014_n1.htm
51. Cochrane M, Bala M, Downs K, Mauskopf J, Ben-Joseph R. Inhaled corticosteroids for asthma therapy: patient compliance, devices, and inhalation technique. *Chest.* 2000;117(2):542–50.
52. Ferré A, Dres M, Roche N, Antignac M, Becquemin M-H, Trosini V, et al. Les dispositifs d'inhalation: propriétés, modélisation, réglementation et utilisation en pratique courante. *Rev Mal Respir.* 2012;29:191–204.
53. Melani A, Bonavia M, Cilenti V. Inhaler mishandling remains common in real life and is associated with reduced disease control. *Respir Med.* 2011;105:930–8.
54. Têtu L, Escamilla R, Didier A. Corticoïdes inhalés: Quelle drogue? Quel système? *Clinique des Voies Respiratoires, Hôpital Larrey, CHU de Toulouse*
55. Malot L, Molimard M, Abouelfatah A, lignot S, Depont F, Moore N, et al. Comparaison de l'utilisation des dispositifs d'inhalation par les enfants asthmatiques en pratique de ville. *Archives de pédiatrie.* Oct 2007;14(10):1190–5.
56. Allenet B, Bedouch P, Baudrant M, Federspiel I, Berthet S, Detavernier M, et al. From medication history to pharmaceutical anamnesis: a standardised patient interview by clinical pharmacists in hospital. *J Pharm Belg.* Juin 2010;(2):39–46.
57. Delmas M-C, Fuhrman C. L'asthme en France. Synthèse des données épidémiologiques descriptives. Pour le groupe épidémiologie et recherche clinique de la SPLF. *Rev Mal Respir.* 2010;27:151–9.

58. Kirkpatrick D. Techniques for evaluating training programs. *Journal of the American Society for Training and Development*. 1959;13(11):3–9.
59. Gilibert D, Gillet I. Revue des modeles en evaluation de formation: approches conceptuelles individuelles et sociales. *Pratiques Psychologiques*, Elsevier. 2010;16:217–38.
60. Les pharmaciens - Panorama au 1er janvier 2014 - Communications - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [Cité le 20 sept 2014 Sep 20]. Disponible en ligne: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Publications-ordinales/Les-pharmaciens-Panorama-au-1er-janvier-2014>
61. McConnell KJ, Newlon CL, Delate T. The impact of continuing professional development versus traditional continuing pharmacy education on pharmacy practice. *Ann Pharmacother*. Oct 2010;44(10):1585–95.
62. Trewet CB, Fjortoft N. Evaluation of the impact of a continuing professional development worksheet on sustained learning and implementing change after a continuing pharmacy education activity. *Res Social Adm Pharm*. Avr 2013;9(2):215–21.
63. Hughes C, Schindel T. Evaluation of a professional development course for pharmacists on laboratory values: can practice change? *Int J Pharm Pract*. 18(3):174–9.
64. Bungard T, Schindel T, Garg S, Brocklebank C. Evaluation of a multi staged professional development course for practising pharmacists in anticoagulation management. *Int J Pharm Pract*. 2012;20(2):107–17.
65. Adepu R, Shariff A. Development, Validation and Implementation of Continuous Professional Development Programmes for Community Pharmacists. *Indian J Pharm Sci*. 2010;72(5):557–63.
66. Dopp AL, Moulton J, Trewet C. A Five-State Continuing Professional Development Pilot Program for Practicing Pharmacists. *Am J Pharm Educ*. Mars 2010;74(2):28.
67. Robertson M, Umble K, Cervero R. Impact studies in continuing education for health professions: update. *J Contin Educ Health Prof*. 2003;23(3):146–56.
68. Schostak J, Davis M, Hanson J, Schostak J, Brown T, Driscoll P, et al. The effectiveness of Continuing Professional Development. The College of Emergency Medicine, Federation of Royal Colleges of Physicians and Manchester Metropolitan University; 2010.
69. Buxton E, Burns E, DeMuth J. Professional Development Webinars for Pharmacists. *Am J Pharm Educ*. Oct 2012;76(8):155.
70. Buxton E, DeMuth J. Pharmacists' perceptions of a live continuing education program comparing distance learning versus local learning. *Res Social Adm Pharm*. 2013;9(2):230–5.

71. Hanson A, Bruskiwitz R, DeMuth E. Pharmacists' Perceptions of Facilitators and barriers to Lifelong Learning. *Am J Pharm Educ.* Août 2007;71(4):67.
72. Bellanger R, Shank T. Continuing professional development in Texas: Survey of pharmacists' knowledge and attitudes: 2008. *J am Pharm Assoc.* 2010;50:368–74.
73. Le journal de l'ordre des pharmaciens: Faire du DPC notre force. Fevr 2013;7–9.
74. Continuing Professional Development/Continuing Education in Pharmacy: Global Report. International Pharmaceutical Federation-FIP; 2014.
75. OGDPC. DPC 2014 : Nouvelle mesure à compter du 17 octobre 2014 - Communiqué de presse. 2014.
76. Rationnement du DPC : la goutte d'eau qui fait déborder le vase [Internet]. [Cité le 14 nov 2014]. Disponible en ligne: <http://www.medscape.fr/voirarticle/3601039>
77. Sous-financement du DPC : rallonge pour 2014 mais limitation des nouvelles prises en charge ! - Le Quotidien du Médecin [Internet]. [Cité le 14 nov 2014]. Disponible en ligne: <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/formation/sous-financement-du-dpc-rallonge-pour-2014-mais-limitation-des-nouvelles-prises->
78. Deumie B, Georges P, Natali JP. Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des professionnels de santé. IGAS; Avril 2014. Report No.: 2013-126R.
79. Asthma Control test [Internet]. [Cité le 27 sept 2014]. Disponible en ligne: <http://www.asthmacontroltest.com/>

Annexes

Annexe 1. Le test de contrôle de l'asthme

| Test de contrôle de l'asthme* | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------|
| Ce test a pour objectif d'évaluer le contrôle de votre asthme. Il repose sur un questionnaire simple de 5 questions qui reflète le retentissement de la maladie sur votre vie quotidienne. Il vous suffit de calculer votre score total pour savoir si votre asthme est contrôlé... | | | | | |
| Étape 1 : Entourez votre score pour chaque question et reportez le chiffre dans la case à droite. Veuillez répondre aussi sincèrement que possible. Ceci vous aidera, votre médecin et vous-même, à mieux comprendre votre asthme. | | | | | |
| Au cours des 4 dernières semaines , votre asthme vous a-t-il gêné(e) dans vos activités au travail, à l'école/université ou chez vous ? | | | | | |
| Tout le temps 1 | La plupart du temps 2 | Quelquefois 3 | Rarement 4 | Jamais 5 | Points |
| Au cours des 4 dernières semaines , avez-vous été essoufflé(e) ? | | | | | |
| Plus d'une fois par jour 1 | Une fois par jour 2 | 3 à 6 fois par semaine 3 | 1 ou 2 fois par semaine 4 | Jamais 5 | Points |
| Au cours des 4 dernières semaines , les symptômes de l'asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ? | | | | | |
| 4 nuits ou + par semaine 1 | 2 à 3 nuits par semaine 2 | Une nuit par semaine 3 | 1 ou 2 fois en tout 4 | Jamais 5 | Points |
| Au cours des 4 dernières semaines , avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation (par exemple salbutamol, terbutaline) ? | | | | | |
| 3 fois par jour ou plus 1 | 1 ou 2 fois par jour 2 | 2 ou 3 fois par semaine 3 | 1 fois par sem. ou moins 4 | Jamais 5 | Points |
| Comment évalueriez-vous votre asthme au cours des 4 dernières semaines ? | | | | | |
| Pas contrôlé du tout 1 | Très peu contrôlé 2 | Un peu contrôlé 3 | Bien contrôlé 4 | Totalement contrôlé 5 | Points |
| Étape 2 : Additionnez vos points pour obtenir votre score total. | | | | | Score total |
| *ACT™, © 2002, by QualityMetric Incorporated Asthma France / French. Control Test™ is a trademark of QualityMetric Incorporated. Test réservé aux patients asthmatiques de plus de 12 ans. | | | | | |

Test de contrôle de l'asthme (79).

L'échelle de résultats du test de contrôle de l'asthme ou « Asthma Control Test » (ACT) reflète le retentissement de la pathologie sur la vie quotidienne au cours des 4 dernières semaines, il permet une interprétation rapide du contrôle de la pathologie. Un asthme non contrôlé, c'est-à-dire un score < 20, va nécessiter un plan d'action personnalisé afin de retourner dans les valeurs de contrôle, c'est-à-dire à un score > 20. L'évaluation régulière par le score ACT permet donc d'avoir une bonne réactivité pour la prise en charge optimale du patient.

Annexe 2. Scénarios des vidéos de démonstration des dispositifs d'inhalation de la formation « Quez'02 ».

