



HAL
open science

Quelles perspectives pour le pharmacien d'officine dans la gestion de la douleur chronique? Enquête exploratoire auprès de 52 patients

Victoria Gianese

► To cite this version:

Victoria Gianese. Quelles perspectives pour le pharmacien d'officine dans la gestion de la douleur chronique? Enquête exploratoire auprès de 52 patients. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03297760

HAL Id: dumas-03297760

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03297760>

Submitted on 23 Jul 2021

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

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

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

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2021

**QUELLES PERSPECTIVES POUR LE PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LA
GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE ?**
Enquête exploratoire auprès de 52 patients

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

Victoria GIANESE

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE
GRENOBLE

Le : 19/07/2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Mr Benoît ALLENET, Professeur des Universités

Membres :

Mr Jean-Didier Bardet (directeur de thèse), Docteur en pharmacie

Mme Pauline Girard, Docteur en médecine

Mme Amélie Delunel, Docteur en pharmacie

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

ENSEIGNANTS - CHERCHEURS Année 2020 / 2021

Doyen de la Faculté - **Pr. Michel SEVE**
Vice-Doyen Pédagogie - **Mr Pierre CAVAILLES**
Vice-Doyen Recherche – **Pr. Walid RACHIDI**

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
MCF	ALDEBERT	DELPHINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx
PU-PH	ALLENET	BENOIT	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, THEMAS
PU	BAKRI	ABDELAZIZ	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
CDD	BARDET	JEAN-DIDIER	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, THEMAS
MCF	BATANDIER	CECILE	LBFA – INSERM U1055
PU-PH	BEDOUC	PIERRICK	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, THEMAS
MCF	BELAIDI-CORSAT	ELISE	HP2, Inserm U1042
MAST	BELLET	BEATRICE	-
MCF	BOUCHERLE	BENJAMIN	DPM - UMR 5063 CNRS
PU	BOUMENDJEL	AHCENE	LRB /INSERM U 1039
MCF	BOURGOIN	SANDRINE	TIMC
MCF	BRETON	JEAN	LCIB – UMR E3 CEA
MCF	BRIANCON-MARJOLLET	ANNE	HP2 – INSERM U1042
PU	BURMEISTER	WILHEM	UVHCI- UMI 3265 EMBL CNRS
MCU-PH	BUSSER	BENOIT	Institute for Advanced Biosciences, UGA / Inserm U 1209 / CNRS 5309
Professeur Emérite	CALOP	JEAN	
MCF	CAVAILLES	PIERRE	IAB
MCU-PH	CHANOINE	SEBASTIEN	CR UGA - INSERM U1209 - CNRS 5309
AHU	CHEVALIER	SIMON	TIMC IMAG
MCF	CHOISNARD	LUC	DPM – UMR 5063 CNRS
MCU-PH	CHOVELON	BENOIT	DPM – UMR 5063 CNRS
PU-PH	CORNET	MURIEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx
Professeur Emérite	DANEL	VINCENT	-
PU	DECOUT	JEAN-LUC	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF Emérite	DELETRAZ-DELPORTE	MARTINE	LPSS – EAM 4129 LYON
MCF	DEMEILLERS	CHRISTINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
PU-PH	DROUET	CHRISTIAN	GREPI EA7408
PU	DROUET	EMMANUEL	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale
MCF	DURMORT	CLAIRE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS
PU-PH	FAURE	PATRICE	DPM – UMR5063
MCF	FAURE-JOYEUX	MARIE	HP2 – INSERM U1042

Mise à jour le 11/05/2021 Sana HACHANI

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
PRCE	FITE	ANDREE	-
MCU-PH	GARNAUD	CECILE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX
PRAG	GAUCHARD	PIERRE-ALEXIS	-
MCU-PH	GERMI	RAPHAELE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale
MCF	GEZE	ANNABELLE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF Emérite	GILLY	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	GODIN-RIBUOT	DIANE	HP2 – INSERM U1042
MCF	GONINDARD	CHRISTELLE	LECA – UMR CNRS 5553
Professeure Emérite	GRILLOT	RENEE	-
MCF Emérite	GROSSET	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	GUIEU	VALERIE	DPM – UMR 5063 CNRS
CDD	HENNEBIQUE	AURELIE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX
MCF	HININGER-FAVIER	ISABELLE	LBFA – INSERM U1055
MCF	KHALEF	NAWEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MCF	KOTZKI	SYLVAIN	HP2 – UMR S1042
MCF	KRIVOBOK	SERGE	DPM – UMR 5063 CNRS
AHU	LEENHARDT	JULIEN	INSERM – U1039
PU	LENORMAND	JEAN-LUC	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX
PU	MARTIN	DONALD	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
PRCE	MATTHYS	LAURENCE	-
AHU	MINOVES	MELANIE	HP2 – INSERM U1042
PU	MOINARD	CHRISTOPHE	LBFA - INSERM U1055
PU-PH	MOSSUZ	PASCAL	IAB – INSERM U1209
MCF	MOUHAMADOU	BELLO	LECA – UMR 5553 CNRS
MCF	NICOLLE	EDWIGE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	OUKACINE	FARID	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	PERES	BASILE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	PEUCHMAUR	MARINE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	PEYRIN	ERIC	DPM – UMR 5063 CNRS
AHU	PLUCHART	HELENE	TIMC-IMAG – UMR 5525 CNRS, THEMAS
PU	RACHIDI	WALID	BGE/BIOMICS/ CEA
MCF	RAVELET	CORINNE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	RIBUOT	CHRISTOPHE	HP2 – INSERM U1042
PAST	RIEU	ISABELLE	-
Professeure Emérite	ROUSSEL	ANNE-MARIE	-
PU-PH	SEVE	MICHEL	TIMC
MCF	SOUARD	FLORENCE	DPM – UMR 5063 CNRS

Mise à jour le 11/05/2021 Sana HACHANI

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
MCF	SPANO	MONIQUE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS
MCF	TARBOURIECH	NICOLAS	IBS – UMR 5075 CEA CNRS
MCF	VANHAVERBEKE	CECILE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	WARTHER	DAVID	DPM
Professeur Emérite	WOUESSIDJEWÉ	DENIS	-

AHU : Assistant Hospitalo-Universitaire
 ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
 BCI : Biologie du Cancer et de l'Infection
 CHU : Centre Hospitalier Universitaire
 CIB : Centre d'Innovation en Biologie
 CRI : Centre de Recherche INSERM
 CNRS : Centre National de Recherche Scientifique
 DCE : Doctorants Contractuels Enseignement
 DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
 HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
 IAB : Institute for Advanced Biosciences
 IBS : Institut de Biologie Structurale
 LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
 LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
 LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
 LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
 LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
 LPSS : Laboratoire Parcours Santé Systémique
 LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
 MAST : Maître de Conférences Associé à Temps Partiel
 MCF : Maître de Conférences des Universités
 MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
 PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
 PRAG : Professeur Agrégé
 PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement
 PU : Professeur des Universités
 PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
 SyMMES : Systèmes Moléculaires et nanoMatériaux pour l'Energie et la Santé
 TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation
 UMR: Unité Mixte de Recherche
 UVHCI: Unit of Virus Host Cell Interactions

Remerciements

Au Président du jury

Monsieur le Professeur Benoît Allenet

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury et de de l'intérêt porté à ce travail.

Au Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Jean-Didier Bardet

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de l'intérêt que vous avez porté à ce sujet et à tous les échanges que nous avons pu avoir. Merci pour votre présence et pour tous les conseils que vous m'avez apportés.

Au Membres de jury

Madame le Docteur Pauline Girard

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et prendre de votre temps pour évaluer mon travail.

Madame le Docteur Amélie Delunel

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury (du riz !) de thèse. Merci pour tout le temps que tu m'as accordé et de la confiance que tu m'as témoignée. C'est un plaisir d'avoir pu travailler avec toi.

A mes parents

MERCI ! Je voulais vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi. Merci de m'avoir toujours soutenue et d'avoir toujours été présents dans les bons comme dans les mauvais moments, quels que soient les choix que j'ai pu faire. Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir toujours encouragée. Sans vous, je n'en serais pas là aujourd'hui. Je vous aime.

A ma famille « Giacomad », Steph, Dodo

Merci d'avoir toujours été derrière moi, d'avoir toujours cru en moi.

Un remerciement spécifique à mes grands-parents, merci pour votre implication dans mes études et merci d'avoir toujours tout fait pour vos petits-enfants.

Une pensée particulière pour ma grand-mère mamie Mado... je ne t'oublie pas.

A mes Amis

Merci à toute la team « officine » : Périne, Laurine, Laura, Naweil, Théo, Marion et Alix. Merci pour toutes ces années de fous rires, ces apéros, ces week ends tous ensemble. J'espère qu'on aura l'occasion de vite tous se retrouver et poursuivre cette belle amitié !

Un merci particulier à ma Pépé. Que dire... à part ...Olalalala ! Merci d'être toi tout simplement. Tu es mon petit (ou grand !) rayon de soleil, avec toi on ne peut que voir la vie du bon côté. Merci pour tout, pour cette amitié, cette complicité, ces fous rires, ces vacances, ces soirées, et que perdurent ces repas ravioles et saucisson !

Merci à toi ma Lolo, même à l'autre bout du monde je pense fort à toi ! Vivement nos retrouvailles.

Merci à mes copains pharmaciens ou futurs pharmaciens : Chloé, Titi, Jojo, Ben, Aude, Marianne, Kevin, Quentin. Merci à vous pour ces 6 belles années d'amitié, ces moments partagés tous ensemble. Vivement nos prochaines vacances !

Merci ma Clo, merci pour tout. Merci pour ta présence quasi quotidienne. Merci pour tes commentaires et ton investissement dans mon travail. Maintenant nous pouvons enfin commencer notre vraie vie d'adulte ! J'ai hâte !

Merci à mes « copines du collège » : Caro, Anais, Agathe et Camille. Merci à Manon et Célia, merci à mes copains de toujours Max et Lucie. J'espère de tout cœur que nos amitiés vont perdurer et qu'on se retrouvera malgré la distance.

A mes collègues de travail

Merci à toute l'équipe de la Pharmacie de l'Argentière : Amélie, Sophie, Coraline, Magali, Marine, Camille, Laurine et Virginie. Merci à vous de m'avoir si bien accueillie. Merci pour votre soutien pendant cette année !

Merci à toute l'équipe de la pharmacie du Haut Meylan : Edith, Caroline, Maud, Marie, Aurélie, Isabelle et Laetitia. Merci pour ces 6 mois de stage « masqué » mais toujours avec la bonne humeur !

Merci aux autres pharmacies où j'ai pu travailler, où j'ai pu être en stage. Merci du temps que vous m'avez accordé.

Et enfin MERCI aux patients !

Merci à tous les patients que j'ai pu interroger, merci pour nos échanges, merci pour le temps et la confiance que vous m'avez accordée. Ce travail m'a permis de mieux appréhender la douleur à l'officine grâce à vous.

Table des matières

Remerciements	5
Table des Tableaux.....	9
Table des Figures	10
Liste des abréviations	11
1. Introduction.....	13
1.1. Définition de la douleur chronique	13
1.2. Etat des lieux en France	15
1.3. Les médicaments antalgiques	15
1.4. Modification des conditions de délivrance et de dispensation des médicaments.....	17
1.5. Etat des lieux de la consommation d'antalgiques en France	18
1.6. Echelles d'évaluation de la douleur.....	21
1.7. Principales prises en charge des douleurs chroniques	22
1.7.1. Prise en charge de l'arthrose	22
1.7.2. Prise en charge de la lombalgie chronique.....	23
1.7.3. Prise en charge de la douleur chez la personne âgée.....	25
1.7.4. Recommandations sur l'utilisation des antalgiques opioïdes.....	28
1.7.5. Recommandations sur l'utilisation des anti-inflammatoires	29
Objectif de l'étude	32
2. Matériel et méthode	33
2.1. Recrutement.....	33
2.2. Collecte des données	34
2.3. Le questionnaire	35
2.4. Méthode d'analyse des données	36
3. Résultats	37
3.1. Résultats généraux de l'étude	37
3.1.1 Description de la population de l'étude.....	37
3.1.2. Caractéristiques des douleurs rencontrées par les patients.....	38
• Indications des douleurs	38
• Caractéristiques des douleurs : ressenti, apparition, fréquence	39
• Echelle de la douleur	40
• Comportement des patients face à la douleur	41
• Classement des actions	45
• Le paracétamol	46

3.1.3.	Impact de la douleur sur la qualité de vie.....	47
•	Echelle de qualité de vie	47
•	Perception de la douleur par le monde extérieur	48
•	Satisfaction du patient sur sa prise en charge de la douleur	48
3.1.4.	Relation aux professionnels de santé	49
•	Discussion des douleurs avec son médecin	49
•	Qualification des professionnels de santé.....	50
•	Position du pharmacien dans la prise en charge	50
3.2.	Résultats spécifiques.....	53
3.2.1	Effets indésirables	53
3.2.2.	Constipation et coprescription de laxatifs en cas de prise d'opioïdes.....	54
3.2.3.	Gastralgies et co prescription d'IPP en cas de prise d'AINS	55
3.2.4.	Prise en charge de l'arthrose	56
3.2.5.	Prise en charge de la lombalgie chronique.....	57
4.	Discussion	59
•	Résultats clés de l'étude	59
•	Limites	59
•	Consommation des antalgiques	60
•	Interventions pharmaceutiques (IP) potentielles	64
•	Positionnement du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la douleur.....	65
CONCLUSION :		69
Bibliographie		71
Annexes		78
Annexe 1 : 30 recommandations de l'IASP pour prévenir l'apparition des douleurs		78
Annexe 2 : Synthèse des recommandations des MPI pour les personnes âgées		80
Annexe 3 : Questionnaire		84
Annexe 4 : Effets indésirables		90

Table des Tableaux

Tableau 1: Nouvelle classification des antalgiques (11,12).....	17
Tableau 2 : Echelles d'évaluation de la douleur	21
Tableau 3 : Vigilances chez la personne âgée.....	25
Tableau 4 : Facteurs de variabilités chez les personnes âgées	26
Tableau 5 : Connaissances de l'état du patient pour une prescription optimale chez les personnes âgées	26
Tableau 6 : Répartition de la population selon l'INSEE en 2017(61)	33
Tableau 7 : Principales CSP de la population Sassenageoise en 2017 selon l'INSEE (61)	34
Tableau 8 : Pathologies chroniques associées.....	38
Tableau 9 : Douleurs chroniques rencontrées	39
Tableau 10 : Ressenti de la douleur	39
Tableau 11 : Echelle de la douleur	40
Tableau 12 : Comportements des patients face à la douleur	42
Tableau 13 : Thérapeutiques utilisées par les patients	43
Tableau 14 : Automédication des patients	44
Tableau 15 : Classement des actions réalisées par le patient	45
Tableau 16 : Satisfaction des patients concernant leur prise en charge	49
Tableau 17 : Actions mises en place par le médecin généraliste	49
Tableau 18 : Professionnel le plus qualifié pour la prise en charge de la douleur	50
Tableau 19 : Place du pharmacien versus médecin généraliste pour l'écoute des patients	51
Tableau 20 : Position et attentes vis à vis du pharmacien d'officine.....	51
Tableau 21 : Effets indésirables et médicaments décrits par les patients.....	53
Tableau 22 : Prescription de laxatifs lors de la prise d'opioïdes.....	55
Tableau 23 : Critères d'âge pour la prescription d'PP.....	55
Tableau 24 : Respect des recommandations sur les molécules d'IPP pouvant être prescrites lors de la prise d'AINS.....	56
Tableau 25 : Caractéristiques de la population et prise en charge de l'arthrose.....	56
Tableau 26 : Caractéristiques de la population et prise en charge de la lombalgie chronique.....	57
Tableau 27: Effets indésirables et médicaments impliqués	90