Scénario 1 : Aérosol-doseur type Ventoline®

Présentation de l'intervenant : Adrien TRUPHEME, étudiant en 6^{ème} année de Pharmacie à l'Université Joseph Fourier, Grenoble.

Objectif : Cette vidéo a pour objectif de décrire l'utilisation d'un aérosol-doseur dans le traitement des pathologies respiratoires chroniques, avec l'exemple de la Ventoline®.

Séquences vidéo :

1. Présentation du dispositif d'inhalation

« Le dispositif d'inhalation aérosol-doseur est composé d'un flacon de principe actif sous pression, d'un corps en plastique où s'insère le flacon et d'un embout buccal protégé par un capuchon. L'enclenchement du dispositif est effectif lors d'une pression ferme sur le flacon de principe actif tout en tenant fermement le corps du dispositif »



principe actif

« Nous allons détailler les différentes étapes nécessaires à l'administration correcte des principes actifs en aérosol-doseur.

Tout d'abord retirez le capuchon protecteur de l'embout buccal, et agitez énergiquement le



dispositif d'inhalation afin de garantir l'homogénéité en principe actif du flacon pressurisé. Placez votre doigt sur le flacon de principe actif, prêt à appuyer pour déclencher la dose. »

2. Administration d'une dose de

« Videz vos poumons au maximum de vos capacités et entourez l'embout buccal avec vos lèvres de façon étanche. Tête



légèrement inclinée vers l'arrière vous inspirez lentement et longtemps tout en déclenchant la dose par une pression ferme sur la cartouche de principe actif. Cette coordination mains-poumons est une nécessité absolue à l'utilisation

correcte du dispositif. A la fin de l'inspiration, enlevez le dispositif de votre bouche et restez en apnée au minimum 5 secondes afin d'assurer la bonne pénétration du principe actif, reprenez ensuite une respiration normale. En cas de nouvelle dose nécessaire, recommencez l'opération à partir de l'agitation du dispositif d'inhalation ou, le cas échéant, remettez le bouchon de protection. »

3. Suivi de l'administration

« Après chaque administration, en l'absence de compteur de doses restantes présent sur le dispositif, notez sur un carnet dédié au suivi de votre pathologie le nombre doses utilisées afin de ne pas vous faire surprendre. Gardez toujours sur vous un flacon neuf afin de pallier toute erreur dans le compte des doses restantes mais aussi tout dysfonctionnement du dispositif. »

4. Entretien de votre dispositif d'inhalation

« Une fois par semaine, démontez votre dispositif, rincez à l'eau tiède le corps en plastique et séchez le avec soin. Mettez bien à l'abri de toute humidité le flacon pressurisé et remontez le dispositif uniquement quand le corps est parfaitement sec. »

5. Utilisation d'une chambre d'inhalation



« L'impossibilité pour certaines populations de patients de garantir une bonne coordination mains-poumons nécessite l'utilisation d'une chambre d'inhalation. La chambre se compose d'une extrémité pouvant s'adapter à l'aérosol-doseur, d'un corps en plastique recueillant le principe

actif lors du déclenchement de la dose et d'une extrémité buccale protégée par un capuchon. »

« Etapes de l'utilisation de la chambre d'inhalation : comme précédemment ôtez le capuchon



protecteur de l'inhalateur et agitez le énergiquement. Otez le capuchon de l'embout buccal de la chambre d'inhalation. Placez l'inhalateur sur la chambre dans l'emplacement adapté, vérifiez bien sa bonne tenue. Expirez au maximum de vos capacités puis

déclenchez la dose, le principe actif se répand alors dans la chambre. Placez l'embout buccal de la chambre entre les lèvres en refermant de façon étanche puis inspirez profondément, lentement et longtemps. Tout en gardant l'embout en bouche expirez et refaites un cycle d'inspiration/expiration. En cas de nouvelle dose nécessaire, recommencez l'administration en secouant à nouveau l'inhalateur et en suivant les mêmes étapes. Sinon séparez l'inhalateur de la chambre et remettez les capuchons protecteurs sur l'inhalateur et la chambre d'inhalation. »

« L'entretien de la chambre d'inhalation doit être effectué toutes les semaines. Tout d'abord démontez entièrement la chambre afin de pouvoir accéder à la partie interne facilement si cela est possible. Avec de l'eau tiède légèrement savonneuse lavez sans frotter l'intérieur de la chambre ; pour cela vous pouvez remplir à moitié la chambre puis agitez énergiquement. Pour finir rincez à l'eau claire et laissez sécher à l'air libre. Ne jamais frotter ou sécher manuellement l'intérieur de la chambre afin de ne pas favoriser l'apparition d'électricité statique qui pourrait altérer la bonne administration du principe actif. »

Les points principaux à retenir :

- ♦ Bien agiter le dispositif avant chaque utilisation.
- ♦ Avoir une bonne coordination mains-poumons ou utiliser une chambre d'inhalation.
- ♦ Rester en apnée au moins 5 secondes afin de garantir une bonne administration du principe actif.
- ♦ Compter le nombre de doses restantes afin de savoir quand renouveler votre dispositif d'inhalation.

Scénario 2 : Inhalateur Diskus type Sérétide®

Présentation de l'intervenant : Adrien TRUPHEME, étudiant en 6^{ème} année de Pharmacie à l'Université Joseph Fourier, Grenoble.

Objectif: Cette vidéo a pour objectif de décrire l'utilisation d'un inhalateur Diskus dans le traitement des pathologies respiratoires chroniques, avec l'exemple de Sérétide®.

Séquences vidéo :

1. Présentation du dispositif d'inhalation

« L'inhalateur Diskus est composé de plusieurs parties intégrées dans une unité non démontable : un capuchon protecteur coulissant révélant un embout buccal et un levier permettant d'amorcer la dose de principe actif. On retrouve aussi sur l'appareil un compteur de doses restantes afin de suivre à tout moment la durée avant le renouvellement de l'appareil, même capuchon fermé. »



2. Administration d'une dose de principe actif

« Nous allons détailler les différentes étapes nécessaires à l'administration correcte des médicaments avec le dispositif Diskus. Dans un premier temps faites glisser le capuchon protecteur d'un demi tour jusqu'à obtenir un « clic ». Puis enclenchez le levier jusqu'à la butée de façon à obtenir encore un « clic » caractérisant l'enclenchement de la dose. Il est à noter qu'une seule dose peut être enclenchée à la fois, une pression supplémentaire sur le



levier n'aura aucun effet. Il n'y a donc aucun risque de surdosage avec ce dispositif. Toutefois, le décompte de dose fera apparaître les pressions supplémentaires, donc évitez d'enclencher plusieurs fois le levier lors d'une administration. Ensuite videz vos poumons au maximum en prenant soin de laisser le dispositif à distance de votre expiration puis placez vos lèvres autour de l'embout buccal de façon étanche. Penchez la tête légèrement en arrière et inspirez avec force

le plus longtemps possible afin d'assurer une bonne pénétration du principe actif. Un nouveau « clic » signale la fin de l'administration. Retirez l'embout buccal et restez en apnée au moins 5 secondes puis respirez normalement. Enfin repoussez le levier en direction de la butée opposé au déclenchement de la dose. En cas de nouvelle administration recommencez l'opération à partir du début en déclenchant une dose avec le levier. Le cas échéant repoussez le capuchon protecteur afin de garder le dispositif protégé. »

3. Etape complémentaire lors de l'administration d'un corticoïde inhalé

« L'administration de corticoïdes inhalés expose le patient à un risque non négligeable de développer une mycose buccale en raison d'une fraction de principe actif restant dans la cavité buccale. Afin de pallier ce risque, un rinçage de la bouche à l'eau claire est nécessaire, cette eau devant être recrachée après rinçage énergique. »

4. Entretien du dispositif

« Ce dispositif ne nécessite aucun entretien particulier, il faut jeter le dispositif une fois toutes les doses administrées. »

Les points principaux à retenir :

- ♦ Fiez vous au « clic » caractérisant l'enclenchement de la dose et la fin de l'administration de la dose.
- ♦ Evitez de déclencher plusieurs fois le levier afin de ne pas fausser le décompte des doses restantes. Toutefois aucun surdosage n'est possible.
- ♦ Restez en apnée au moins 5 secondes afin d'optimiser l'administration du principe actif.
- ♦ Rincez vous la bouche à la fin de chaque série d'administration de corticoïdes inhalés.

Scénario 3 : turbuhaler type Symbicort®

Présentation de l'intervenant : Adrien TRUPHEME, étudiant en 6^{ème} année de Pharmacie à l'Université Joseph Fourier, Grenoble.

Objectif: Cette vidéo a pour objectif de décrire l'utilisation d'un inhalateur Turbuhaler dans le traitement des pathologies respiratoires chroniques, avec l'exemple du Symbicort®.

Séquences vidéo :

1. Présentation du dispositif d'inhalation

« Le turbuhaler est composé de plusieurs parties : le capuchon protecteur révélant l'embout



buccal, le compteur de doses restantes dans l'inhalateur, le corps du dispositif contenant le principe actif et enfin la molette rotative de déclenchement de la dose. »

2. Administration d'une dose de principe actif

« Nous allons détailler les différentes étapes nécessaires à l'administration correcte des médicaments en Turbuhaler. Dans un premier temps enlevez le capuchon protecteur en le



dévisant puis tenez le dispositif verticalement, embout buccal vers le haut. Pour déclencher une dose tournez la molette rouge dans un sens jusqu'à obtenir un clic, puis dans l'autre sens à fond. Votre dose est maintenant prête, une deuxième activation par rotation n'enclenchera pas une seconde dose,

toutefois le compteur de doses marquera cette action, évitez donc d'enclencher plusieurs fois. Ensuite videz vos poumons au maximum en prenant soin de laisser le dispositif à distance de votre expiration puis placez vos lèvres autour de l'embout buccal de façon étanche.

Penchez la tête légèrement en arrière et inspirez avec force le plus longtemps possible afin d'assurer une bonne pénétration du principe actif. Retirez l'embout buccal et restez en apnée au moins 5 secondes puis respirez normalement.

En cas de nouvelle administration recommencez l'opération à partir du début en déclenchant une dose avec la molette. Le cas échéant revissez le capuchon protecteur afin de garder le dispositif protégé. »

3-Etape complémentaire lors de l'administration d'un corticoïde inhalé

« L'administration de corticoïdes inhalés expose le patient à un risque non négligeable de développer une mycose buccale en raison d'une fraction de principe actif restant dans la cavité buccale. Afin de pallier ce risque, un rinçage de la bouche à l'eau claire est nécessaire, cette eau devant être recrachée après rinçage énergique. »

4-Entretien du dispositif

« Une fois par semaine, nettoyez l'embout buccal avec un chiffon propre et sec sans le retirer du corps du dispositif, ne jamais utiliser d'eau ou autre liquide et détergent sur cet embout. Jetez le dispositif une fois toutes les doses administrées. »

Les points principaux à retenir :

- ♦ Placez le dispositif verticalement, embout buccal vers le haut, lors de l'enclenchement de la dose.
- ♦ Fiez vous au « clic » caractérisant l'enclenchement de la dose en tournant la molette rouge, puis tournez le à fond dans l'autre sens.
- ♦ Evitez d'enclencher plusieurs fois la molette afin de ne pas fausser le compteur de doses, toutefois aucun surdosage n'est possible.
- ♦ Restez en apnée au moins 5 secondes afin d'optimiser l'administration du principe actif.
- ♦ Rincez vous la bouche après chaque série d'administration de corticoïdes inhalés.

Scénario 4 : Le peak flow meter (spiromètre de pointe)

Présentation de l'intervenant : Adrien TRUPHEME, étudiant en 6^{ème} année de Pharmacie à l'Université Joseph Fourier, Grenoble.

Objectif: Cette vidéo a pour objectif de décrire l'utilisation d'un peak flow meter dans le suivi des pathologies respiratoires chroniques.

Séquences vidéo :

1. Description du matériel

« Le spiromètre de pointe se compose de trois parties : l'embout buccal dans lequel le patient



souffle afin de mesurer son débit expiratoire de pointe (DEP), le corps en plastique de l'appareil composé d'une échelle graduée et d'un curseur se déplaçant suivant le débit expiré dans l'embout buccal. »

2. Utilisation du peak flow meter : exemple d'une mesure du DEP

« Nous allons détailler les différentes étapes nécessaires à la mesure correcte du DEP. Dans



Renouvelez
l'opération
2 fois

un premier temps préparez votre débitmètre à la mesure en plaçant le curseur tout en bas de l'échelle, saisissez ensuite le débitmètre de façon à laisser libre la course du curseur afin de ne pas fausser le résultat. Inspirez au maximum de vos possibilités puis placez

l'embout buccal de façon étanche avec vos lèvres. Soufflez le plus fort et le plus vite possible dans l'appareil : le curseur se déplace et indique le DEP obtenu. Notez le résultat obtenu et renouvelez l'opération deux fois au maximum de vos possibilités en n'oubliant pas de

remettre le curseur à chaque fois en bas de l'échelle de DEP. Vous devez respecter un temps de repos entre chaque mesure. Vous obtenez ainsi trois valeurs. »

3. Note du résultat sur le carnet de suivi du DEP

« Parmi vos trois valeurs obtenues, notez la plus grande sur votre carnet de suivi. La mesure quotidienne de votre DEP permet le suivi de votre pathologie et permet aussi une réaction rapide en cas de détérioration de votre fonction respiratoire. »

4. Entretien du spiromètre de pointe

« L'entretien de votre spiromètre se fait à l'eau claire abondante, jamais de produit détergent ou d'eau bouillante pouvant altérer l'appareil. Laissez sécher l'appareil à l'air libre. Attention, référez vous à la notice d'utilisation de votre appareil en ce qui concerne l'entretien, les modalités pouvant varier selon les fabricants. »

Les points principaux à retenir :

- ♦ Soufflez de toutes vos forces sans à-coups.
- ♦ Attention à laisser libre le curseur afin de ne pas gêner sa progression sur l'échelle.
- ♦ Tenez le débitmètre sur les côtés et non à l'extrémité afin de ne pas boucher la sortie d'air, ceci pouvant fausser la mesure du DEP.
- ♦ Après chaque utilisation lavez l'appareil à l'eau claire.
- ♦ Ne jamais prêter son appareil ou utiliser l'appareil d'un autre patient.
- ♦ Utilisez votre appareil tous les jours afin de noter toute altération de votre fonction respiratoire rapidement.
- ♦ Consultez sans tarder en cas d'altération importante de votre DEP.
- ♦ La mesure du DEP est correcte si l'écart entre les différentes mesures est inférieur à 5%.

5. Les résultats attendus du DEP

« **Une zone verte** : le DEP obtenu est compris entre 100 et 80% de votre DEP de référence. Vous êtes dans la normale, aucune action n'est à envisager. Vous devez continuer les mesures quotidiennement afin de détecter toute détérioration de votre fonction respiratoire.

Une zone orange : le DEP obtenu est compris entre 80 et 50% de votre DEP de référence. Ceci est une mise en garde, vous devez prendre rendez-vous avec votre médecin traitant rapidement afin de faire le point de vos traitements et prendre les mesures nécessaires.

Une zone rouge : le DEP obtenu est inférieur à 50% de votre DEP de référence. C'est un signal d'urgence, vous devez appeler votre médecin rapidement. »

Annexe 3. Questionnaire de satisfaction et d'impact (QSI) mis en ligne sur la plateforme Spiral Connect

Nom: Anonyme
Prénom: Anonyme
Commencé: 28-04-2014 16:05
Terminé: 28-04-2014 16:13



Questionnaire / thèse Adrien Truphème

1. Etes-vous...

- Une femme
- Un homme

2. Quelle est votre fonction au sein de l'officine ?

- Pharmacien Titulaire
- Pharmacien Adjoint
- Préparateur en Pharmacie
- Etudiant

3. Vous avez entre...

- 20 et 30 ans
- 31 et 40 ans
- 41 et 50 ans
- 51 et 60 ans
- Plus de 60 ans

4. Dans quel type de pharmacie exercez-vous ?

- Rurale
- Centre ville
- Quartier résidentiel
- Quartier populaire
- Centre commercial
- Autre

5. Quel est le principal type de clientèle / patientèle de cette pharmacie ?

- Clients fidèles
- Clients saisonniers
- Clients de passage
- Autre

6. L'officine où vous exercez appartient-elle à un groupement ?

Oui
 Non

7. Si oui, lequel ? Pharm UPP

8. L'officine est composée de 1 pharmacien(s) titulaire(s), 1 pharmacien(s) adjoint(s), 2 préparateur(s), Aucun étudiant(s) en pharmacie et Aucun autre(s) collaborateur(s).