Table des Figures

Figure 1 : Consommation des antalgiques de la population générale en 2015 selon l'OFMA (20)	19
Figure 2 : Consommation des antalgiques par les sujets âgés en 2015 selon l'OFMA (22)	19
Figure 3. Répartition d'âge des participants	38
Figure 4. Evolution de l'EVA en fonction de la prise d'antalgiques	41
Figure 5. Réduction de la douleur (en %) après la prise d'un traitement médicamenteux	41
Figure 6. Dose maximale de paracétamol par jour selon les patients	46
Figure 7 : Impact de la douleur sur la qualité de vie du patient	47
Figure 8 : Invisibilité de la douleur pour l'entourage perçue par le patient	48
Figure 9 : Lien effet indésirable et médicaments impliqués	54

Liste des abréviations

AFIPA : Association française de l'industrie pharmaceutique

AINS : Anti inflammatoire non stéroïdien

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

BPM : Bilan Partagé de médication

CA : Complément alimentaire

CAM : Médicament alternatif et complémentaire

CSP : Catégories socio professionnelles

DMP : Dossier médical partagé

DP : Dossier pharmaceutique

EVA : Echelle visuelle analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

HE : Huile essentielle

HTA : Hypertension artérielle

IASP : International Association for the Study of Pain

IEC : Inhibiteur de l'enzyme de conversion

INCa : Institut national du cancer

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IP : Intervention pharmaceutique

IPP : Inhibiteur de la pompe à proton

ISRS : Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

MPI : Médicament potentiellement inapproprié

OFMA : Observatoire français des médicaments antalgiques

OMÉDIT : Observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

OSIAP : Ordonnances suspectes – Indicateurs d’Abus Possible

PS : Professionnel de santé

SNIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie

1. Introduction

1.1. Définition de la douleur chronique

La douleur est définie selon l'IASP (*International Association for the Study of Pain*) comme : « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle* » (1). Cette définition est subjective. Tout le monde possède les mêmes mécanismes de déclenchement de la douleur, mais le ressenti peut être différent et influencé par des facteurs biologiques (âge, sexe), des facteurs psychologiques et sociaux.

La douleur est à la fois une sensation physique et émotionnelle (2) qui peut se traduire par :

- une sensation physique (caractérisée par la localisation, l'intensité et l'évolution de la douleur) ;
- une émotion ;
- un comportement (manière de réagir à la douleur : par le corps ou la parole) ;
- une réaction mentale (façon de la gérer, de l'interpréter, de chercher à l'oublier ou vivre avec).

On distingue différents types de douleurs en fonction des mécanismes d'origine et de leurs évolutions dans le temps (3) :

- douleur nociceptive : douleur la plus courante, liée à des traumatismes (coupures, brûlures, fractures...) ou associée à des phénomènes inflammatoires (abcès dentaires, appendicite, arthrose...)
- douleur neuropathique : douleur en rapport avec un mauvais fonctionnement du système nerveux (lésion du système nerveux périphérique ou central) se traduisant par des fourmillements, des sensations de brûlure, de gonflement, d'écrasement, de picotement

ou de décharges électriques. Elles peuvent survenir en l'absence de stimulations douloureuses ou lors de stimulations habituellement non douloureuses ;

- douleur psychogène : lorsque les douleurs nociceptives ou neuropathiques sont écartées, les douleurs psychogènes sont liées à des troubles psychiques qui provoquent une sensation douloureuse en l'absence de lésion d'un organe ;
- douleur aiguë : (« signal d'alarme »), de courte durée, qui peut être due à une cause précise connue ou non ;
- douleur chronique : persistante ou récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée (le plus souvent au-delà de 3 mois), malgré un traitement antidouleur.

Les douleurs chroniques ne sont pas seulement définies par le temps depuis lesquelles elles sont présentes mais aussi par d'autres caractéristiques. Pour l'Institut national du cancer (INCa), la douleur chronique persiste même si la cause de la douleur a disparu. Elle est difficile à comprendre car elle n'a pas toujours de cause visible et elle est envahissante moralement et physiquement (4). La Haute Autorité de santé (HAS) complète également par le fait que la douleur chronique peut entraîner « *une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient* » (5).

Les douleurs chroniques, contrairement aux douleurs aiguës ne jouent plus le rôle de « signal d'alarme ». Ce sont des maladies à parts entières qui nécessitent un traitement à long terme. Les douleurs chroniques les plus fréquentes sont les céphalées primaires dont la migraine, les lombalgies, les lomboradiculalgies, les douleurs neuropathiques, les douleurs arthrosiques et musculo-squelettiques (6).

L'année 2020 a été définie par l'IASP comme une année de prévention de la douleur. L'IASP a diffusé des messages sur les stratégies de prévention de la douleur (Annexe 1) auprès des chercheurs, des cliniciens et des patients (7).

1.2. Etat des lieux en France

Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), près de 30% de la population adulte française souffre de douleur chronique (8), ce qui représente environ 12 millions de Français (9).

L'incidence des douleurs augmente avec l'âge. Dans les deux tiers des cas, les douleurs présentes sont d'intensités modérées à sévères. Les douleurs affectent davantage les femmes et les catégories socio-professionnelles les moins favorisées (8).

Les douleurs neuropathiques concernent quant à elles près de 7% des Français, avec un pic entre 50 et 64 ans. Ces douleurs touchent davantage des personnes ayant des professions manuelles et vivant en milieu rural (8).

La douleur est le premier motif de consultation chez le médecin généraliste (43% des consultations dont 24% pour la douleur chronique) (10). C'est donc un enjeu économique et social.

1.3. Les médicaments antalgiques

Les médicaments antalgiques sont des médicaments qui diminuent la douleur sans en supprimer la cause (11,12). Selon les différentes classifications de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1986 et en 1997, les médicaments antalgiques se divisent en trois classes en fonction de leur puissance d'action. La classification de 1986 repose sur l'intensité de la douleur par excès de nociception, fondée par la puissance des agents (paliers 1, 2 et 3) et celle de 1997 introduit l'apparition de classes thérapeutiques (non opioïdes, opioïdes faibles et opioïdes forts). Les antalgiques de niveau 1 rassemblent le paracétamol, l'aspirine, les AINS et sont destinés aux douleurs légères. Les antalgiques de niveau 2 (codéine, tramadol, opium) sont destinés aux douleurs modérées ou sévères ou insuffisamment soulagées par des antalgiques de niveau 1.

Les antalgiques de niveau 3 (dérivés de la morphine) sont indiqués pour les douleurs intenses et rebelles aux autres antalgiques.

Certains antalgiques de niveau 1 sont disponibles en pharmacie sans prescription médicale. C'est le cas du paracétamol, de l'aspirine et de l'ibuprofène. Les autres antalgiques de niveau 1, ceux de niveau 2 et de niveau 3 nécessitent une prescription médicale pour être délivrés.

Il existe d'autres médicaments que les médicaments antalgiques utilisés pour soulager les douleurs, :

- les anesthésiques locaux ;
- les antispasmodiques ;
- certains antidépresseurs ;
- les myorelaxants ;
- les antiépileptiques.

Depuis 2010, il existe une nouvelle classification des antalgiques en fonction du mécanisme d'action des médicaments. Cette classification ne réduit pas seulement la classification aux douleurs par excès de nociception, mais intègre tous les médicaments même ceux initialement développés dans d'autres indications. Elle évite la corrélation entre intensité douloureuse et classe d'antalgique (11,12) (Tableau 1).

Tableau 1: Nouvelle classification des antalgiques (11,12)

Nouvelle classification	
Antinociceptifs	Non opioïdes : paracétamol, AINS
<i>Douleurs nociceptives</i>	Opioïdes : codéine, morphine, oxycodone, hydromorphe Cannabinoïdes
Antihyperalgésiques	Antagonistes NMDA (kétamine)
<i>Douleurs centrales</i>	Antiépileptiques : gabapentine, prégabaline, lamotrigine Néfopam
Modulateurs des contrôles descendants inhibiteurs	Antidépresseurs tricycliques IRSNA
<i>Douleurs neuropathiques</i>	
Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphérique	Anesthésiques locaux Carbamazépine, Oxcarbamazépine Topiramate
<i>Douleurs neuropathiques périphériques</i>	Capsaïcine
Douleurs mixtes, nociceptives et neuropathiques	Tramadol

1.4. Modification des conditions de délivrance et de dispensation des médicaments

Certains médicaments antalgiques sont disponibles sans ordonnance. C'est le cas pour certains antalgiques de niveau 1 comme le paracétamol, l'ibuprofène et l'aspirine. Depuis janvier 2020, ces médicaments ne peuvent plus être en libre accès. Le libre accès est défini par l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé (ANSM) comme « *des médicaments qui, du fait de leurs indications thérapeutiques, peuvent être utilisés sans intervention d'un médecin pour le diagnostic, l'initiation ou la surveillance d'un traitement et, ils présentent une posologie, une durée prévue de traitement et une notice adaptées* » (13).

Ces mesures visent à favoriser le bon usage de ces médicaments de par les conseils du pharmacien. De plus, depuis 2019, un message d'alerte a été ajouté sur les boîtes de médicaments contenant du paracétamol (surdosage= danger ; dépasser la dose peut détruire le foie) (14).

Il y a eu ces dernières années de nombreuses modifications sur les conditions de prescription et de délivrance des médicaments utilisés contre les douleurs. En effet, ces médicaments ont fait l'objet de mésusage. La codéine est depuis 2017 soumise à prescription médicale obligatoire quelle que soit la dose délivrée et quel que soit l'âge du patient (15).

Le tramadol a également connu une modification concernant sa durée maximale de prescription en 2020. Elle a été réduite de 12 à 3 mois pour limiter le mésusage et le risque de dépendance. En effet le tramadol est le 1^{er} antalgique opioïde cité comme usage problématique avec notamment une dépendance, des signes de sevrage survenant même lors de prises à des doses recommandées et sur une courte période. Il est le 1^{er} antalgique impliqué dans les décès liés à la prise d'antalgiques et le 2^{ème} antalgique le plus fréquemment retrouvé sur les ordonnances falsifiées présentées en pharmacie selon les données de l'OSIAP (*Ordonnances suspectes – Indicateurs d'Abus Possible*). (16).

Dernière modification en date pour la prégabaline en mai 2021 (17). La durée de prescription est désormais limitée à 6 mois et il est nécessaire d'avoir une ordonnance sécurisée pour la délivrance. La prégabaline est depuis 2019, la 1^{ère} substance faisant l'objet d'ordonnance falsifiée selon les données OSIAP. Les principales complications liées au mésusage de la prégabaline sont un coma, des troubles de la conscience, une désorientation, une confusion (18).

1.5. Etat des lieux de la consommation d'antalgiques en France

Selon l'Observatoire français des médicaments antalgiques (OFMA) et d'après les données du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) [données anonymes regroupant les informations issues des remboursements effectués par l'ensemble des régimes d'assurance maladie pour les soins du secteur libéral (19)], en 2015, 72,1% des Français ont eu au moins une délivrance d'un médicament antalgique dans l'année (Figure 1)

(20). Parmi ces médicaments antalgiques, près de 60% des Français ont eu recours au paracétamol. Il s'en vend en France environ 14 boîtes par seconde soit environ 500 millions de boîtes chaque année (21).

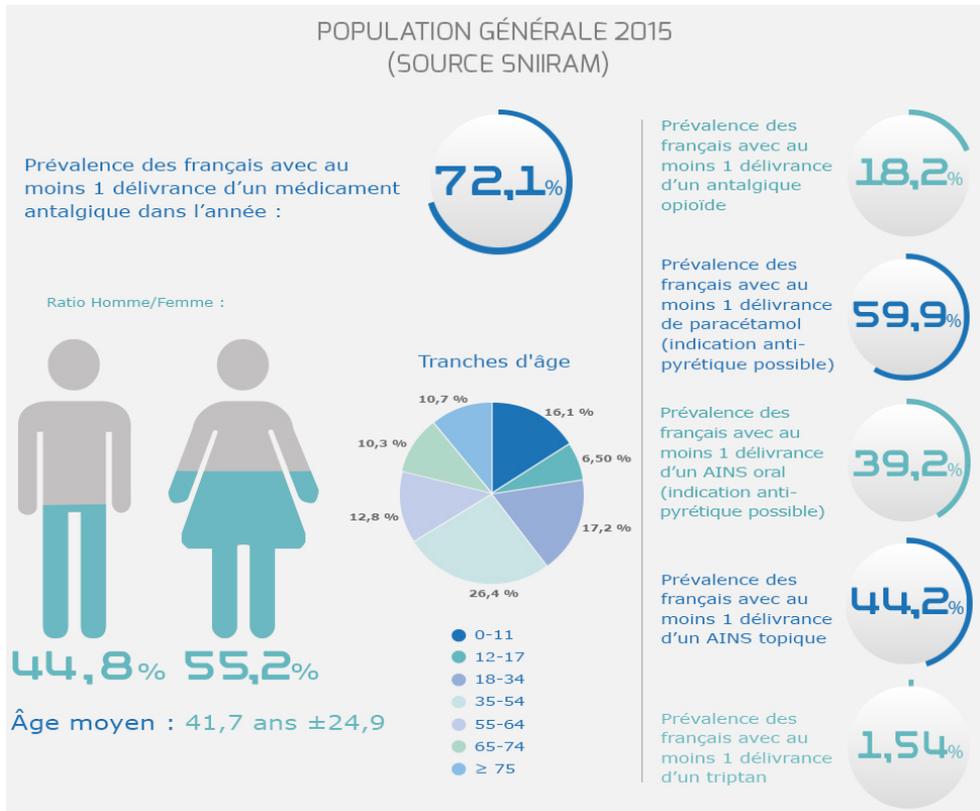


Figure 1 : Consommation des antalgiques de la population générale en 2015 selon l'OFMA (20)

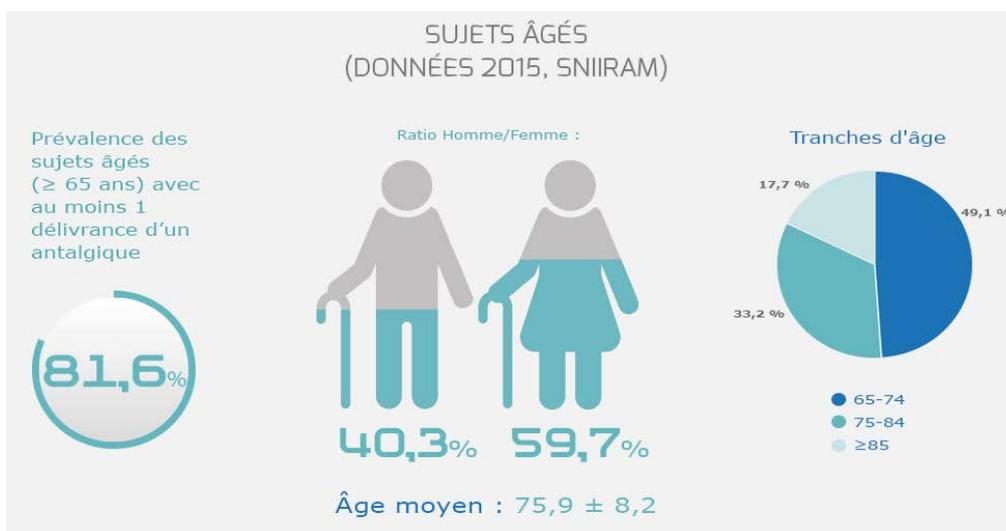


Figure 2 : Consommation des antalgiques par les sujets âgés en 2015 selon l'OFMA (22)

L'OFMA indique également que les sujets âgés (> 65 ans) ont eu pour 81,6 % d'entre eux, une délivrance d'antalgiques au cours de l'année 2015 (Figure 2). Ils sont plus de 28% à avoir eu recours aux antalgiques opioïdes (22).