9. Cette année, combien de programmes de Développement Professionnel Continu (DPC) pensez-vous valider ? 2

10. Au cours des 12 derniers mois, combien avez-vous validé de programmes DPC ? Plus de 2

11. Sous quelle forme suivez-vous ces formations ?

Présentiel
 E-learning
 Mixte : présentiel + E-learning

12. Si vous avez suivi plusieurs formats , lequel avez-vous préféré ?

Présentiel
 E-learning
 Mixte : présentiel + E-learning

13. Pensez-vous que sil ny avait pas dobligation, vous auriez néanmoins validé votre DPC ?

Oui
 Non

14. Quelle(s) a (ont) été votre (vos) principale(s) motivation(s) à suivre un programme de DPC ?

Obligation
 Besoin de formation
 Intérêt personnel
 Incitation financière
 Meilleure prise en charge de vos patients
 Autre (merci de préciser dans la question suivante n 15)

15. Quelle(s) autre(s) motivation(s) avez-vous éventuellement identifiée(s)?

16. A quelle fréquence jugez-vous que ces programmes de formation soient nécessaires ?

- Moins d'1 fois par an
- 1 fois par an
- 2 fois par an
- 3 fois par an
- Plus de 3 fois par an

17. En-dehors du Quez'O₂, avez-vous suivi une formation concernant l'asthme et la BPCO au cours des 12 derniers mois ?

- Oui
- Non

18. Si oui, par qui cette formation vous a-t-elle été dispensée ?

- Faculté
- Organisme de DPC
- Presse scientifique / professionnelle
- Séminaire / congrès
- Autre

19. Avez-vous déjà suivi une formation concernant l'entretien pharmaceutique (déroulement, objectifs, méthodes) ?

- Oui
- Non

20. Si oui, sous quelle(s) forme(s) vous a-t-elle été dispensée ?

- E-learning
- Séminaire / congrès
- Formation à l'officine
- Formation collective
- Lors de vos études
- Autre

21. Avez-vous déjà réalisé des entretiens pharmaceutiques ?

- Oui
 Non

22. Si oui, au cours des 12 derniers mois, quels types d'entretiens (ou s'en rapprochant) avez-vous réalisé ?

Entre 11 et 15 entretiens autour des AVK et Aucun entretiens autour de l'asthme / BPCO.

23. Dans quelles conditions les avez-vous réalisés ?

- Dans une salle spécifique de l'officine
 Dans une autre salle de l'officine (bureau, salle orthopédique)
 Au domicile du patient
 Autre

24. Concernant cette nouvelle mission du Pharmacien d'officine, vous trouvez cela...

- Inutile Peu utile Utile Tout à fait utile

25. Quel(s) avantage(s) trouvez-vous à cette nouvelle tâche officinale ?

- Aucun
 Contact avec le patient
 Contact avec les autres professionnels de santé
 Valorisation de l'image de la profession
 Diversification des missions du pharmacien
 Autre (merci de préciser dans la question suivante n° 26)

26. Quel(s) autre(s) avantage(s) avez-vous perçu(s) ?

27. Quel(s) type(s) de difficulté(s) avez-vous éventuellement rencontrée(s) ?

- Aucune
- Organisation
- Réticence du patient vis-à-vis de ces entretiens
- Réticence des autres professionnels de santé (médecins)
- Salle
- Durée / temps
- En tant que préparateur (-trice), je ne suis pas concerné(e)
- Autre (merci de préciser dans la question suivante n 27)

28. Quel(s) autre(s) difficulté(s) avez-vous éventuellement rencontrée(s)?

29. Concernant la rémunération actuelle des entretiens pharmaceutiques (40 euros par patient et par an), vous trouvez cela...

Insuffisant Peu suffisant Suffisant Tout à fait suffisant

-

30. Pourquoi ?

parce que l'on fait le travail d'un médecin

31. Si vous trouvez cela insuffisant, quel serait le juste prix selon vous de cette rémunération ? de 100 à 150
Euros par patient et par an.

32. Concernant le Quez'O₂, le moyen de communication par E-learning vous a paru...

Pas du tout satisfaisant Peu satisfaisant Satisfaisant Tout à fait satisfaisant

-

33. Selon vous, quel(s) avantage(s) offre(nt) le E-learning ?

- Aucun
- Gain de temps
- Souplesse d'organisation
- Attractivité / aspect ludique
- Interactivité
- Autonomie dans l'apprentissage
- Autre

34. Quelles améliorations souhaiteriez-vous voir apportées à ce programme ?

aucune

35. Vous avez trouvé cette formation...

- Pas du tout intéressante Peu intéressante Intéressante Tout à fait intéressante
-

36. Comment jugez-vous la clarté des informations transmises ?

- Pas du tout clair Peu clair Clair Tout à fait clair
-

37. La durée de la formation convient-elle à votre attente et/ou votre emploi du temps ?

- Trop court
- Adapté
- Un peu trop long
- Beaucoup trop long

38. Sur quelle période avez-vous validé l'intégralité de la formation ? 2 mois

39.

Concernant le **chapitre "asthme et BPCO"** du Quez'O₂, quel est votre degré de satisfaction sur :

- Le temps consacré : Très satisfaisant
- Le contenu scientifique : Satisfaisant
- L'intérêt : Satisfaisant
- L'utilité pour l'exercice pharmaceutique : Satisfaisant
- L'utilité pour les entretiens pharmaceutiques : Satisfaisant

40.

Concernant le **chapitre "contrôle de l'asthme"** du Quez'O₂, quel est votre degré de satisfaction sur :

- Le temps consacré : Satisfaisant
- Le contenu scientifique : Satisfaisant
- L'intérêt : Satisfaisant
- L'utilité pour l'exercice pharmaceutique : Satisfaisant
- L'utilité pour les entretiens pharmaceutiques : Satisfaisant

41.

Concernant le **chapitre "prise en charge thérapeutique de la crise d'asthme"** du Quez'O₂, quel est votre degré de satisfaction sur :

- Le temps consacré : Très satisfaisant
- Le contenu scientifique : Satisfaisant
- L'intérêt : Satisfaisant
- L'utilité pour l'exercice pharmaceutique : Satisfaisant
- L'utilité pour les entretiens pharmaceutiques : Satisfaisant

42.

Concernant le **chapitre "prise en charge thérapeutique au long cours"** du Quez'O₂, quel est votre degré de satisfaction sur :

- Le temps consacré : Satisfaisant
- Le contenu scientifique : Satisfaisant
- L'intérêt : Satisfaisant
- L'utilité pour l'exercice pharmaceutique : Satisfaisant
- L'utilité pour les entretiens pharmaceutiques : Satisfaisant

43. Concernant le **chapitre "principe et théorie de la mesure du souffle"** du Quez'O₂, quel est votre degré de satisfaction sur :

- Le temps consacré
- Le contenu scientifique
- L'intérêt
- L'utilité pour l'exercice pharmaceutique
- L'utilité pour les entretiens pharmaceutiques

44. Concernant le **chapitre "manipulation des systèmes d'inhalation"** du Quez'O₂, quel est votre degré de satisfaction sur :

- Le temps consacré
- Le contenu scientifique
- L'intérêt
- L'utilité pour l'exercice pharmaceutique
- L'utilité pour les entretiens pharmaceutiques

45. Concernant le **chapitre "la spécificité de l'asthme de l'enfant"** du Quez'O₂, quel est votre degré de satisfaction sur :

- Le temps consacré
- Le contenu scientifique
- L'intérêt
- L'utilité pour l'exercice pharmaceutique
- L'utilité pour les entretiens pharmaceutiques

46. La mise à disposition de vidéos facilite-t-elle la formation ?

- Oui
 Non

47. Quels sont selon vous les points forts de cette formation ?

- Durée
 Format E-learning
 Contenus adaptés
 Vidéos
 Autre (merci de préciser dans la question suivante n 48)

48. Quel(s) autre(s) point(s) fort(s) avez-vous éventuellement identifié(s) ?

49. Quels sont selon vous les points d'amélioration de cette formation ?

- Forme, ergonomie
- Contenu (plus ciblé)
- Durée
- Autre (merci de préciser dans la question suivante n 50)

50. Quel(s) autre(s) point(s) d'amélioration avez-vous éventuellement identifié(s) ?

51. A l'issue de cette formation, vous sentez-vous prêt à réaliser des entretiens pharmaceutiques avec vos patients atteints d'asthme ou de BPCO ?

- Oui
- Non
- En tant que préparateur (-trice), je ne suis pas concerné(e)

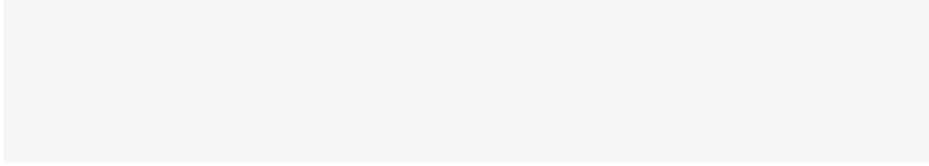
52. Si non, pourquoi ?

- Formation théorique insuffisante
- Manque d'expérience pratique
- Pharmacie inadaptée
- Effectif insuffisant
- Autre

53. Sur quels points allez-vous insister lors d'un futur entretien pharmaceutique avec votre patient ?

- Manipulation des dispositifs
- Observance des traitements
- Objectifs thérapeutiques des traitements
- Symptômes évocateurs d'un asthme aigu
- Autre
- En tant que préparateur (-trice), je ne suis pas concerné(e)

54. Avez-vous d'autres éléments à partager avec nous ? Exprimez-vous !



Annexe 4. Questionnaire d'évaluation des connaissances (QEC) soumis aux adhérents de C&J Formation en pré et post-thématiques.

- **QEC de la thématique « A la découverte de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) »**

1.

(question obligatoire) Pour vous, qu'est-ce que le DPC ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Le Diplôme Pharmaceutique Continu
- Le Développement Pharmaceutique Constant
- Le Développement Professionnel Continu
- Le Développement Pharmaceutique Continu
- Le Droit de Passer à Côté

2.

(question obligatoire) Parmi les caractéristiques suivantes, quelles sont celles qui concernent le DPC ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Une dimension évaluative
- Une dimension cognitive
- Une démarche individuelle
- Une obligation pour les pharmaciens et les préparateurs
- Une obligation pour les pharmaciens uniquement

3.

(question obligatoire) En quoi consiste le DPC ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- L'acquisition et/ou le renforcement de connaissances
- L'acquisition et/ou le renforcement de compétences
- Une analyse des pratiques professionnelles
- La mise en place d'actions d'amélioration et la fixation d'objectifs
- Le suivi des actions mises en place

4.

(question obligatoire) Parmi les propositions suivantes, quelles sont celles qui sont vraies ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens délivre un n° d'agrément aux Organismes de Formation
- Les Organismes de Formation enregistrés à ce jour sont appelés ODPC
- C'est l'OGDPC qui évalue les programmes de formation
- C'est la Commission Scientifique Indépendante (CSI) des Pharmaciens qui évalue les programmes de formation
- La Haute Autorité de Santé (HAS) édite des méthodes pédagogiques et évaluatives

5.

(question obligatoire) Concernant le "QUEZ'O2"...

[Décocher mes choix sur cette question]

- Il s'agit d'un programme enregistré auprès de l'OGDPC
- C'est une formation cognitive comportant 1 seule "étape", qui suffit à valider votre DPC
- Il peut vous aider à mieux accompagner le patient dans le cadre de la Convention et des Entretiens Pharmaceutiques
- Il ne s'adresse qu'aux pharmaciens

- QEC de la thématique « Asthme et BPCO »

1.

(question obligatoire) Parmi les propositions suivantes, lesquelles caractérisent à la fois l'asthme et la BPCO ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- On peut observer une dyspnée plus ou moins marquée
- Le tabac en accentue les symptômes
- La survenue de la maladie est généralement tardive
- On observe une obstruction permanente et progressive des voies aériennes
- C'est le caractère inflammatoire de la pathologie qui entraîne une hyperréactivité bronchique

2.

(question obligatoire) Quelles propositions caractérisent l'asthme persistant modéré (niveau 3) ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Les béta 2 mimétiques inhalés d'action brève sont utilisés occasionnellement
- Les crises retentissent sur l'activité et le sommeil
- Des symptômes diurnes surviennent chaque jour
- Le VEMS est $\leq 60\%$ des valeurs prédites
- Des symptômes nocturnes surviennent quotidiennement

3.

(question obligatoire) A quel stade de gravité de la BPCO des symptômes chroniques fréquents et une dyspnée d'effort inconstante surviennent-ils ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Limitation du flux d'air sévère (stade GOLD 3)
- Limitation du flux d'air légère (stade GOLD 1)
- Limitation du flux d'air très sévère (stade GOLD 4)
- Limitation du flux d'air modérée (stade GOLD 2)

4.

(question obligatoire) Parmi les propositions suivantes, lesquelles vous semblent exactes ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- La prévalence de l'asthme et de la BPCO est sensiblement la même
- La BPCO entraîne environ 16 fois plus de décès annuels que l'asthme !
- Les dépenses de santé induites par la prise en charge de l'asthme sont moins importantes que pour la BPCO
- La BPCO fait partie des 5 premières causes de décès dans le monde...
- L'asthme entraîne plus de journées d'hospitalisations que la BPCO

5.

(question obligatoire) Parmi les propositions suivantes, une seule est fautive... Laquelle ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- C'est grâce au spiromètre qu'on peut mesurer le DEP
- Le DEP est le Débit Expiratoire de Pointe
- Le VEMS est mesuré sur 1 seconde, et le DEP sur quelques milli-secondes !
- L'indice de Tiffeneau sert à évaluer le degré d'obstruction bronchique
- Le VEMS est le Volume Expiratoire Maximal par Seconde

- **QEC de la thématique « Le contrôle de l'asthme : un enjeu majeur ! »**

1.

(question obligatoire) Parmi les facteurs suivants, quels sont ceux intervenant dans le calcul du contrôle de l'asthme (selon le score ACT) ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- La fréquence d'utilisation des bêta 2 mimétiques de courte durée d'action
- La fréquence de survenue des exacerbations
- L'observance du patient vis-à-vis du traitement de fond de l'asthme
- Le retentissement sur la vie professionnelle du patient et la limitation de ses activités
- L'utilisation du carnet de suivi du DEP (débit expiratoire de pointe) du patient

2.

(question obligatoire) Parmi les indicateurs suivants, lesquels sont utilisés dans la classification du niveau de contrôle de l'asthme ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- La survenue d'exacerbations
- L'estimation de la fonction respiratoire (en rapport avec le niveau d'obstruction bronchique, le DEP ou le VEMS)
- La survenue de symptômes diurnes, diurnes et/ou de réveils nocturnes
- La limitation des activités (avec un retentissement sur l'activité professionnelle et l'exercice)
- Le recours aux traitements de secours (avec une consommation de traitements de crise)

3.

(question obligatoire) Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont vraies ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- La "crise" et "l'exacerbation" de l'asthme se distinguent notamment par la durée des symptômes (< ou > à 24 heures)
- En ce qui concerne les traitements médicamenteux, la voie inhalée doit rester la voie d'administration à privilégier dans le traitement de fond de l'asthme
- 3 paliers sont définis dans le traitement de fond de l'asthme
- Les bêta 2 mimétiques à courte durée d'action sont à administrer quotidiennement à l'asthmatique, parallèlement à son traitement de fond
- L'ETP (éducation thérapeutique patient) fait partie des moyens de contrôler l'asthme

4.

(question obligatoire) Quelles remarques de monsieur Phil Rouge vous font penser à une mauvaise gestion et/ou utilisation de sa thérapeutique ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- « Mon DEP est stabilisé malgré l'arrêt de mon traitement de fond, je pense maintenant pouvoir gérer seul mon traitement... »
- « J'ai une mycose dans la bouche assez souvent, pourtant je vous assure que je prend correctement le traitement contre les champignons que mon médecin traitant m'a prescrit ! »
- « J'utilise de moins en moins de VENTOLINE® en ce moment ! »
- « Toutes ces gélules à avaler pour mon asthme, c'est quand même difficile... Mais je n'ai jamais oublié une seule prise ! »

5.

(question obligatoire) Dans le discours de Mr. Phil Rouge, quelles sont les "remarques de comptoir" qui vous paraissent erronées (voire dangereuses) et qui mériteraient selon vous un échange plus approfondi ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- "Je prends bien ma VENTOLINE® car elle me soulage et c'est ça le traitement le plus important !"
- "Mon asthme ne me gêne plus que la nuit, donc il est sûrement guéri..."
- "Il paraît que je dois calculer mon score ACT. Je suis content car il baisse de plus en plus, c'est bon signe !"
- "Je préfère éviter les corticoïdes, car j'ai souvent des champignons dans la bouche..."
- "A ma dernière crise, d'asthme, j'avais le coeur qui battait à 100 à l'heure ! J'ai tout de suite fait le 15".

- **QEC de la thématique « Prise en charge thérapeutique de la crise d'asthme – Etat de mal »**

1.

(question obligatoire) Concernant la prise en charge de la crise d'asthme simple, quelles propositions sont vraies ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Elle repose exclusivement sur l'administration de bêta 2 mimétiques de courte durée d'action
- Elle repose notamment sur l'administration de corticoïdes per os
- Elle nécessite toujours une prise en charge médicale d'urgence (SAMU, cabinet médical de garde...)
- Elle nécessite une oxygénothérapie afin de soulager la détresse respiratoire du patient
- Le traitement de la crise doit être constamment à disposition du patient afin de pallier toute situation d'urgence

2.

(question obligatoire) Parmi les symptômes suivants, quels sont ceux qui vous alertent chez un patient asthmatique ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Des réveils nocturnes fréquents
- Des douleurs articulaires diffuses
- Une difficulté d'élocution
- Des éternuements successifs
- Une oppression thoracique

3.

(question obligatoire) Parmi les symptômes suivants, lesquels évoquent selon vous une crise d'asthme "sévère" ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Bleuissement des lèvres et/ou des doigts
- Tachycardie
- Transpiration
- Difficultés à bouger
- Vertiges

4.

(question obligatoire) Parmi les classes thérapeutiques, substances et/ou voies d'administration suivantes, lesquelles sont adaptées à la prise en charge de l'asthme aigu (simple, avec exacerbation ou grave) ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Les bronchodilatateurs bêta-2 agonistes par voie inhalée d'action brève
- Les corticoïdes inhalés
- L'ipratropium
- Les corticoïdes per os
- Les corticoïdes IV

5.