L'enquête menée par l'OFMA et l'Institut ANALGESIA début 2021 révèle que 91% des Français ont pris au moins une fois dans l'année du paracétamol et le plus souvent en automédication (23,24). Cette enquête avait pour but d'identifier les comportements à risque. Pour les deux tiers des consommateurs, le paracétamol est utilisé pour soulager une céphalée. Les lombalgies et les douleurs articulaires sont ensuite évoquées par un quart des utilisateurs. Les Français sont 54% à connaître la toxicité pour le foie lors d'un surdosage en paracétamol mais 10% estiment qu'il n'y a aucune conséquence.

Les informations au sujet de la toxicité du paracétamol pour le foie sont obtenues via :

- la notice/ boîte du médicament pour 40% ;
- les médias grand public pour 37% ;
- le médecin pour 29% ;
- le pharmacien pour 18%.

Les médicaments antalgiques sont les médicaments les plus cités dans l'enquête OSIAP de 2019. Les données OSIAP (18) contribuent à l'évaluation du potentiel d'abus et de dépendance des médicaments grâce à la surveillance et au recueil des ordonnances suspectes identifiées par les pharmaciens d'officine. En 2019, les médicaments les plus cités étaient : la prégabaline (23,8%), la codéine antitussive (19,9%), le paracétamol (14,9%), le tramadol (seul ou en association ; 11,6%), l'association codéine et paracétamol (9,8%) (25).

Le paracétamol n'est pas le seul antalgique présentant des risques de toxicité, d'abus ou de mésusage. Le documentaire Enquête de santé : "Les pièges des médicaments antidouleurs" (21) diffusé en septembre 2020 sur France 5, informe sur la consommation des médicaments antalgiques qui a fortement augmenté ces dernières années et alerte sur les risques

d'addictions à ces médicaments, en particulier pour les opioïdes. Aux Etats-Unis, 130 Américains meurent chaque jour d'un surdosage aux opioïdes.

1.6. Echelles d'évaluation de la douleur

La douleur, de par sa dimension personnelle et subjective n'est pas mesurable avec un outil comme pour la température ou la tension artérielle (26).

Les outils d'évaluation de la douleur facilitent le dialogue entre les personnes malades, leur entourage et les professionnels de santé. Ils permettent une meilleure prise en charge du patient.

Il existe deux types d'évaluation de la douleur :

- l'auto-évaluation : par le patient lui-même, capable de communiquer sur l'intensité et les caractéristiques de la douleur ;
- l'hétéro-évaluation, évaluation par une tierce personne pour les adultes non communiquant ou les enfants de moins de 4 ans.

Il existe différentes échelles d'évaluation pour les adultes (Tableau 2) (27–29).

Tableau 2 : Echelles d'évaluation de la douleur

Echelles unidimensionnelles pour un ADULTE

Echelle visuelle analogique	Mesure l'intensité douloureuse à l'aide d'une règle en position verticale
Echelle numérique	Mesure l'intensité douloureuse en donnant une note entre 0 et 10
Echelle verbale simple	Mesure de l'intensité douloureuse en qualifiant cette douleur ; à chaque adjectif est attribué un score
Schéma corporel	Repérage de la zone douloureuse et irradiations éventuelles

Echelles d'hétéro-évaluation	
Echelle AlgoPlus (30)	Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale
Echelle DoloPlus (31)	Evaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée Tout changement de comportement chez la personne âgée doit faire évoquer la douleur
Echelle ECPA (28)	Evaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée Observation des comportements avant et pendant les soins
Questionnaire DN4 (32)	Douleurs neuropathiques

1.7. Principales prises en charge des douleurs chroniques

De manière générale, la prise en charge des douleurs chroniques repose sur les mêmes principes. En premier lieu, l'utilisation des antalgiques de niveau 1 puis, si la douleur est insuffisamment soulagée, utilisation des antalgiques de niveau 2 (plus ou moins associés au niveau 1) et enfin prise en charge par des antalgiques de niveau 3 (plus ou moins associés au niveau 1). Chaque pathologie a cependant une prise en charge qui peut être plus spécifique.

1.7.1. Prise en charge de l'arthrose

L'arthrose est une pathologie caractérisée par des douleurs articulaires qui proviennent de la destruction et/ou de l'usure du cartilage. Ces douleurs ne sont pas constantes. Elles évoluent par poussées ou crises d'arthrose. Les douleurs peuvent apparaître au repos (principalement au réveil), lors de périodes d'inactivités ou lorsque les articulations sont mobilisées de façon intensive (33). Il existe différents types d'arthroses selon leurs localisations : cervicale,

lombaire, gonarthrose (genou), coxarthrose (hanche), doigts... La coxarthrose et la gonarthrose sont les arthroses les plus invalidantes (34). La douleur et la limitation de l'autonomie due à la gêne ressentie nécessitent une prise en charge médicale. La prise en charge des patients repose dans un premier temps sur des mesures hygiéno-diététiques (alimentation, sport, kinésithérapie). Les mesures pharmacologiques interviennent lors des poussées douloureuses. Ces traitements sont symptomatiques et non curatifs. En première intention, l'usage du paracétamol est recommandé puis usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en cas d'inefficacité du paracétamol. Les AINS, en particulier chez les sujets âgés ne doivent être utilisés que lors de cures courtes, à la dose minimale efficace (35,36). Le recours aux traitements locaux peut également être employé. Parmi les AINS locaux, seul le diclofénac à l'indication « *traitement symptomatique de l'arthrose douloureuse des genoux* » (37). Des injections intra-articulaires de corticoïdes peuvent également être utilisées. Les antiarthrosiques symptomatiques d'action lente (chondroïtine, diacerein, insaponifiables d'huile d'avocat ou de soja) ont une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le traitement symptomatique de l'arthrose du genou ou de la hanche. Les glucosamines ont une AMM limitée à l'arthrose du genou. Mais leurs effets minimes sur la douleur et la gêne fonctionnelle ne les placent pas au centre de la stratégie thérapeutique (37).

1.7.2. Prise en charge de la lombalgie chronique

La lombalgie se définit comme une douleur située entre la zone thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur. Elle peut être associée à des douleurs dans les membres inférieurs. Le terme lombalgie rassemble la lombalgie dite commune (douleur lombaire sans signes d'alerte) et la lombalgie chronique (lombalgie de plus de 3 mois) (38).

La HAS différencie :

- « *La poussée aiguë de lombalgie* » : qui correspond à des douleurs aiguës avec ou sans douleur de fond préexistante, nécessitant une intensification temporaire des traitements ou une diminution temporaire des capacités fonctionnelles ;
- « *La lombalgie à risque de chronicité* » : pour les patients ayant une durée d'évolution de la lombalgie inférieure à 3 mois et présentant un risque élevé d'absence de résolution de la lombalgie ;
- « *La lombalgie récidivante* » : en cas de récurrence de lombalgie dans les 12 mois.

La prise en charge du patient lombalgique doit être centrée sur le patient (prise en compte du vécu du patient, retentissement de sa douleur). Cette prise en charge doit être multidisciplinaire pour tous les patients à risque de chronicité.

Selon la HAS, l'activité physique est le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie et d'éviter une récurrence (38). La kinésithérapie est recommandée aux patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité. En effet, les médicaments antalgiques n'ont pas prouvé d'efficacité à moyen terme sur l'évolution d'une poussée aiguë de lombalgie (38). Les antalgiques seront utilisés pour leur visée symptomatique et non curative. En 1^{ère} intention, le paracétamol ou les AINS peuvent être utilisés puis en 2^{nde} intention les opioïdes.

Depuis 2017, l'Assurance Maladie a lancé un programme de prévention des lombalgies. Elle réalise des campagnes de communication, distribue des brochures d'information pour les patients : « Mal de dos ? Le bon traitement c'est le mouvement » (39). Elle a également développé une application « Activ'Dos », une application pour prendre soin de son dos à travers des exercices à réaliser (étirement, relaxation, musculation), des vidéos sur les bonnes postures à adopter et des quizz ludiques pour tester ses connaissances. En effet, la lombalgie est un problème de santé publique et un enjeu économique majeur. Le programme de prise en charge

d'un patient lombalgique rassemble donc, la kinésithérapie, la pratique d'une activité physique et la gestion de la douleur (40).

1.7.3. Prise en charge de la douleur chez la personne âgée

La douleur chronique touche 50% des personnes âgées vivant à domicile, 49% à 83% de celles vivant en institution et 80% des personnes âgées en fin de vie (41).

Selon l'OMÉDIT Poitou-Charentes (Livret « Gériamed » (42,43)), la douleur chez la personne âgée augmente avec l'âge (en cas de polyopathologies), avec la perte d'autonomie et en fin de vie. L'utilisation des antalgiques repose sur les mêmes principes que pour les sujets jeunes avec des adaptations posologiques et des précautions d'emploi (Tableau 3)

Tableau 3 : Vigilances chez la personne âgée

Vigilances	Conséquences
Modifications de la fonction rénale	Calcul de la Clairance de la créatinine → adaptation posologique pour éviter le surdosage
Polymédication	Interactions médicamenteuses
Automédication	Interactions médicamenteuses et surdosage
Sensibilité aux médicaments	Effets indésirables

Les personnes âgées sont plus à risque de développer des pathologies iatrogènes du fait :

- des polyopathologies ;
- de l'observance (mauvaise observance d'une personne âgée sur deux ; (42)) ;
- des modifications physiologiques entraînant des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques (Tableau 4)

Toutes ces modifications sont à prendre en compte lors de l'instauration d'un traitement chez une personne âgée. Pour une prescription optimale d'antalgiques (et des autres médicaments) il

faudrait avoir connaissance de l'état d'hydratation du patient, de son état nutritionnel, de sa fonction rénale et hépatique (Tableau 5) (43).

Tableau 4 : Facteurs de variabilités chez les personnes âgées

Facteurs de variabilité liés au vieillissement physiologique (42,44)	Diminution des capacités fonctionnelles des organes	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Conséquences pharmacocinétiques (PK)</i> 	Absorption	↘ motilité intestinale
	Distribution	Volume de distribution modifié (↗ masse grasseuse, ↘ eau corporelle, ↘ albumine)
	Métabolisme	↘ métabolisme hépatique
	Elimination	↘ de l'élimination ↘ de la clairance de la créatinine
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Conséquences pharmacodynamiques (PD)</i> 	Modification de la sensibilité à de nombreux médicaments Réduction des mécanismes compensatoires physiologiques responsables de l'équilibre homéostatique	
Facteurs de variabilité liés au contexte pathologique	Défaillance d'organe majeure les conséquences PK et PD Polymédication → risque IM et EI	

Tableau 5 : Connaissances de l'état du patient pour une prescription optimale chez les personnes âgées

Etat du patient	Conséquences	Nécessité d'adaptation
Etat d'hydratation	Déshydratation ou fortes chaleurs	AINS
Etat nutritionnel	Dénutrition	AINS Paracétamol
Fonction rénale	Altération	AINS, Aspirine
Fonction hépatique	Altération	Paracétamol AINS

Du fait de toutes ces variations, l'adaptation des traitements chez la personne âgée est une problématique majeure.

La prescription de médicaments adaptés à la personne âgée est une préoccupation de santé publique. Les personnes âgées sont considérées comme une population particulière pour la prise en charge médicamenteuse. En effet, l'utilisation de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) peut avoir des conséquences néfastes. Cela peut entraîner des effets indésirables (EI),

des hospitalisations et des décès (45). La prévalence de la prescription et/ou de l'utilisation inappropriée des MIP a été analysée par plusieurs auteurs et varie de 20 à 79 % selon la population étudiée, le contexte ou le pays, et l'outil spécifique utilisé (35,45–47).

Il existe différents outils selon les pays pour évaluer la pertinence d'une prescription (Annexe 2). Ces outils abordent pour la plupart l'adéquation pharmacologique de la prescription : surprescription de médicaments non indiqués, omission de médicaments nécessaires. Ces outils sont des aides à la prescription mais ne peuvent pas remplacer l'évaluation individuelle de la pertinence de la prescription.

La liste européenne EU(7) PIM List est une liste axée sur les substances chimiques (35). Elle a été développée en tenant compte de plusieurs listes de MPI existantes, des marchés européens, et elle a été approuvée par des experts de différents pays européens. Cette liste apporte des suggestions d'ajustement de doses et propose des alternatives thérapeutiques.

La liste START/STOPP (*Screening Tool to Alert to Right Treatment /Screening Tool of Older Persons' Prescriptions*) est une liste de critères de détection des MPI (48). Cet outil permet de présenter les principales interactions liées aux médicaments ou liées aux comorbidités (critères STOPP) et de présenter l'omission de prescriptions considérées comme appropriées (critères START) (49).

En 2017, en France, un consensus multidisciplinaire d'experts en douleur et gériatrie a été publié (50). Il propose des recommandations sur l'utilisation des antalgiques dans la prise en charge de la douleur de la personne âgée.

L'OMÉDIT Poitou-Charentes avec son outil « Gériamed » apporte également des informations pour adapter la prescription et l'administration des médicaments à la personne âgée (43).

1.7.4. Recommandations sur l'utilisation des antalgiques opioïdes

Les opioïdes sont une classe de médicaments antalgiques dont l'utilisation a nettement augmenté ces dernières années (51). Ils sont utilisés pour des douleurs modérées à sévères.

Ils présentent cependant de nombreux effets indésirables dont les principaux sont la constipation, la sédation et la dépendance. La constipation est le symptôme le plus courant et le plus problématique. Selon le consensus d'experts européens sur la physiopathologie et le traitement de la constipation induite par les opioïdes, elle est fréquemment sous-reconnue et, par conséquent, une prise en charge efficace n'est pas souvent instituée malgré un certain nombre d'options thérapeutiques (52).

Les critères de Rome IV définissent les constipations induites par les opioïdes comme « *des symptômes nouveaux ou croissants de constipation lors de l'instauration, de la modification ou de l'augmentation d'un traitement opioïde avec d'autres caractéristiques cliniques, telles que la sensation d'évacuation incomplète et moins de trois selles spontanées par semaine* » (53,54).

Lors de l'instauration d'un traitement par opioïdes, les premières mesures générales comprennent l'éducation du patient, l'examen des facteurs liés au mode de vie (consommation de liquides et activités) et, si possible, l'identification et la modification des médicaments pouvant exacerber cette constipation (54).

L'utilisation d'un laxatif lors de la prise de traitements opioïdes est préconisée, tel qu'un laxatif osmotique ou un stimulant, que le patient peut commencer lui-même s'il développe une constipation. Cette prise en charge doit être adaptée à chaque patient en fonction de son profil de symptômes et/ou de son tableau clinique global.

1.7.5. Recommandations sur l'utilisation des anti-inflammatoires

Les anti-inflammatoires possèdent des propriétés anti inflammatoires, antalgiques et antipyrétiques. Ils sont en général utilisés après échec d'un traitement seul par paracétamol. Contrairement au paracétamol qui, à bonne posologie est bien toléré, les AINS sont responsables de nombreux effets indésirables en particulier digestifs (dyspepsies, gastralgies, nausées) (55). Ces effets indésirables sont favorisés par de fortes doses, l'association de plusieurs AINS, une utilisation prolongée et un âge > 65 ans. Le risque hémorragique est important lors de l'utilisation de manière concomitante d'AINS aux anticoagulants, aux antiagrégants plaquettaires et dans une moindre mesure, aux inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS) (55). Des effets indésirables cutanéomuqueux sont fréquents : prurit, éruption cutanée, rhinite. Les AINS peuvent être responsables d'une rétention hydrosodée, d'une élévation de la tension artérielle et d'une décompensation de cardiopathie. Ils présentent également des effets indésirables rénaux (insuffisance rénale, hyperkaliémie, protéinurie) qui peuvent être majorés en cas de cardiopathies, de néphropathies préexistantes, d'hypovolémie ou de traitement par des diurétiques, des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ou des antagonistes de l'angiotensine II (sartans) (55).

C'est pourquoi les AINS doivent être utilisés à la dose minimale efficace et pendant la durée la plus courte possible.

Il y a des précautions qui doivent être prises en compte lors de la prescription d'anti-inflammatoires :

- contre-indication des AINS en cas d'ulcère évolutif ou d'antécédents d'ulcères compliqués ;
- évaluation des risques pour le patient : digestifs, cardiovasculaires, rénaux et cutanés ;

- prise en compte des traitements associés (diurétiques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, antagonistes de l'angiotensine II, anticoagulants, antiagrégants plaquettaires, ISRS).

Du fait des effets indésirables digestifs, la prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) doit être instaurée pour la prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez les patients à risques dans les situations suivantes selon la fiche de bonne usage de la HAS (56) :

- patient âgé > 65 ans ;
- ou ayant des antécédents d'ulcères gastroduodéal ;
- ou traité par antiagrégants plaquettaire ou anticoagulants ou corticoïdes

Dans ces situations, la prescription d'IPP est justifiée pendant le traitement anti-inflammatoire.

Les IPP utilisables sont :

- oméprazole (20mg) ; pleine dose
- lansoprazole (15mg), esoméprazole (20mg) et pantoprazole (20mg) ; demi dose

Pour l'OMÉDIT Centre-Val de Loire , selon la fiche de bonne pratique et de bon usage de 2017, l'usage des IPP chez les personnes âgées pour la prévention des lésions gastroduodénales doit se faire par des IPP à demi-dose (oméprazole compris) (57).

Une enquête de l'ANSM de 2015 et une étude de l'Assurance Maladie de 2019 montrent un large mésusage de ces traitements IPP, prescrits trop fréquemment dans des situations non justifiées ou trop longtemps. L'Assurance Maladie évalue que ce mésusage concernerait entre 40 et 80 % des patients. De son côté, l'ANSM a montré que près de 80% des patients ayant débutés un traitement par IPP en association avec un AINS, n'avaient aucun facteur de risque pouvant justifier cette coprescription « préventive » du risque d'ulcère gastroduodéal (58). La prévention ou le traitement des lésions gastroduodénales dues aux AINS constituaient donc

l'indication la plus fréquente des IPP en 2015. Dans 90,7 % des cas, l'AINS était délivré à la date d'initiation de l'IPP, suggérant un traitement à visée préventive (59).

Pour l'ANSM, l'utilisation des IPP ne doit pas être banalisée : « *bien que les IPP soient généralement bien tolérés à court terme, leur utilisation au long cours n'est pas sans risque* » (59,60).

Objectif de l'étude

La prise en charge de la douleur relève d'une préoccupation médicale, sociale, philosophique, et correspond à un enjeu de société majeur. En effet, depuis la loi du 4 mars 2002, le soulagement de la douleur est considéré comme « *un droit fondamental de toute personne* ». La coordination et la coopération multi-professionnelle des soins sont indispensables pour une prise en charge optimale du patient.

En pharmacie d'officine, 80 % du conseil concerne la « Douleur », dans toutes ses expressions. La pharmacie est considérée comme un « *un réseau de compétences au service des patients et de la santé publique* » avec environ 90 % de la population française qui se rend au moins une fois par mois à l'officine (9).

Notre étude consiste à réaliser un état des lieux des douleurs chroniques fréquemment rencontrées en pharmacie d'officine, incluant la prise en charge des patients. Cette étude permet également d'identifier les perspectives pour le pharmacien d'officine dans la gestion et l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique.

2. Matériel et méthode

L'étude menée est une étude observationnelle et transversale

2.1. Recrutement

L'étude s'est déroulée dans une pharmacie d'officine de l'agglomération Grenobloise du 20/01/2021 au 25/02/2021, soit sur 36 jours. Il s'agit d'une pharmacie de quartier, située à Sassenage, une commune périphérique de Grenoble.

Le répartition de la population par classe d'âge de Sassenage correspond à la population française (61) (Tableau 6).

Tableau 6 : Répartition de la population selon l'INSEE en 2017(61)

Population par tranche d'âge en 2017	Sassenage n = 11 376	France n = 66 524 339
0 à 14 ans	17,8%	18,1%
15 à 29 ans	16,4%	17,6%
30 à 44 ans	19,2%	18,8%
45 à 59 ans	21,5%	19,9%
60 à 74 ans	16,9%	16,2%
75 ans et plus	8,3%	9,3%

La ville compte principalement des retraités (26,6%), des employés (18,1%) et des professions intermédiaires (17,2%) (Tableau 7).

Le taux d'activité de la population de 15 à 64 ans est de 79,3%, avec 64% de la population avec un niveau d'étude équivalent ou inférieur au baccalauréat (61).

Tableau 7 : Principales CSP de la population Sassenageoise en 2017 selon l'INSEE (61)

Population > 15 ans par catégorie socio professionnelle en 2017	n = 9352
Agriculteurs exploitants	0,1%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	3,4%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	12,5%
Professions intermédiaires	17,2%
Employés	18,1%
Ouvriers	10,3%
Retraités	26,6%
Autres personnes sans activités professionnelles	11,8%

La pharmacie est composée de 2,7 équivalents temps plein pharmacien, de 3,8 équivalents temps plein préparateur en pharmacie et de 0,7 équivalents temps plein apprenti préparateur en pharmacie.

2.2. Collecte des données

Pour participer à l'enquête, les patients devaient :

- avoir plus de 18 ans ;
- présenter une douleur chronique d'origine non-cancéreuse depuis plus de 3 mois ;
- bénéficier d'une prescription pour un ou plusieurs médicaments antalgiques OU formuler une demande spontanée de traitements antalgiques ou de conseils contre la douleur.

Le recrutement des patients a été réalisé lors de la délivrance ou de la dispensation de médicaments antalgiques, de compléments alimentaires, de phytothérapie ou d'aromathérapie antidouleur.

Un questionnaire hétéro administré a été proposé aux patients et la collecte des données a été entièrement effectuée par VG. Le consentement oral et éclairé du patient a été recueilli après explication de l'objectif de l'étude et avant de réaliser le questionnaire patient.

2.3. Le questionnaire

Les données recueillies sont traitées de manière anonyme en allouant à chaque patient un numéro d'identification. Un autre document relie le numéro d'identification du patient à ses initiales et à sa date de naissance.

Le questionnaire administré aux participants comprend 27 questions (Annexe 3). Il y a deux types de questions : des questions ouvertes à réponse libre (n=12) et des questions fermées avec propositions de réponses (n=15).

Les données recueillies concernent :

- les données sociodémographiques ;
- les comorbidités ;
- la caractérisation des douleurs chroniques ;
- les thérapeutiques antalgiques utilisées ;
- l'impact des douleurs sur la qualité de vie ;
- la relation du patient avec les différents professionnels de santé.

Une variable a été *a posteriori* calculée pour quantifier la réduction ressentie de douleur par les traitements médicamenteux. Chaque patient a dû quantifier sa douleur par une valeur comprise entre 0 et 10, selon l'échelle de la douleur (EVA), 0 = absence de douleur ; 10 = douleur maximale. La demande « *A combien situez-vous votre douleur sur une échelle de 0 à 10 ?* » a été formulée dans deux situations distinctes :

- la valeur sur l'échelle de la douleur sans prise médicamenteuse ;
- la valeur pour la même douleur après la prise d'un traitement.

La variable calculée correspond à la différence entre la valeur de l'EVA sans traitement et la valeur de l'EVA avec traitement.

Etant intégré à un acte de dispensation, les dossiers patients locaux ont été consultés de manière systématique afin de compléter les informations omises par le patient et de connaître l'historique médicamenteux des derniers mois. Pour chaque patient, la prise de laxatifs a été recherchée dans le dossier patient. En effet les antalgiques de palier 2 et 3 peuvent entraîner une constipation. Celle-ci peut être prévenue par la prise de laxatifs. Différents cas de figures sont observés :

- le médecin a prescrit un laxatif qui a été délivré au patient ;
- le médecin a prescrit un laxatif mais il n'a pas été délivré au patient (volonté du patient);
- le médecin n'a pas prescrit de laxatif mais le patient a acheté un laxatif en automédication.

2.4. Méthode d'analyse des données

L'analyse des réponses est traitée à l'aide d'un tableur Excel®.

Le questionnaire comporte des questions ouvertes et des questions fermées. Les réponses des questions ouvertes sont retranscrites selon les dires des patients puis sont regroupées par catégories afin d'optimiser le traitement des résultats.

Une analyse descriptive a été réalisée sur l'ensemble des variables recueillies. Les variables qualitatives sont décrites en nombre et en fréquence. Les variables quantitatives sont décrites en moyenne (+/- écart type), médiane, minimum et maximum.

3. Résultats

Les résultats sont résumés en deux parties distinctes. Dans une première partie, les caractéristiques générales concernant la population de l'étude, les caractéristiques des douleurs rencontrées, l'impact de la douleur sur la qualité de vie et la relation aux professionnels de santé sont décrits. Dans une seconde partie, des analyses pharmaceutiques spécifiques ont été effectuées. Elles rassemblent les effets indésirables, le respect des prises en charge et des recommandations.

3.1. Résultats généraux de l'étude

3.1.1 Description de la population de l'étude

L'étude a été réalisée auprès de 52 patients venus à la pharmacie pour une demande ou une prescription concernant un antalgique. Parmi ces 52 patients, 62% sont des femmes (n= 32), 38% sont des hommes (n= 20).

La moyenne d'âge de la population de l'étude est de 57,4 ans (SD = 17,3 ; min = 24 ans ; max = 86 ans (Figure 3).

Parmi les participants, 48% (n=25) souffrent d'une pathologie chronique liée ou non à leur douleur. Les principales pathologies chroniques rencontrées sont l'HTA (n= 11 ; 40,7%), le diabète (n= 5 ; 18,5%) et la dépression (n= 5 ; 18,5%) (Tableau 8)

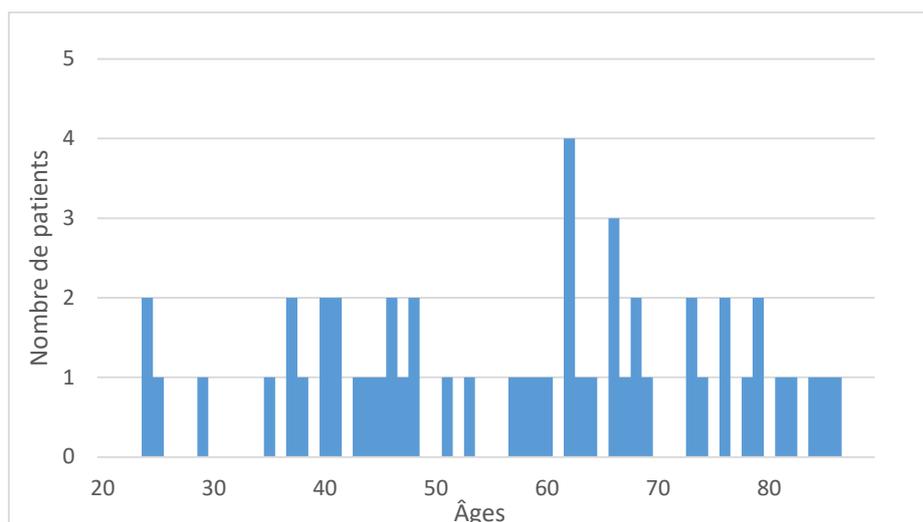


Figure 3. Répartition d'âge des participants

Tableau 8 : Pathologies chroniques associées

Pathologies chroniques	n	(%)
HTA	11	(40,7%)
Diabète	5	(18,5%)
Dépression	5	(18,5%)
Hypothyroïdie	3	(11,1%)
Asthme	1	(3,7%)
Syndrome des jambes sans repos	1	(3,7%)
Glaucome	1	(3,7%)

3.1.2. Caractéristiques des douleurs rencontrées par les patients

- Indications des douleurs

Les douleurs chroniques rencontrées sont principalement des douleurs d'arthrose pour 28,0% (n=21) des patients, des lombalgies (n=17 ; 22,7%) et des migraines (n=10 ; 13,3%) (Tableau 9).