(question obligatoire) Dans le discours de Mr. Phil Rouge, quelles sont les "remarques de comptoir" qui vous mériteraient selon vous un échange plus approfondi ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- « Je viens reprendre un flacon de Ventoline car j'en utilise beaucoup en ce moment... »
- « Heureusement que j'ai le Xyzall qui me soulage, car avec tous ces pollens, j'ai du mal à respirer ! »
- « Vous savez, j'habite à 500 mètres d'ici, et pourtant aujourd'hui j'ai dû prendre ma voiture tellement je suis essoufflé... »
- « Quand je prévois de faire un exercice physique important, je me précipite sur ma Ventoline afin d'être certain de ne pas avoir de symptômes »
- « Le Symbicort et le Bronchodual m'aident beaucoup à limiter mes crises d'asthme »

- **QEC de la thématique « Prise en charge thérapeutique au long cours de l'asthme (et de la BPCO) »**

1.

(question obligatoire) Parmi les propositions suivantes concernant la prise en charge au long cours de l'asthme, lesquelles sont justes ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- La prise en charge thérapeutique de l'asthme se fait uniquement en fonction du score ACT (Asthma Control Test)
- 3 paliers de prise en charge thérapeutique sont définis chez l'adulte et l'enfant de plus de 5 ans
- Les glucocorticoïdes inhalés représentent le pilier du traitement de fond de l'asthme
- L'évolution de la prise en charge thérapeutique se fait par palier progressif, et aucun retour aux paliers inférieurs n'est possible
- La prise en charge par glucocorticoïdes par voie orale peut être nécessaire en cas de non contrôle de la pathologie (paliers hauts)

2.

(question obligatoire) Parmi les propositions suivantes, lesquelles concernent les corticoïdes ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Entraînant une réaction positive au contrôle antidopage, leur administration doit être évitée lors d'une compétition sportive
- La voie inhalée évite tout risque d'effet indésirable
- Chez un patient fumeur "corticorésistant", tout traitement par corticoïde s'avère inefficace
- Par voie inhalée dans le traitement de l'asthme, leur posologie varie selon la substance active utilisée
- Ils peuvent être à l'origine d'une candidose buccale

3.

(question obligatoire) Parmi les facteurs risquant de nuire à "l'adhérence" au traitement de l'asthme, on peut identifier :

[Décocher mes choix sur cette question]

- Une perte d'intérêt lors de phases asymptomatiques
- Un manque de temps lors de la consultation médicale
- Une mauvaise compréhension de l'intérêt du traitement
- Une mauvaise manipulation des dispositifs d'inhalation
- Un plan de prise trop chargé

4.

(question obligatoire) Quelles sont les propositions justes à propos des recommandations de prise en charge de la BPCO ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- La corticothérapie par voie orale est recommandée d'emblée dans la prise en charge d'une BPCO, même de bas stade
- La corticothérapie par voie inhalée doit toujours être en association avec un beta-2-mimétique ou un anti cholinergique à longue durée d'action
- En cas de bonne réponse à la thérapeutique, la poursuite du traitement indéfiniment est nécessaire
- Les paliers de prise en charge sont définis uniquement en fonction de la spirométrie du patient selon la classification GOLD
- La prise en charge de la BPCO nécessite obligatoirement un arrêt total et définitif du facteur causal

5.

(question obligatoire) Mr. Phil Rouge est sous SPIRIVA® et SEREVENT DISKUS®. Quelles sont les "remarques de comptoir" qui vous paraissent erronées (voire dangereuses) et qui mériteraient selon vous un échange plus approfondi ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- "C'est pour mon asthme !"
- "Il faut bien que je me rince la bouche après mes inhalations..."
- "Heureusement que j'ai toujours ça sous la main en cas de crise !"
- "Ce sont les médicaments qui empêchent mes bronches de se boucher..."

- **QEC de la thématique « Principe et théorie de la mesure du souffle : EFR, Peakflow, Pico »**

1.

(question obligatoire) Quelles propositions concernant la mesure du souffle considérez-vous comme exactes ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Chez les patients atteints de pathologies respiratoires chroniques, elle sert uniquement au suivi de la pathologie
- Le DEP permet au patient d'adapter lui-même ses traitements lors d'une mesure ambulatoire
- Une seule mesure anormale du DEP est suffisante pour conclure à une détérioration de l'état du patient
- Tous les patients asthmatiques et BPCO doivent suivre leur DEP quotidiennement
- La valeur normale du DEP dépend du sexe, de l'âge et de la taille du patient

2.

(question obligatoire) Quel examen permet de mesurer simplement et rapidement une éventuelle obstruction des grosses bronches ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Le Volume Expiratoire Maximum en 1 Seconde (VEMS)
- Le Débit Expiratoire de Pointe (DEP)
- La Capacité Vitale (CV)
- L'indice de Tiffenreau (VEMS / CV)

3.

(question obligatoire) Quelles propositions concernant le "peak flow" sont exactes ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Afin de ne pas fausser les mesures, le peak flow doit être utilisé verticalement, comme un aérosol doseur
- Il permet de mesurer le Débit Expiratoire de Pointe, exprimé en L / min
- Il permet de mesurer également le Volume Expiratoire Maximum en 1 Seconde (VEMS)
- Le DEP mesuré par le patient sera ensuite comparé au DEP théorique
- La comparaison entre le DEP mesuré et le DEP théorique permet de situer le patient dans différentes "zones" et d'anticiper la survenue d'une éventuelle crise d'asthme

4.

(question obligatoire) Pour quel ordre de grandeur du DEP (comparé au DEP théorique de référence) le patient doit-il prendre rendez-vous avec son médecin traitant rapidement, afin de faire le point sur son traitement ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Pour un DEP obtenu compris entre 100 % et 80 % du DEP de référence
- Pour un DEP obtenu compris entre 80 % et 50 % du DEP de référence
- Pour un DEP obtenu inférieur à 50 % du DEP de référence

5.

(question obligatoire) Dans le discours de Mr. Phil Rouge, quelles sont les "remarques de comptoir" qui vous paraissent erronées (voire dangereuses) et qui mériteraient selon vous un échange plus approfondi ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Mon DEP est impeccable ces derniers temps, je peux "souffler" un peu et ne plus le faire aussi souvent !
- Mon DEP est en-dessous de 50 %, j'appellerai mon pneumologue lundi, après le week-end...
- Je mets un tout petit peu de savon "bio" pour laver mon peak-flow, comme ça il est nickel !
- C'est quand même bien de laver son peak-flow au moins une fois par semaine, non ?
- Mon médecin m'a dit que mon DEP est bon si l'écart entre trois mesures de suite ne dépasse pas 5 %...

- **QEC de la thématique « La manipulation des systèmes d'inhalation »**

1.

(question obligatoire) Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont justes ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Plus les particules de principe actif en suspension dans l'aérosol sont de grande taille, plus l'efficacité est importante
- Les inhalateurs de poudre sont particulièrement adaptés en cas de problème de coordination main-poumon
- Les gaz propulseurs utilisés dans les aérosols-doseurs sont des CFC (chlorofluorocarbones)
- Une chambre d'inhalation peut être utilisée avec un aérosol-doseur pour faciliter la prise chez les enfants
- Le passage systémique du principe actif, et ainsi la survenue des effets indésirables, sont limités lors de l'utilisation d'un inhalateur

2.

(question obligatoire) Parmi les voies d'administration suivantes, laquelle est privilégiée dans le traitement de l'asthme ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Voie orale
- Voie injectable
- Voie inhalée
- Voie rectale

3.

(question obligatoire) Parmi les éléments suivants, quels sont ceux qui peuvent entraver le bon cheminement du principe actif vers les voies aériennes inférieures ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Des particules de grande taille
- Une vitesse initiale des particules sortant du générateur élevée
- Une inspiration rapide et superficielle
- Une inspiration profonde
- Des particules d'un diamètre compris entre 1 et 5 μm

4.

(question obligatoire) Quelles affirmations relatives aux inhalateurs de poudre sont vraies ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Ils utilisent un gaz propulseur
- Ils ne nécessitent pas de coordination main-bouche
- Leur utilisation est particulièrement adaptée au jeune enfant et au sujet âgé
- Ils peuvent provoquer une irritation oropharyngée
- Ils permettent d'éviter une toux réflexe

5.

(question obligatoire) Parmi les formes galéniques suivantes, laquelle est sous forme de spray (et non sous forme de poudre) ?...

[Décocher mes choix sur cette question]

- Turbuhaler
- Handihaler
- Autohaler
- Clickhaler
- Easyhaler

- **QEC de la thématique « La spécificité de l'asthme de l'enfant »**

1.