Tableau 9 : Douleurs chroniques rencontrées

Indications	n	(%)
Arthrose	21	(28%)
Lombalgies	17	(22,7%)
Migraines	10	(13,3%)
Douleurs abdominales et crampes	9	(12%)
Rhumatisme inflammatoire	5	(6,7%)
Céphalées	5	(6,7%)
Fibromyalgies	4	(5,3%)
Tendinopathies chroniques	2	(2,7%)
Douleurs neuropathiques	2	(2,7%)

Les patients peuvent souffrir de plusieurs types de douleurs et de localisations différentes. La majorité d'entre eux ne décrit qu'une seule indication (n= 34 ; 65,4%). Pour 25% (n=13) des patients, il y a deux types de douleurs qui prédominent et pour 9,3% (n=5) des patients, il y en a trois.

- **Caractéristiques des douleurs : ressenti, apparition, fréquence**

Lorsque nous demandons aux participants de caractériser le ressenti de leur douleur, la douleur est « intense » pour 50 % (n=26) et « extrêmement intense » pour 19,2% (n = 10) des patients. La douleur est présente depuis plusieurs années pour 86,5% (n= 45) des patients (Tableau 10) La fréquence des douleurs est très variable selon les patients. En effet, les douleurs sont présentes plusieurs fois par jour pour 9 patients (17,3%), tous les jours pour 19 patients (36,5%), deux à trois fois par semaine pour 10 patients (19,2%).

Tableau 10 : Ressenti de la douleur

Intensité de la douleur	n	(%)
Extrêmement intense	10	(19,2%)
Intense	26	(50,0%)
Modérée	11	(21,2%)
Faible	5	(9,6%)
Absente	0	(0%)

<u>Ancienneté de la douleur</u>	Plusieurs jours	0 (0%)
	Plusieurs semaines	1 (1,9%)
	Plusieurs mois	6 (11,5%)
	Plusieurs années	45 (86,5%)
<u>Fréquence de la douleur</u>	Tous les jours	19 (36,5%)
	Plusieurs fois par jour	9 (17,3%)
	1 à 2 fois par semaine	6 (11,5%)
	2 à 3 fois par semaine	10 (19,2%)
	1 à 2 fois par mois	5 (9,6%)
	Moins d'une fois par mois	3 (5,8%)
	Jamais	0 (0%)

- Echelle de la douleur

Sans prise médicamenteuse, les patients décrivent en moyenne une douleur à 7,6/10 (min = 3,0 ; max= 10). Lors de la prise d'un traitement, celle-ci est abaissée en moyenne à 3,6/10 (min = 0 ; max= 8) (Tableau 11, Figure 4)

Tableau 11 : Echelle de la douleur

Echelle de la douleur	Moyenne	Médiane	Min	Max	Ecart type
Echelle de la douleur sans prise médicamenteuse	7,6/10	8/10	3/10	10/10	2,0
Echelle de la douleur avec prise médicamenteuse	3,6/10	3,5/10	0/10	8/10	2,1

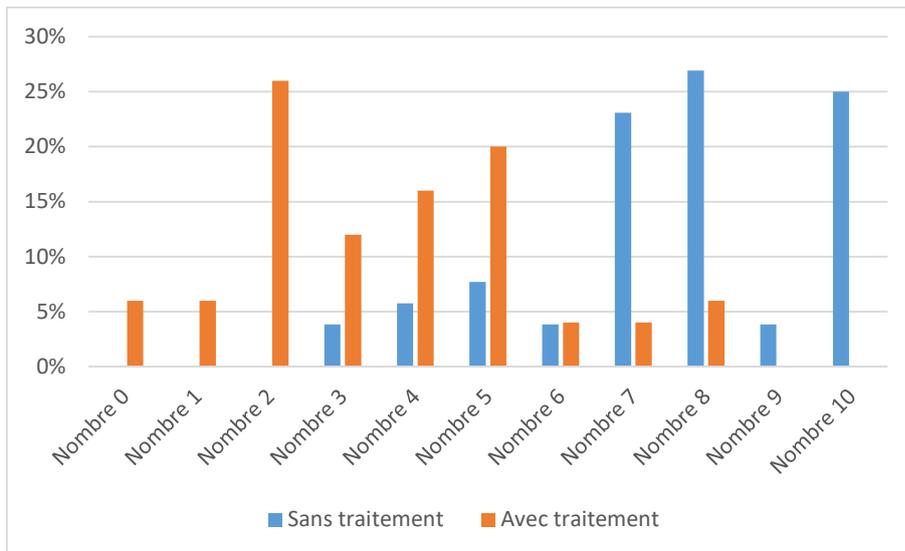


Figure 4. Evolution de l'EVA en fonction de la prise d'antalgiques

Pour 50% des patients, la douleur est réduite de 26 à 50% après la prise d'un traitement médicamenteux (Figure 5)

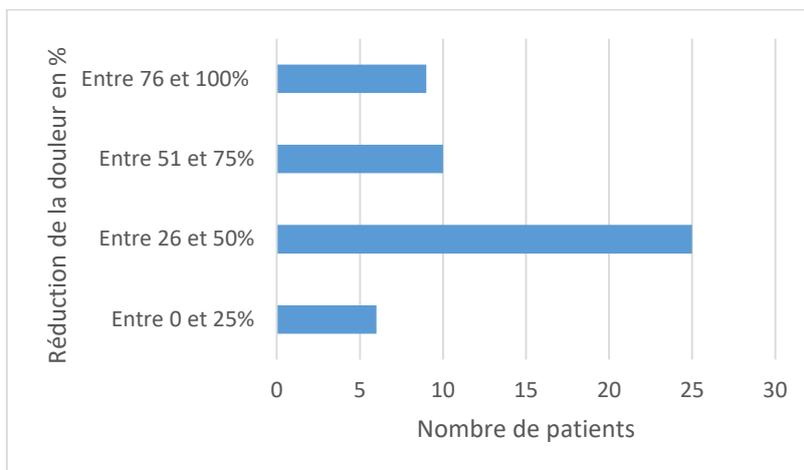


Figure 5. Réduction de la douleur (en %) après la prise d'un traitement médicamenteux

- Comportement des patients face à la douleur

Après avoir caractérisé leur douleur dans un premier temps, les patients ont décrit leurs comportements pour tenter de la soulager. Les 52 participants ont décrit 136 actions qu'ils

utilisent à but antalgique. Les actions ont été regroupées par catégories selon les propositions des patients :

- médicaments ;
- position : repos, position particulière (allongé, assis (dans le noir, le calme)), auto massage ;
- effet de température : utilisation de chaleur ou de froid ;
- thérapies alternatives et complémentaires : huiles essentielles (HE), compléments alimentaires (CA), homéopathie, phytothérapie, respiration, méditation, chiropracteur, ostéopathe, acupuncteur, cure thermale, balnéothérapie ;
- mouvement : être en mouvement ;
- kinésithérapie ;
- attente : ne rien faire, attendre que « ça passe » ;
- autre : utilisation de neuro stimulateur, d'orthopédie, variation de l'alimentation ;

Parmi toutes les actions décrites par les patients, les médicaments (n=48 ; 35,3%) sont le premier recours qu'ils utilisent, suivies par une l'adoption d'une position particulière (n=24 ; 17,6%) et l'effet de variation de température (n=21 ; 15,4%) (Tableau 12)

Tableau 12 : Comportements des patients face à la douleur

Comportements	n	(%)
Médicaments	48	(35,3%)
Position	24	(17,6%)
Effet de température	21	(15,4%)
CAM	18	(13,2%)
Mouvement	8	(5,9%)
Kiné	7	(5,1%)
Attente	5	(3,7%)
Autre	5	(3,7%)

Au total, 92,3% (n=48) des patients ont cité les médicaments. Dans la majorité des cas (n=27 ; 52,9%), les médicaments utilisés sont uniquement des médicaments prescrits par le médecin. Dans 41,2% des cas (n=21), les patients utilisent de l'automédication en complément des

traitements prescrits par le médecin. Et dans 5,9% des cas (n=3), ils n'utilisent que de l'automédication.

Parmi les médicaments prescrits et utilisés pour soulager la douleur, le paracétamol est le plus cité par les patients (Tableau 13). Il représente 23,3% des réponses totales et correspond à 73,1% des patients (n= 38). En 2^{ème} position, on retrouve les AINS pour 12,9% des réponses, suivis par les spécialités contenant du tramadol pour 8,6% des réponses.

Tableau 13 : Thérapeutiques utilisées par les patients

Thérapeutiques	n (%)	
Douleur nociceptive (n=98 ; 60,1%)	<u>Niveau I</u> (n=63 ; 64,3%)	
	Paracétamol	38 (23,3%)
	AINS	21 (12,9%)
	Acupan® (Néfopam)	4 (2,5%)
	<u>Niveau II</u> (n=31 ; 31,6%)	
	Opium	10 (6,1%)
	Codéine	7 (4,3%)
	Tramadol	14 (8,6%)
	<u>Niveau III</u> (n=4 ; 4,1%)	
	Oxycodone	2 (1,2%)
	Morphine	2 (1,2%)
Douleur neuropathique	<u>Antiépileptiques</u>	6 (3,7%)
	Prégabaline	
	Gabapentine	
	<u>Autre antidépresseurs</u>	4 (2,5%)
	Laroxyl® (Amitriptyline)	
PEC rhumatisme inflammatoire	<u>Corticoïdes</u>	6 (3,7%)
	Prednisone	
	Prednisolone	
	<u>IS</u>	4 (2,5%)
	Methotrexate	
	Kevzara® (Sarilumab) Olumiant® (Baricitinib)	
Décontractants musculaires	Miorel® (Thiocolchicoside)	4 (2,5%)
	Lumirelax® (Méthocarbamol)	
	Diazepam	
Antimigraineux	Triptans	4 (2,5%)
Autre antiépileptiques	Lamotrigine	1 (0,6%)

Antispasmodiques	Débridat® (Trimébutine)	6 (3,7%)
	Météospasmyl® (Alvérine/Siméticone)	
	Météoxane® (Siméticone/Phloroglucinol)	
	Spasfon® (Phloroglucinol)	
Injectable	Arthrum® (Hyaluronate de sodium)	4 (2,5%)
	Diprostène® (Bétaméthasone)	
	Kénacort retard® (Triamcinolone)	
AINS local	Diclofénac	7 (4,3%)
	Ibufetum® (Ibuprofène)	
CA	Levure de bière	4 (2,5%)
	Probiotiques	
	Dictyolone® (Padina pavonica)	
Homéopathie	Arnica	4 (2,5%)
	TM Harpagophytum	
HE	Roll on Gaulthérie	11 (6,7%)
	Thym a thujanol	
	Giroflier	
	Helichryse	
	Menthe poivrée	

Les participants s'automédiquant (n=24 ; 47,1%) utilisent en majorité des huiles essentielles (n=12 ; 32,4%), du paracétamol (n=10 ; 27%), de l'ibuprofène (n=5 ; 13,5%) et des applications locales de diclofénac (n=5 ; 13,5%) (Tableau 14).

Tableau 14 : Automédication des patients

Automédication	n	(%)
HE	12	(32,4%)
Paracétamol	10	(27%)
Ibuprofène	5	(13,5%)
Diclofénac crème ou emplâtre	5	(13,5%)
Homéopathie (Arnica)	4	(10,8%)
Probiotique	1	(2,7%)

- Classement des actions

A partir des comportements décrits par les patients pour gérer leur douleur, un classement des actions qui soulagent le plus leur douleur a été réalisé. Ils pouvaient classer entre une et quatre actions de 1 à 4 :

- 1 : l'action qui soulage le plus ;
- 4 : celle qui soulage le moins.

On s'intéresse ici à la position 1 (qui soulage le plus la douleur) (Tableau 15).

Tableau 15 : Classement des actions réalisées par le patient

Actions	Total n (%) n=141	Nombre de 1ère position (%)
Médicaments	93 (66%)	40 (69%)
Position	15 (10,6%)	3 (5,2%)
CAM	13 (9,2%)	5 (8,6%)
Effet de T°	8 (5,7%)	1 (1,7%)
Attente	6 (4,4%)	6 (10,3%)
Autre	3 (2,1%)	2 (3,4%)
Kiné	2 (1,4%)	1 (1,7%)
Mouvement	1 (0,7%)	0 (0%)

Parmi les 141 actions décrites, les médicaments font partie des actions les plus souvent citées (n=93 ; 66%). Ils sont décrits en 1^{ère} position pour le soulagement de la douleur pour 69% (n=40) des réponses.

- Le paracétamol

Le paracétamol est utilisé par 73,1% (n=38) des participants.

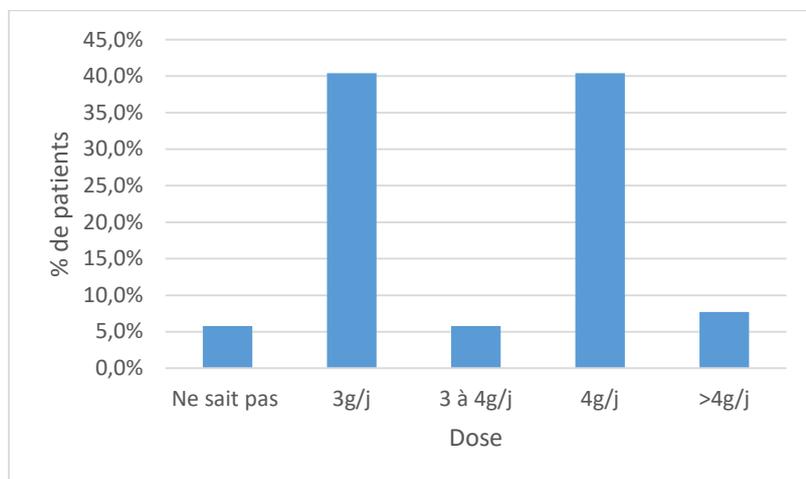


Figure 6. Dose maximale de paracétamol par jour selon les patients

Pour 40,4% des patients (n=21), la dose maximale de paracétamol est de 3g/j (Figure 6). Pour 53,9% des patients (n=28) la dose maximale est supérieure à 3g/j. A noter que 5,8% des patients (n=3) ne connaissent pas la dose maximale de Paracétamol/j pour un adulte.

La dose journalière de paracétamol s'adapte au poids et à la fonction hépatique. Pour trois patientes (5,7%), un poids inférieur à 50kg a été déclaré, sans adaptation posologique liée à leur poids. Il y a donc dans l'étude, 7,9% des participants avec une potentielle posologie supra thérapeutique.

3.1.3. Impact de la douleur sur la qualité de vie

- Echelle de qualité de vie

En moyenne, la douleur impacte à 6/10 la qualité de vie des patients (SD= 2,7 ; min =0 ; max = 10) (Figure 7).