(question obligatoire) Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont vraies ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- L'asthme une maladie chronique peu fréquente chez les enfants en France
- L'asthme de l'enfant est souvent un asthme allergique
- Contrairement à l'asthme de l'adulte, le pilier du traitement de fond de l'asthme de l'enfant est le montelukast (SINGULAIR)
- Comme pour l'adulte, la voie d'administration privilégiée pour le traitement de l'asthme est la voie inhalée
- Le montelukast (SINGULAIR) doit être pris pendant le repas

2.

(question obligatoire) Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont vraies ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- La non-observance thérapeutique chez les enfants et les adolescents est alarmante !
- Il est de règle de surveiller la courbe de taille des enfants asthmatiques sous corticoïdes inhalés
- Le choix du dispositif d'inhalation doit prendre en compte l'âge de l'enfant
- La coopération et la coordination pour exécuter des manœuvres expiratoires forcées sont généralement acquises à partir de 3 ans

3.

(question obligatoire) Pour quelle(s) tranche(s) d'âge est particulièrement adaptée la chambre d'inhalation avec masque facial ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Moins de 2-3 ans
- 2-4 ans
- 5-10 ans
- A partir de 10 ans

4.

(question obligatoire) Pour quelle(s) tranche(s) d'âge est particulièrement adaptée la chambre d'inhalation avec embout buccal ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Moins de 2-3 ans
- 2-4 ans
- 5-10 ans
- A partir de 10 ans

5.

(question obligatoire) Que peut-on affirmer sur les leucotriènes ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Ce sont des substances exerçant un puissant effet anti-inflammatoire
- Ils sont alors à l'origine d'une bronchodilatation
- Ils peuvent entraîner une augmentation de la sécrétion de mucus
- Ils se fixent sur des récepteurs des voies aériennes respiratoires

- **QEC de la thématique « Mise en place des entretiens pharmaceutiques et approche éducative du patient asthmatique »**

1.

(question obligatoire) Quelles propositions relatives aux entretiens pharmaceutiques sont vraies ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Ils seront mis en place exclusivement sur l'initiative du médecin
- Pour bénéficier des entretiens, il suffira que le patient soit sous bêta-mimétique d'action rapide
- Le pharmacien ne pourra proposer les entretiens qu'aux patients étant déjà sous corticoïde inhalé
- La rémunération (40 €) sera versée si le pharmacien réalise au moins deux entretiens pharmaceutiques au cours de l'année civile de référence ou au moins un entretien si l'adhésion intervient à compter du second semestre
- Pour entrer dans le cadre des entretiens, la durée de traitement prévisible du patient devra être supérieure ou égale à 3 mois

2.

(question obligatoire) Parmi les "stades de l'acceptation" suivants, lesquels peut traverser un patient chronique ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Retour sur soi
- Dénî
- Révolte
- Marchandage
- Acceptation

3.

(question obligatoire) Parmi les attitudes suivantes, lesquelles selon vous sont susceptibles de contribuer au bon déroulement de l'entretien pharmaceutique ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- Une attitude empathique
- Des questions précises et fermées
- Un entretien de type "semi-directif"
- Un respect scrupuleux dans l'ordre des 19 questions de la "fiche de suivi"
- De la congruence

4.

(question obligatoire) Quelles formulations risqueraient de mettre le patient en "porte-à-faux" et/ou d'orienter sa réponse ?

[Décocher mes choix sur cette question]

- "Est-ce que vous prenez bien votre traitement ?"
- "Savez-vous qu'il faut prendre le traitement de fond tous les jours ?"
- "Savez-vous que quand vous vous sentez mieux, il ne faut pas arrêter ?"
- "Citez-moi des facteurs qui peuvent chez vous déclencher une crise d'asthme ?"
- "Racontez-moi comment vous prenez votre traitement..."

5.

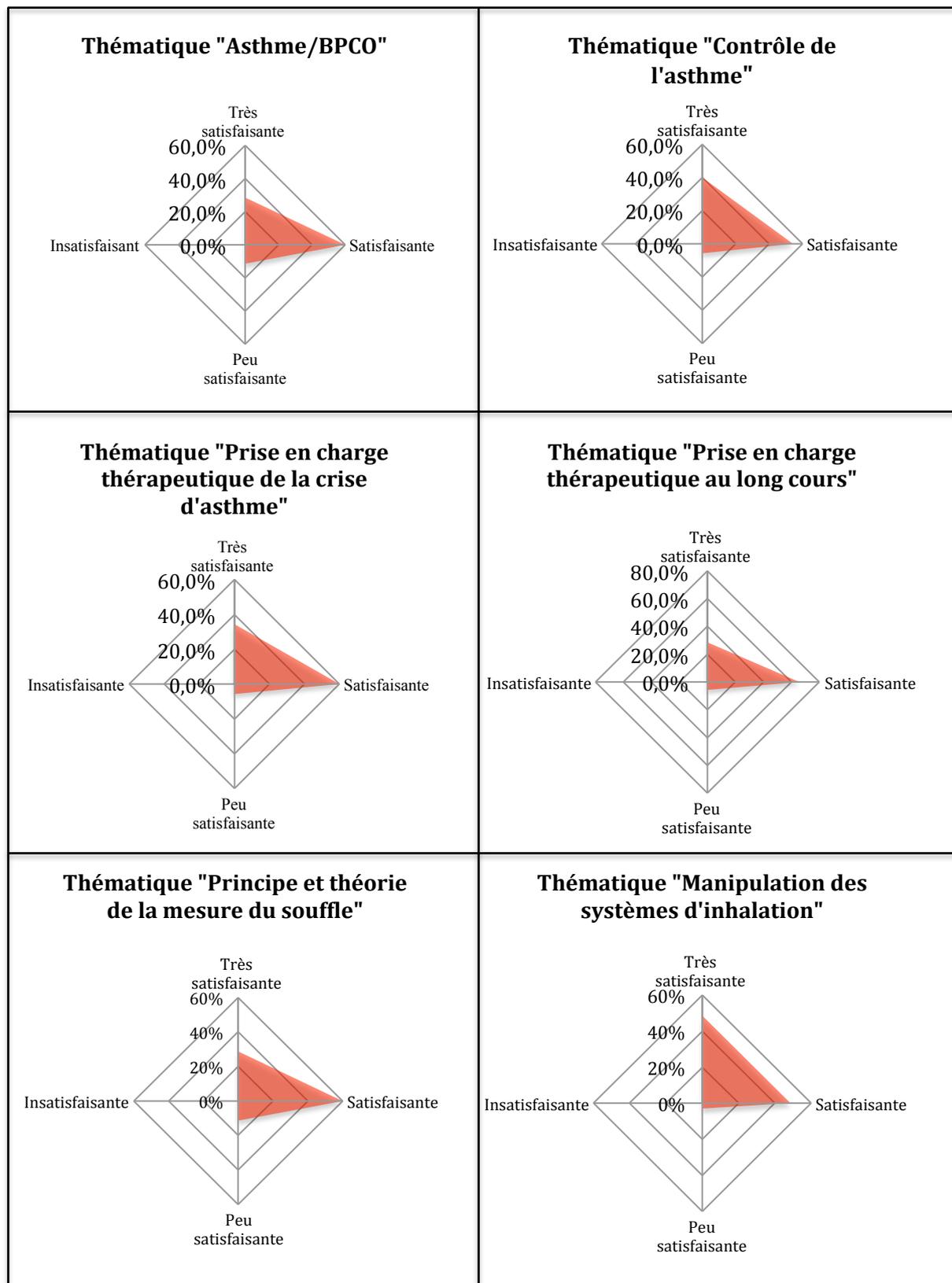
(question obligatoire) Dans le discours de Mr. Phil Rouge, quelles sont les "remarques de comptoir" qui vous pourraient vous mettre sur une "piste" afin d'intégrer certains des items de l'entretien pharmaceutique ?...

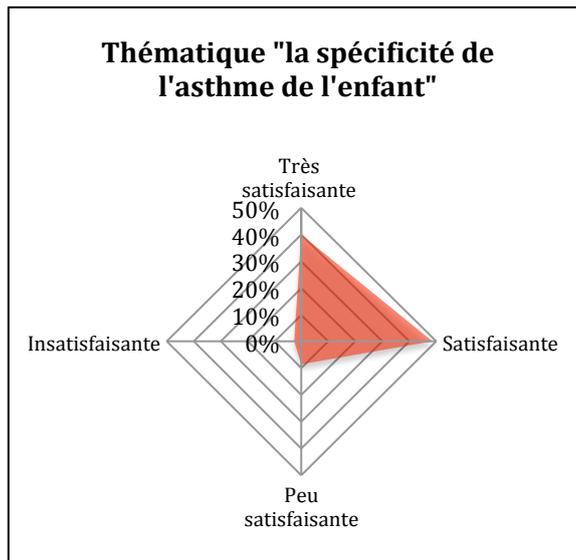
[Décocher mes choix sur cette question]

- "Moi, je prends tout le matin, comme ça c'est fait et je suis sûr de ne rien oublier !"
- "A mon âge, j'ai le temps de voir venir ! Les complications, c'est pour les séniors !"
- "Je me mélange un peu les pinceaux avec tous mes médicaments... Les noms changent tout le temps !"
- "Tant que je ne ressens rien physiquement, je ne vois pourquoi je m'embêterais avec tous ces médicaments..."
- "Ne me mettez pas tout, il me reste quelques boîtes..."