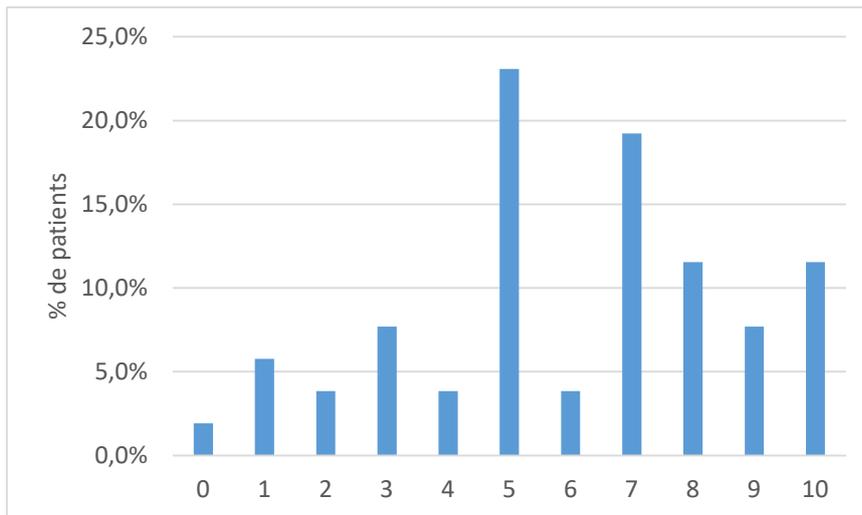


Figure 7 : Impact de la douleur sur la qualité de vie du patient

La douleur n'a pas impacté la qualité de vie pour seulement un seul patient. Plus de 11% des patients (n=6) ont déclaré que la douleur impacte à 100% leur qualité de vie :

« *Je ne peux plus faire comme avant* » [Participant 20]

« *Ça a changé ma vie* » [Participant 50]

« *Il y a des choses que je faisais avant et que je ne fais plus* » [Participant 25]

« *J'ai tout essayé* » [Participant 35]

« *Je préfère mourir que souffrir* » [Participant 27]

Certains patients ont « accepté » leur douleur :

« *Il faut aller de l'avant* » [Participant 34]

« *Tenter de vivre normalement* » [Participant 41]

- Perception de la douleur par le monde extérieur

Les patients devaient répondre à la question suivante : « *si je vous dis : ma douleur est invisible aux yeux des autres, vous êtes ?* » avec des propositions de réponses : tout à fait d'accord, d'accord, neutre, pas d'accord et pas d'accord du tout.

Plus de 57% (n= 30) des patients sont totalement d'accord avec cette déclaration (Figure 8).

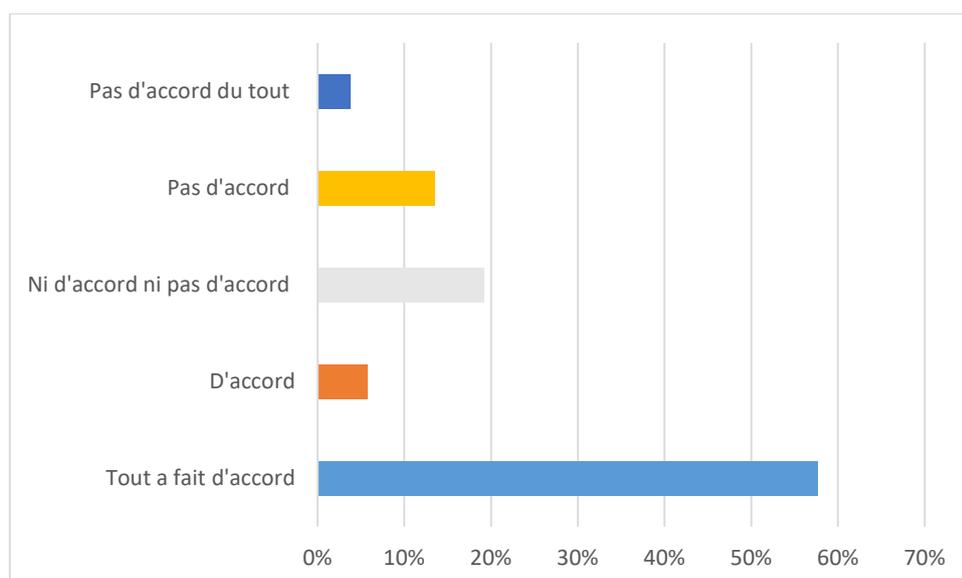


Figure 8 : Invisibilité de la douleur pour l'entourage perçue par le patient

Selon les patients : « *Tant que l'on n'a pas souffert, on ne peut pas comprendre* » [Participant 34] car « *la douleur ne se voit pas* » [Participant 50]. Ce qui est compliqué pour certains patients est qu'ils doivent se « *justifier* » [Participant 50].

- Satisfaction du patient sur sa prise en charge de la douleur

Seuls 9,6% (n=5) des patients sont très satisfaits de leur prise en charge, et 48,1% (n=25) des patients sont satisfaits (Tableau 16).

Tableau 16 : Satisfaction des patients concernant leur prise en charge

Satisfaction	n (%)
Très satisfait	5 (9,6%)
Satisfait	25 (48,1%)
Neutre	18 (34,6%)
Insatisfait	3 (5,8%)
Très insatisfait	1 (1,9%)

3.1.4. Relation aux professionnels de santé

- Discussion des douleurs avec son médecin

Plus de 90% (n=47) des patients ont déjà parlé de leur douleur avec leur médecin généraliste. Dans 33,8% (n=25) des cas, le médecin généraliste a réorienté son patient vers un médecin spécialiste ou vers un centre antidouleur (Tableau 17). Il a prescrit dans 17,6% (n=13) des cas des médicaments et dans 14,9% (n=11) des cas des examens complémentaires.

A noter que dans 8,1% (n=6) des cas, le médecin se retrouve dans une impasse thérapeutique, il n'a rien de plus à proposer au patient pour soulager ou expliquer sa douleur.

Tableau 17 : Actions mises en place par le médecin généraliste

Actions	n (%)
Réorientation médecin spécialiste/ centre antidouleur	25 (33,8%)
Médicaments	13 (17,6%)
Examens complémentaires	11 (14,9%)
Kinésithérapie	9 (12,2%)
Rien de plus	6 (8,1%)
Suivi régulier, écoute, conseils	5 (6,8%)
Autres	5 (6,8%)

Plus de 9% (n=5) des patients n'ont pas discuté de leurs douleurs chroniques avec le médecin traitant. Les raisons évoquées par les patients sont qu'ils n'ont pas eu l'occasion pour deux d'entre eux, qu'ils n'ont pas développé de relation de confiance avec leur médecin généraliste

pour deux patients et enfin qu'il n'y a rien de plus à faire pour leur douleur pour le dernier patient.

Au total, 73,1% (n = 38) des patients ont déjà consulté un médecin spécialiste pour leurs douleurs.

- **Qualification des professionnels de santé**

Les médecins généralistes (n= 20 ; 38,5%) et les médecins spécialistes (n=20 ; 38,5%) sont les professionnels de santé les plus qualifiés selon les patients pour la prise en charge de la douleur (Tableau 18). Pour 5,8% des patients (n=3) c'est l'ensemble des professionnels de santé qui permet une prise en charge optimale de la douleur de par les compétences spécialisées de chacun.

Tableau 18 : Professionnel le plus qualifié pour la prise en charge de la douleur

Professionnel le plus qualifié selon les patients	n	(%)
Médecin généraliste	20	(38,5%)
Médecin spécialiste	20	(38,5%)
L'ensemble	3	(5,8%)
Patient lui-même	3	(5,8%)
Pharmacien	2	(3,8%)
Kiné	2	(3,8%)
Autres professionnels	2	(3,8%)

- **Position du pharmacien dans la prise en charge**

La notion d'écoute est une qualité très recherchée par les patients douloureux. Les patients ont dû classer les professionnels de santé auprès desquels ils se sentaient le plus écoutés vis-à-vis de leur douleur. Pour 17,3% des patients (n=9), le pharmacien est le professionnel de santé qui semble être le plus à l'écoute de leur douleur (Tableau 19). Pour 28,8% des patients (n=15), il n'y a pas de différence en termes d'écoute de leur douleur entre le médecin généraliste et le

pharmacien mais pour 42,3% d'entre eux (n=22), le médecin généraliste est le professionnel de santé auprès duquel ils se sentent le plus écouté.

Tableau 19 : Place du pharmacien versus médecin généraliste pour l'écoute des patients

Position du pharmacien	n (%)
Supérieur au médecin généraliste	9 (17,3%)
Même place que le médecin généraliste	15 (28,8%)
Ni l'un ni l'autre	6 (11,5%)
Inférieur	22 (42,3%)

Pour les patients, le pharmacien est un professionnel qui est très disponible pour 17,1% (n=14) des réponses et il est très à l'écoute pour 17,1% (n=14) également (Tableau 20). C'est un professionnel de santé qualifié, qui a fait des études et qui a des connaissances sur les médicaments et sur les alternatives médicamenteuses pour 12,2% (n=10) des réponses.

Pour 4,9% (n=4) des réponses, le pharmacien n'est pas le 1^{er} professionnel cité car il est limité dans les médicaments qu'il peut délivrer. Les médicaments disponibles sans ordonnance sont restreints.

Tableau 20 : Position et attentes vis à vis du pharmacien d'officine

Position du pharmacien	n (%)
Disponibilité	14 (17,1%)
A l'écoute, patient	14 (17,1%)
Qualifié	10 (12,2%)
Donne des conseils	9 (11%)
Contact facile	8 (9,8%)
Visite régulière, connaît ses patients	8 (9,8%)
Relation de confiance/empathie	8 (9,8%)
Permet de faire le lien avec les différents PS	2 (4%)
Parfait	2 (4%)
Limité dans le conseil, médicaments disponibles	4 (4,9%)
Pas eu l'occasion, pas de questions	2 (4%)

Attentes vis-à-vis du pharmacien d'officine	Rien de plus	31 (54,4%)
	Conseils sur les alternatives disponibles	8 (14%)
	Conseils sur le médicament	6 (10,5%)
	Plus de vigilance (dangers / IM / consommation	3 (5,3%)
	Ecoute	2 (3,5%)
	Dépannage de traitements	2 (3,5%)
	Autres	2 (3,5%)
	PEC globale	1 (1,8%)
	Suivi	1 (1,8%)
	Arrêter de parler des douleurs	1 (1,8%)

Pour 54,4% (n =31) d'entre eux, les patients n'ont pas d'autres attentes vis-à-vis de leur pharmacien d'officine (Tableau 20). Pour 14% (n = 8) des participants, les patients aimeraient plus de conseils sur les médecines alternatives complémentaires concernant les utilisations et les posologies. Les patients demandent des informations et ils souhaiteraient que les pharmaciens proposent ces thérapeutiques en complément de leur traitement antalgique. Ils aimeraient également plus de conseils vis-à-vis des médicaments (posologie maximale, rythme de prise, conseils d'utilisations) pour 10,5% (n = 6).

On peut remarquer que pour 5,3% (n = 3) des attentes des patients, il serait intéressant de donner plus d'informations sur les interactions médicamenteuses, les risques, les dangers de ces médicaments car selon les patients, « *à force de les utiliser, on oublie les risques* » [Participant 31]

A noter que 3,5% (n=2) des réponses concernent la possibilité pour le pharmacien d'officine de pouvoir avancer, dépanner le traitement lorsque le patient se retrouve en période de crise ou lorsque son ordonnance est terminée.

3.2. Résultats spécifiques

3.2.1 Effets indésirables

Près de 42,3% des patients (soit n= 22) ont déjà ressenti un effet indésirable lors de l'utilisation d'un médicament antalgique.

Parmi les effets indésirables les plus souvent rencontrés, on retrouve les gastralgies (n=9 ; 25,7%), les nausées et vomissements (n=9 ; 25,7%), les vertiges et la constipation pour (n=4 ; 11,4%) (Tableau 21).

Les effets indésirables sont le plus souvent décrits avec les AINS (n=9 ; 25,7%), avec le tramadol (n=8 ; 22,9%) et avec l'opium (n=6 ; 17,1%) (Tableau 21)

Dans 68,2% des cas (n=15), les effets indésirables modifient la prochaine prise du médicament.

Tableau 21 : Effets indésirables et médicaments décrits par les patients

		n	(%)
Effets indésirables	Gastralgies	9	(25,7%)
	Nausées et vomissements	9	(25,7%)
	Constipation	4	(11,4%)
	Vertiges	4	(11,4%)
	Somnolence	3	(8,6%)
	Autres	2	(5,7%)
	Céphalées	1	(2,9%)
	Perte d'appétit	1	(2,9%)
	Prise de poids	1	(2,9%)
	Bouche sèche	1	(2,9%)
Médicaments responsables	AINS	9	(35,7%)
	Tramadol	8	(22,9%)
	Opium	6	(17,1%)
	Autres	6	(17,1%)
	Morphiniques	3	(8,6%)
	Paracétamol	1	(2,9%)
	Codéine	1	(2,9%)
	Laroxyl®	1	(2,9%)
Modification de la prise suivante	Jamais	7	(31,8%)
	Rarement	0	(0%)
	Souvent	0	(0%)
	Toujours	15	(68,2%)

Chaque effet indésirable a été mis en correspondance avec le principal médicament responsable. Les AINS sont responsables de 88,9% (n=8) des cas des gastralgies. Les nausées et les vomissements sont déclarés dans 33,3% (n=3) des cas pour le tramadol et dans 22,2 % (n=2) des cas pour les spécialités à base de poudre d’opium (Figure 9 ; Annexe 4). La constipation est décrite comme le principal effet indésirable des morphiniques (n=2, 50%).

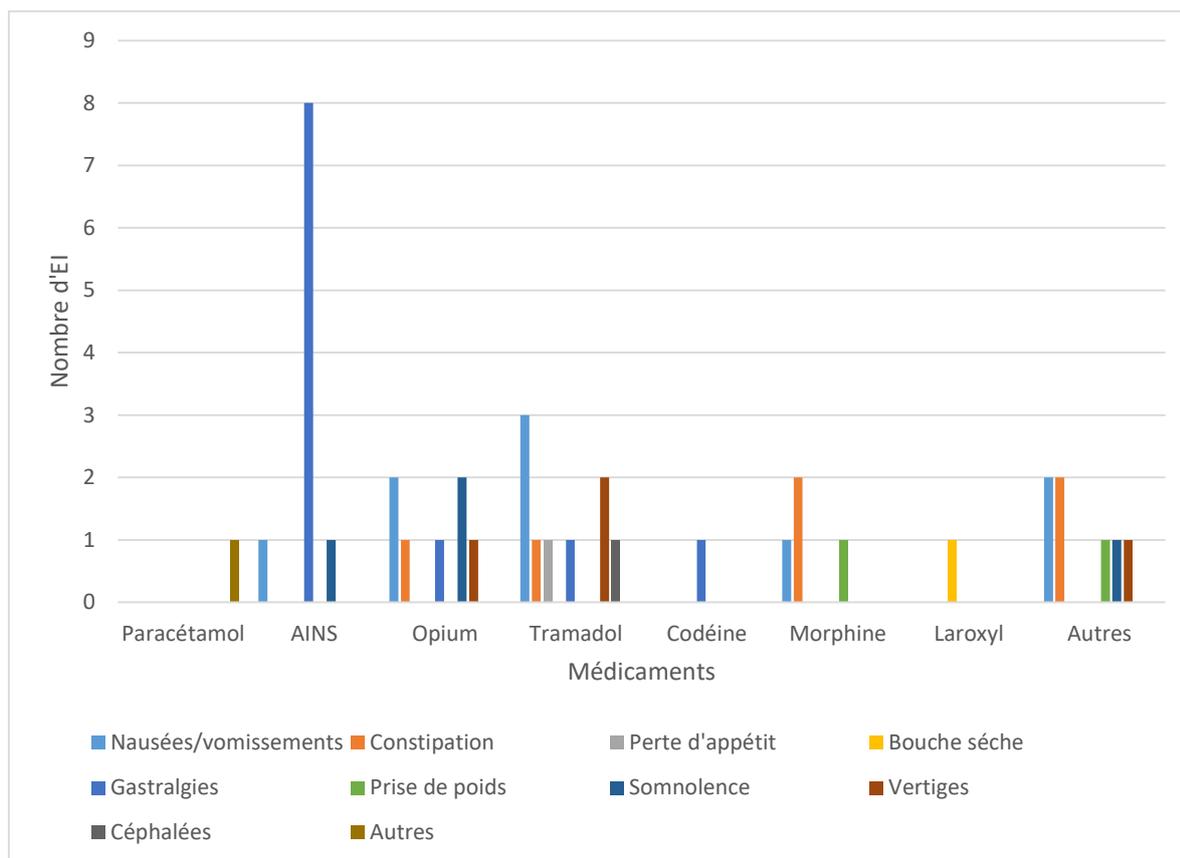


Figure 9 : Lien effet indésirable et médicaments impliqués

3.2.2. Constipation et coprescription de laxatifs en cas de prise d’opioïdes

La constipation est un des effets indésirables le plus cité par les patients lors de la prise de médicaments antalgiques.

Tableau 22 : Prescription de laxatifs lors de la prise d'opioïdes

	Antalgiques de palier 2	Antalgiques de palier 3
Nombre de patients n	29	4
Moyenne d'âge	58,4	57,2
Min	24	44
Max	86	69
Patients ayant un laxatif prescrit et délivré (%)	3 (10,3%)	1 (25%)
Patients ayant un laxatif prescrit et non délivré (%)	1 (3,4%)	0 (0%)
Patients n'ayant pas de laxatif prescrit mais acheté en automédication (%)	2 (6,9%)	0 (0%)

Il y a 17,2% (n=5) des patients utilisant des antalgiques de palier 2, qui consomment un laxatif (prescrit ou non) dont 10,3% (n=3) avec une prescription médicale (Tableau 22). A noter qu'un seul patient ne suit pas la prescription de laxatifs de son médecin.

Parmi les patients utilisant des antalgiques de palier 3 (n=4), un seul patient à une prescription de laxatifs. Pourtant, la constipation est un effet indésirable décrit par deux des patients sous morphiniques. Cette dernière représente la moitié des constipations décrites par l'ensemble des patients.

3.2.3. Gastralgies et co prescription d'IPP en cas de prise d'AINS

Parmi les vingt et un participants utilisant des AINS, 38,1% (n=8) décrivent des gastralgies. La moitié des participants présentant des gastralgies a une prescription concomitante d'IPP or cette prescription d'IPP ne doit pas être systématique (Tableau 23). Dans notre étude, seul l'âge peut nous permettre de juger le respect des recommandations quant à la co-prescription IPP lors de la prise d'AINS.

Tableau 23 : Critères d'âge pour la prescription d'IPP

	n AINS (%)	Moyenne d'âge	IPP prescrits
Participants > 65 ans	5 (23,8%)	70,6	4 (80%)
Participants < 65 ans	16 (76,2%)	44,3	4 (25%)

Dans la prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS, tous les IPP n'ont pas l'indication. Le Tableau 24 présente le respect des molécules pouvant être prescrites lors de l'utilisation d'AINS.

Il y a potentiellement, 37% (n=3) des prescriptions d'IPP qui ne respectent pas les recommandations sur les IPP pouvant être utilisés pour la prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS (Tableau 24).

Tableau 24 : Respect des recommandations sur les molécules d'IPP pouvant être prescrites lors de la prise d'AINS

	n (%) respect des recommandations	n (%) non-respect des recommandations
Participants > 65 ans	2 (50%)	2 (50%)
Participants < 65 ans	3 (75%)	1 (25%)

3.2.4. Prise en charge de l'arthrose

La moyenne d'âge de la population souffrant d'arthrose est de 65,5 ans (SD = 14 ; min = 41 ans ; max = 85 ans) (Tableau 25). La population âgée représente quant à elle 57,1% des patients atteints d'arthrose.

Tableau 25 : Caractéristiques de la population et prise en charge de l'arthrose

		Toute la population (n=21)	Population âgée (n=12)
Caractéristiques	Moyenne d'âge	65,5	75,6
	Médiane	68	75
	Min	41	66
	Max	85	85
	Ecart type	14,0	6,2
Médicaments	Paracétamol	17 (81%)	9 (75%)
	AINS	5 (23,8%)	3 (25%)
	Acupan	1 (4,8%)	1 (8,3%)
	Codéine	6 (28,6%)	3 (25%)
	Tramadol	7 (33,3%)	3 (25%)
	Opium	4 (19%)	3 (25%)
	Morphine	1 (4,8%)	0 (0%)
	Oxycodone	1 (4,8%)	1 (8,3%)

Le médicament le plus utilisé pour la prise en charge de l'arthrose est le paracétamol (n=17 81% ; dont 9 participants âgés) (Tableau 25). Les antalgiques de palier 2 sont les médicaments qui arrivent en seconde position : tramadol (n=7 ; 33,3%) et codéine (n=6 ; 28,6%).

3.2.5. Prise en charge de la lombalgie chronique

La moyenne d'âge de la population souffrant de lombalgie chronique est de 66,2 ans (SD = 14,3 ; min = 43 ans ; max = 86 ans) (Tableau 26). La population âgée représente 58,8% des patients atteints de lombalgies chroniques.

Parmi les 17 participants souffrants de lombalgie chronique, 100% utilisent des médicaments lorsqu'ils ont mal. Seulement 17,6% (n=3) réalisent des mouvements ou consultent un kinésithérapeute.

Tableau 26 : Caractéristiques de la population et prise en charge de la lombalgie chronique

		Toute la population (n=17)	Population âgée (n=10)
Caractéristiques	Moyenne d'âge	66,2	76,3
	Médiane	69	76
	Min	43	66
	Max	86	86
	Ecart type	14,3	6,3
Comportements	Médicaments	17 (100%)	
	Position	8 (47,1%)	
	Effet de T°	8 (47,1%)	
	CAM	5 (29,4%)	
	Mouvement	3 (17,6%)	
	Kiné	3 (17,6%)	
	Autre	3 (17,6%)	
Médicaments	Paracétamol	14 (82,4%)	8 (80%)
	AINS	5 (29,4%)	1 (10%)
	Acupan	2 (11,8%)	1 (10%)
	Codéine	2 (11,8%)	2 (20%)
	Tramadol	9 (52,9%)	4 (40%)
	Opium	2 (11,8%)	2 (20%)
	Morphine	0 (0%)	0 (0%)
	Oxycodone	2 (11,8%)	1 (10%)

Le médicament le plus utilisé pour la prise en charge de la lombalgie est le paracétamol (n=14 ; 82,4% ; dont 8 participants âgés) (Tableau 26). Les antalgiques de palier 2 sont les médicaments qui arrivent en seconde position par l'opium (n=9 ; 52,9%) suivis par les AINS (n=5 ; 29,4%).

4. Discussion

- Résultats clés de l'étude

Les principales douleurs rencontrées sont l'arthrose (28%), la lombalgie (22,7%) et les migraines (13,3%). La douleur est intense voir extrêmement intense pour 69,2% des patients avec une échelle de la douleur située à 7,6/10 lorsque la douleur est présente et réduite à 3,6/10 lors de la prise de médicaments.

Les médicaments sont le premier comportement adopté par les patients lors d'un épisode douloureux. Le paracétamol est utilisé par plus de 73% des patients. Parmi les 52 patients présents dans l'étude, 53,9% indiquent une dose maximale journalière supérieure à 3g/j. Les participants sont plus de 47% à utiliser l'automédication en complément ou en alternative des traitements prescrits par leur médecin.

Les patients de l'étude sont, plus de 42 % à avoir déjà subi des effets indésirables lors de la prise de médicaments antalgiques : gastralgies, nausées et vomissements, constipation.

La douleur chronique impacte fortement la qualité de vie des patients.

Ils sont plus de 57% à être satisfait voir très satisfait de la prise en charge de leur douleur.

Le pharmacien est un professionnel de santé décrit par les patients comme disponible, à l'écoute et qualifié.

- Limites

La petite cohorte de 52 patients ne permet pas de conclure à des résultats généralisables. Le recrutement des patients s'est déroulé dans une seule officine mais on remarque que la répartition générale de la population à Sassenage suit la répartition nationale (61).

Le questionnaire était hétéro-administré par un seul investigateur qui est pharmacien d'officine, ce qui peut induire un biais de désirabilité.

La réalisation des questionnaires devait pouvoir se dérouler au comptoir lors d'une dispensation de traitements au patient. C'est pourquoi, certaines données n'ont pas pu être collectées : antécédents médicaux du patient, analyses biologiques, médicaments utilisés pour traiter les autres comorbidités. Ces données manquantes pourraient être recueillies lors d'un bilan partagé de médication (BPM). La catégorie socio-professionnelle du participant n'a pas été demandée.

- **Consommation des antalgiques**

La consommation des antalgiques dans cette étude diffère légèrement de la consommation des antalgiques en France (62). Les antalgiques les plus consommés sont les antalgiques non opioïdes (78% au national contre 64% pour cette étude), suivis par les antalgiques opioïdes faibles (20% au national contre 31% pour cette étude) et pour finir les antalgiques opioïdes forts (2% au national contre 4% pour cette étude). Cette différence peut s'expliquer par le fait que l'ANSM a réalisé un état des lieux de la consommation des antalgiques en France alors que dans l'étude nous nous intéressons seulement aux douleurs chroniques (qui persistent depuis plus de 3 mois) pour lesquelles les antalgiques de palier 1 ne sont parfois plus suffisants, d'où une utilisation plus importante des antalgiques opioïdes faibles et forts.

Le paracétamol est l'antalgique le plus utilisé par les Français et parmi les participants de l'étude. Selon les résultats de l'étude menée en 2021 par l'OFMA et l'institut Analgésia, 31% des Français prennent du paracétamol au moins une fois par mois, 15% en prennent au moins une fois par semaine et 6% tous les jours (23).

L'usage du paracétamol dans cette étude n'est pas totalement « maîtrisé » par les patients malgré une utilisation depuis de nombreuses années. En effet, pour 53,9% des patients,

la dose maximale de paracétamol est supérieure à 3g/j et 5,8% des participants ne connaissent pas la dose maximale par jour pour un adulte. Ces résultats diffèrent de ceux de Severin et al en 2015 (63) et de ceux de l'OFMA et de l'institut Analgésia. Severin et al montrent que 86,4% des patients ayant recours à une automédication par paracétamol s'avéraient de « bon usagers ». Leur étude sur le bon usage et la connaissance du paracétamol pris en automédication en pharmacie d'officine montre cependant qu'un patient sur dix s'exposait à une dose supra-thérapeutique de paracétamol, qu'un patient sur sept témoignait d'un mauvais usage, qu'un patient sur cinq se plaçait potentiellement en situation de surdosage involontaire et qu'un patient sur trois connaissait le risque de toxicité hépatique. L'information sur le bon usage du paracétamol était associée à une information provenant d'une source validée (pharmacien, médecin, notice du médicament). Les pratiques d'automédication concernant le paracétamol révèlent que 52% des Français savent qu'il ne faut pas dépasser 3g/jour sans avis médical mais 17% des Français estiment pouvoir dépasser 4g/j et 7% considèrent qu'il n'y a pas de dose maximale tant que la douleur persiste selon l'OFMA et l'institut Analgésia (23,24).

Bien que le paracétamol soit un produit de santé de consommation courante, ces résultats questionnent sur les informations données au patient lors de la dispensation du paracétamol et sur la nécessité de les rappeler à chaque dispensation.

La demande d'antalgiques de palier 1 sans ordonnance est très fréquente à l'officine. Les antalgiques représentent le plus grand marché des médicaments en vente libre (64), avec un rapport bénéfice/risque global favorable lorsqu'ils sont utilisés de manière appropriée.

L'intoxication non-volontaire au paracétamol ne dépend pas seulement de la dose ingérée. Des facteurs propres à l'hôte entrent en ligne de compte : consommation d'alcool, dénutrition, co-prescriptions et pharmacogénétique (65).

Le pharmacien d'officine se doit donc d'être vigilant pour la dispensation de paracétamol aux populations particulières (poids de moins de 50 kg, insuffisance hépatique légère à modérée, insuffisance rénale sévère, alcoolisme chronique...).

Dans notre étude, 3 patientes présentaient un poids inférieur à 50 kg [43-48kg] avec une posologie prescrite de 1g de paracétamol trois fois par jour alors que pour ces patientes la dose maximale devrait être comprise entre 2540mg- 2880mg/j soit 60mg/kg/j. Il y a donc une potentielle posologie supra-thérapeutique.

Des patients de notre étude ont indiqué et consommé une dose maximale de paracétamol à 6g/j correspondant à la définition de surdosage. L'intoxication au paracétamol est la première cause d'hépatite aigue sévère.

Albertson et al en 2010 (66) ont décrit la fréquence à laquelle les patients se voyaient prescrire des doses de paracétamol supérieur à 4g/j à partir des données médico-administratives. Au total, 5,9 % des patients ont reçu des prescriptions de paracétamol qui pouvaient donner lieu à au moins un jour avec des doses supérieures à 4 g/jour. De nombreux patients avaient des ordonnances qui, si elles étaient prises telles que prescrites, pouvaient entraîner plus de 100 jours de traitement par paracétamol à plus de 4 g/jour au cours de l'année évaluée. Bien que californienne, cette étude pose la problématique de consommation excessive de paracétamol et la plus-value du pharmacien. Côté français, l'étude de Viguière et al (67) réalisée en 2016, montre que 14% des prescriptions hospitalières de paracétamol sont supra-thérapeutiques. La présence de pharmaciens cliniciens hospitaliers a été plus efficace que l'utilisation de protocoles informatiques sur l'application des recommandations de bon usage du paracétamol (posologie maximale de 3 g/j chez un adulte présentant un poids inférieur à 50kg ou présentant certains facteurs de risque limitant la posologie à 3g/j). Les auteurs ont également noté que la validation de prescription au sein de service est plus efficace que la validation pharmaceutique à distance des services de soins pour limiter le risque de surdose au paracétamol.

Depuis 2019, l'ANSM a demandé aux laboratoires commercialisant des spécialités à base de paracétamol de faire figurer un message d'alerte sur chaque boîte de paracétamol : Surdosage = danger (14). De plus, l'ANSM rappelle que le paracétamol doit être utilisé à la « *dose la plus faible, le moins longtemps possible* ».