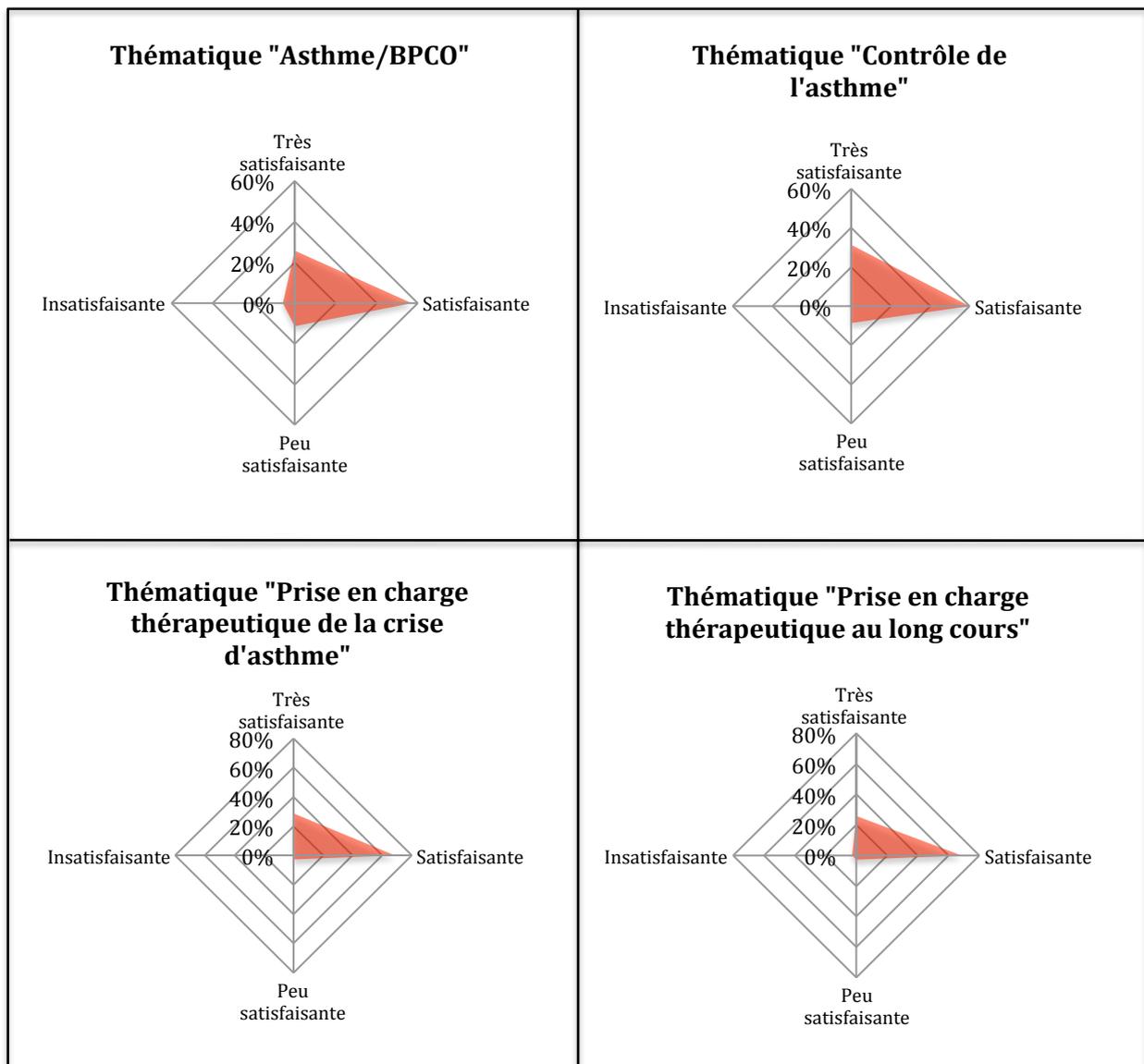
Annexe 5. Résultats détaillés de chaque thématique.

- Utilité des différentes thématiques pour l'exercice pharmaceutique selon les répondants au questionnaire de satisfaction et d'impact (QSI).

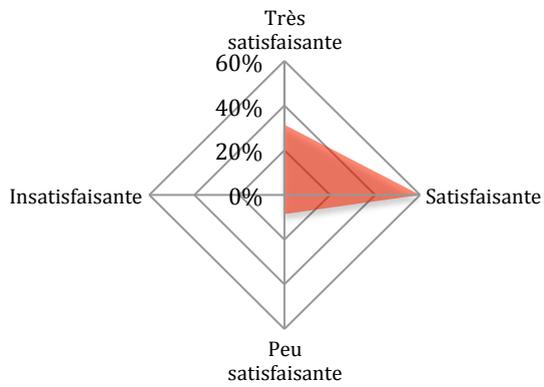




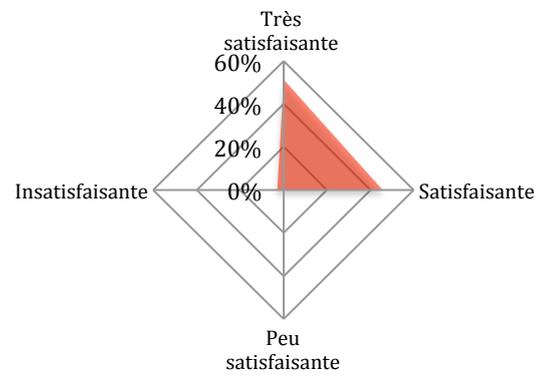
- Utilité des différentes thématiques pour les entretiens pharmaceutiques selon les répondants au questionnaire de satisfaction et d'impact (QSI).



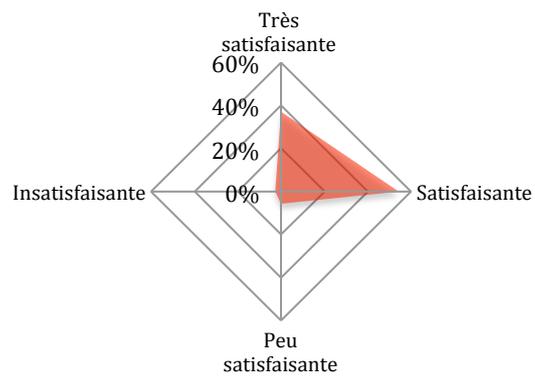
Thématique "Principe et théorie de la mesure du souffle"



Thématique "Manipulation des systèmes d'inhalation"



Thématique "la spécificité de l'asthme de l'enfant"



*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 ».

OBLIGATION ANNUELLE DE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC) : QUEL IMPACT SUR L'EXERCICE PHARMACEUTIQUE À L'OFFICINE ?

RESUME

Le développement professionnel continu est en plein essor en pharmacie compte tenu de son caractère obligatoire instauré par la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » de 2009. Différents formats de formation continue sont proposés aux pharmaciens d'officine, leur offrant la possibilité de choisir une méthode adaptée à leur besoin. Parmi les méthodes de formation, nous nous sommes intéressés au E-learning, évolution numérique de la formation continue, en plein développement en raison de nombreux avantages, particulièrement la souplesse temporelle et spatiale qu'il permet aux utilisateurs. L'objectif de ce document était de déterminer l'impact du développement professionnel continu sous format E-learning sur l'amélioration des connaissances et des compétences des utilisateurs. Afin de réaliser notre étude, un programme complet de formation Asthme/BPCO a été élaboré en collaboration avec C&J Formation, organisme de développement professionnel continu habilité à dispenser des programmes de DPC. Nous avons pu ensuite étudier l'impact de cette formation sur l'exercice pharmaceutique grâce à différents supports, regroupant des aspects subjectifs (ressenti et satisfaction des participants) et des aspects objectifs (tests de connaissances et évolution des pratiques professionnelles).

Les résultats de cette étude renforcent la place du développement professionnel continu en pharmacie avec une amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles des pharmaciens et préparateurs en pharmacie, et montrent le format E-learning comme efficace et satisfaisant. Ce document peut être utilisé comme un outil de communication auprès des pharmaciens et préparateurs en pharmacie afin de les encourager à poursuivre le développement de la formation continue, initié dans le cadre de l'obligation annuelle, et qui participe à l'évolution positive de la pratique officinale.

Mots clés: Développement professionnel continu, E-learning, pharmaciens d'officine, préparateurs en pharmacie, exercice pharmaceutique, évaluation des connaissances et pratiques professionnelles.

Adresse de l'auteur: Adrien TRUPHEME 25 chemin des îles 06160 Antibes Juan les Pins

Filière : Officine