Alors que notre étude montre un recours fréquent au paracétamol, celui-ci ne doit pas être considéré comme un médicament « banal » par les patients ni par les professionnels de santé du fait de son risque de toxicité hépatique. L'expérience des pharmaciens cliniciens hospitaliers (68) invite à renforcer la posture de vigilance du pharmacien d'officine sur : la posologie et la durée prescrite, les caractéristiques du patient (poids, dénutrition, alcool, ...) la coprescription et l'automédication. L'inscription systématique au Dossier Patient (DP) est également expérimentée depuis 2019 (69). Sans se substituer à un recueil d'information ciblé et systématique lors d'un conseil, il apparaît que la demande de la Carte Vitale® permet à l'équipe officinale de détecter rapidement le contexte « pharmaceutique » et /ou « médical » du patient grâce au DP et au dossier médical partagé (DMP) et ainsi d'aboutir à une dispensation de traitements d'automédication répondant au besoin du patient avec une minimisation optimale des risques de iatrogénie médicamenteuse (70).

Parmi l'automédication utilisée dans notre étude, les participants emploient en majorité des huiles essentielles (32,4%), du paracétamol (27%) ou de l'ibuprofène (13,5%). En 2018, 80% des Français ont eu recours à l'automédication selon l'AFIPA (71). Les douleurs musculaires (19%) et les douleurs articulaires (18%) arrivent en 9 et 10^{ème} position respectivement parmi les symptômes pour lesquels les Français utilisent de l'automédication (72). Elle est majoritairement prise sur conseil du pharmacien (59%) ou en libre accès en pharmacie par le patient (47%). On note néanmoins l'importance de la publicité (22%), des recherches individuelles sur internet (21%), et du bouche-à-oreilles (11%) dans les choix de consommation

d'antalgiques. Les patients sont en demande d'informations sur le risque d'effets indésirables (61%) et les interactions médicamenteuses possibles (52%).

- Interventions pharmaceutiques (IP) potentielles

L'analyse de la consommation antalgiques des participants révèle un ensemble d'interventions pharmaceutiques potentielles (73).

AINS

Les AINS sont utilisés par 40% des patients de l'étude. Il s'agit d'une classe pharmacothérapeutique nécessitant des précautions d'utilisation, notamment chez les personnes âgées. Dans cette population, l'usage supérieur à une semaine des AINS n'est pas recommandé (35). Des molécules ont également une meilleure balance bénéfique / risque : ce sont l'ibuprofène et le naproxène (35). Enfin la HAS recommande que la prescription d'AINS chez les plus de 65 ans soit accompagnée d'une prescription d'IPP (56). Tous les IPP ne sont pas recommandés. Dans notre étude, il y a potentiellement 37% des prescriptions d'IPP qui ne suivent pas ces recommandations.

L'analyse des historiques de dispensation des participants montre également que 67% des personnes âgées sont atteints d'HTA (avec de potentiels traitements par IEC, antagonistes de l'angiotensine II, diurétiques). Il s'agit d'une comorbidité à prendre en compte pour la mise en place d'un traitement par AINS. Le traitement par AINS en présence d'HTA serait en effet potentiellement inapproprié (35,48).

Là encore, le pharmacien d'officine a un rôle à jouer dans la sécurisation de l'utilisation des AINS chez les personnes âgées afin d'en réduire l'utilisation inappropriée et augmenter la sensibilisation aux risques associés à leur utilisation.

Bear et al (74), suggèrent ainsi que l'information donnée par des pharmaciens au téléphone aux personnes âgées a un effet positif sur les connaissances des patients.

Constipation

La constipation est un effet indésirable des opioïdes faibles et forts décrit par 11,4% des patients de l'étude. La constipation induite par les opioïdes survient chez 41 à 57% des patients recevant des opioïdes pour des douleurs chroniques non cancéreuses (52). Les opioïdes faibles utilisés aux doses thérapeutiques ont des effets indésirables comparables à ceux des autres opiacés, mais ils sont plus rares et plus modérés. La constipation est un effet indésirable que l'on peut tenter de prévenir par l'ajout de traitements laxatifs. Le consensus européen préconise l'instauration d'un laxatif lors de la prise de traitements opioïdes forts (52). Dans l'enquête, seulement un patient a bénéficié d'une co-prescription de laxatif associée à sa prise de morphiniques. Pourtant la moitié des patients ayant un traitement sous morphinique se plaint de constipation.

La constipation pourrait être anticipée par l'intervention du pharmacien d'officine. Mathew et al (75), ont évalué l'impact d'une équipe de gestion de la douleur dirigée par un pharmacien dans un hôpital. Ils ont mis en évidence que 33% des IP concernaient la gestion de la constipation. Le parallèle entre nos résultats et la littérature hospitalière incite à renforcer la vigilance des pharmaciens officinaux sur la gestion de la constipation dans le cadre des traitements par opioïdes.

- [Positionnement du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la douleur](#)

La place du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la douleur peut être considérée sous l'angle des IP mais aussi sous celui de l'organisation des soins.

Un tiers des patients de l'étude, ne sont ni satisfaits ni insatisfaits car « *même s'ils sont bien pris en charge, leur douleur persiste* ». Un peu moins d'un patient sur dix est même insatisfait voir très insatisfait.

La douleur a une répercussion sur la qualité de vie des patients. En effet, selon l'institut Analgésia, 1 patient sur 2 a une qualité de vie très altérée par sa douleur et 2 patients sur 3 souffrent malgré les traitements médicamenteux (76). Plus de la moitié des participants de l'étude indiquent que la douleur est « *invisible aux yeux des autres* ».

Au final pour près de 42% des patients, une amélioration de la prise en charge pourrait être envisagée. Les médecins généralistes et les médecins spécialistes sont les professionnels décrits par les patients comme les plus qualifiés dans la prise en charge de la douleur. Il y a 54,4% des patients qui indiquent que les patients n'attendent « *rien de plus vis-à-vis du pharmacien, que ce que le pharmacien ne fait déjà* ». Selon les données de l'AFIPA (71), les patients attribuent au conseil de leur pharmacien une note de satisfaction moyenne de 7,8/10 et pour 35% une note supérieure à 9/10.

McDermott et al (77), confirment que l'intervention d'un pharmacien d'officine est utile pour identifier et résoudre les problèmes liés aux médicaments dans la prise en charge de la douleur chronique. Dans cette étude, ils évaluaient après la prescription par le médecin généraliste de médicaments antalgiques, le nombre de recommandations faites par les pharmaciens pour optimiser la prise en charge des patients et leurs acceptations par les médecins, six mois après l'intervention pharmaceutique. Les pharmaciens avaient accès aux dossiers médicaux des patients et réalisaient des entretiens avec les patients avant de formuler des recommandations aux médecins généralistes. Ce modèle correspond notamment à celui des Bilans Partagés de Médication (BPM) réalisés par le pharmacien d'officine. Les critères français des BPM sont restreints aux personnes de plus de 65 ans avec au moins 5 médicaments prescrits. Les IP potentielles décrites préalablement montrent l'intérêt des BPM ciblés sur la douleur chronique.

Notre étude a montré que 13,2% des patients ont recours à des thérapies alternatives et complémentaires. Les thérapies alternatives et complémentaires sont « *des méthodes fondées sur des produits naturels (phytothérapie, aromathérapie, etc.), des techniques axées sur la manipulation (ostéopathie, chiropraxie, etc.), des thérapies du corps et de l'esprit (hypnothérapie, méditation, sophrologie, etc.) ou encore des approches complètes reposant sur des bases théoriques qui leurs sont propres (acupuncture ou homéopathie par exemple)* » selon l'INSERM (78). Bien que les pharmaciens aient conscience de leurs lacunes en matière d'HE et en phytothérapie (79), ils sont perçus par les patients comme étant les professionnels de santé pouvant faire le lien entre thérapies conventionnelles et thérapies alternatives et complémentaires (79).

Outre une activité spécialisée pharmaceutique, l'intervention du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la douleur pourrait être pluriprofessionnelle. La lombalgie chronique en serait un bon modèle.

La lombalgie chronique est présente pour 22,7% des patients de notre étude. C'est une pathologie très fréquente, présente au 8^{ème} rang des motifs de consultation chez le médecin (2^{ème} rang pour la lombalgie aiguë) (80). Au cours de leur vie, 4 personnes sur 5 souffriront de lombalgie. L'enjeu est donc de prévenir le passage à la chronicité. La 1^{ère} intention pour un traitement de lombalgie est l'activité physique. Dans notre étude, celle-ci est décrite par seulement 17,6% des patients tout comme le recours à la kinésithérapie. Il existe en effet une fausse croyance des patients : « la lombalgie = repos » (80).

Le pharmacien d'officine a un rôle de prévention, d'information, de conseils et d'éducation pour que la prise en charge du patient soit optimale (81). De manière plus innovante, il pourrait faire le lien avec le masseur kinésithérapeute. Ce dernier est perçu comme étant le professionnel de santé considéré comme expert en lombalgie, et donc la personne la plus appropriée à consulter en cas de difficultés avec la gestion de la douleur (82). Paradoxalement, il semblerait que le

bénéfice de la prise en charge en kinésithérapie soit limité au temps de suivi soulignant un besoin important de soutien dans l'autogestion après la fin des séances. Le pharmacien d'officine pourrait intervenir en complément pour rassurer le patient, renforcer les messages éducatifs d'autogestion de la douleur et au besoin réorienter au besoin les patients vers le masseur-kinésithérapeute.

La prise en charge de la douleur doit être considérée comme une prise en charge globale : soulager les symptômes, prévenir leurs récurrences et prendre en compte son impact sur la qualité de vie du patient. L'impact de la douleur sur la qualité de vie du patient est évalué à 6/10.

De plus, 70% des malades souffrant de douleur chronique, présentent des répercussions psychosociales (troubles du sommeil, anxiété, dépression, troubles cognitifs). Une récente étude européenne a même évalué que l'impact socio-économique de la douleur était supérieur à celui des autres maladies chroniques (76).

THÈSE SOUTENUE PAR : Victoria GIANESE

TITRE : QUELLES PERSPECTIVES POUR LE PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LA GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE ? Enquête exploratoire auprès de 52 patients

CONCLUSION :

La douleur est le 1^{er} motif de consultation chez le médecin généraliste et près de 30% de la population adulte française souffre de douleur chronique. La douleur chronique est définie comme « *une douleur persistante ou récurrente au-delà de ce qui est habituel (le plus souvent au-delà de 3 mois) malgré un traitement antalgique* ». Elle peut entraîner une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient.

L'objectif de l'étude consistait à réaliser un état des lieux des douleurs chroniques rencontrées en pharmacie d'officine et à identifier les perspectives pour le pharmacien d'officine dans la gestion de la douleur chronique. L'étude est de type observationnelle et transversale. Elle a été conduite dans une pharmacie d'officine de l'agglomération grenobloise. Un questionnaire a été distribué aux patients souffrants de douleurs chroniques (identifiés par une prescription médicale, ou par une demande spontanée de traitements antalgiques). Le questionnaire était hétéro-administré par un seul investigateur.

L'étude a été réalisée auprès de 52 patients dont 62% de femmes. Les principales douleurs rencontrées sont l'arthrose (28%), la lombalgie (22,7%) et les migraines (13,3%). La douleur est intense voir extrêmement intense pour 69,2% des patients avec une échelle de la douleur située à 7,6/10 lorsque la douleur est présente. Celle-ci est réduite à 3,6/10 lors de la prise de médicaments. La prise de médicaments constitue le premier comportement adopté par les patients lors d'un épisode douloureux et le paracétamol est utilisé par plus de 73% des patients. Parmi les 52 patients présents dans l'étude, 53,9% indiquent une dose maximale journalière de paracétamol supérieur à 3g/j. Les participants sont également plus de 47% à utiliser l'automédication en complément ou en alternative aux traitements prescrits par leur médecin.

Les participants de l'étude sont, plus de 42 % à avoir déjà subi des effets indésirables lors de la prise de médicaments antalgiques : gastralgies, nausées et vomissements, constipation.

La douleur chronique impacte fortement la qualité de vie des patients. Un tiers des patients de l'étude ne sont ni satisfaits ni insatisfaits de leur prise en charge. Un peu moins d'un patient sur dix est même insatisfait voir très insatisfait. Le pharmacien est un professionnel de santé décrit comme disponible, à l'écoute et qualifié par les patients. Pour 54,4% des participants de cette étude, ils n'attendent rien de plus que la dispensation de médicaments vis-à-vis de leur pharmacien d'officine.

L'étude confirme le rôle majeur du pharmacien d'officine dans l'accompagnement des patients dans l'utilisation d'antalgiques qu'ils soient prescrits ou non. Le rappel sur les règles de bon usage du paracétamol demeure indispensable. Le pharmacien a une place prépondérante dans la gestion des effets indésirables des médicaments. Ces effets pourraient être prévenus par une action conjointe avec le médecin généraliste. Les bilans partagés de médication peuvent être une perspective pour le pharmacien d'officine afin d'accompagner le patient et optimiser la prise en charge de la douleur.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le :

LE DOYEN

Pr. Michel SEVE



The seal of the University of Grenoble Alpes, featuring a central figure holding a book and a staff, surrounded by the text 'UNIVERSITE GRENOBLE ALPES' and 'REPUBLIQUE FRANCAISE'.

LE DIRECTEUR DE THESE :

Jean-Didier BARDET



Bibliographie

1. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Nouvelle définition de la douleur [Internet]. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur. 2020 [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/>
2. Institut National du cancer. La douleur, c'est quoi ? - Douleur [Internet]. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/La-douleur-c-est-quoi>
3. VIDAL. Les causes de la douleur [Internet]. VIDAL. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/douleurs-fievres/prise-charge-douleur/causes.html>
4. Institut National du cancer. Douleur aiguë, chronique - Douleur [Internet]. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/Douleur-aigue-chronique>
5. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient [Internet]. 2008 déc [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf
6. Direction Générale de L'offre de Soins. Douleur : de quelle douleur parle-t-on ? [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/douleur-de-quelle-douleur-parle-t-on>
7. International Association for the Study of Pain. Prevention of Pain - IASP [Internet]. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/GlobalYear/PainPrevention>
8. Institut National de la Santé et de la Recherche médicale. Douleur [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>
9. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Livre blanc de la douleur en 2017 SFETD [Internet]. 2017 [cité 12 févr 2021]. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf
10. Institut Analgésia. Douleur Chronique : Comprendre la douleur - Institut Analgesia [Internet]. Analgesia. [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.institut-analgesia.org/la-douleur-chronique/comprendre-la-douleur/>
11. Association Brie Champagne de la Pharmacie Hospitalière. Nouvelle classification des antalgiques-ABCPH [Internet]. [cité 18 juin 2021]. Disponible sur: https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiR_PCCzaDxAhWNA2MBHRBJDxkQFjAEegQIExAE&url=https%3A%2F%2Fwww.abcpb.info%2Fapp%2Fdownload%2F5811109042%2FNouvelle%2Bclassification%2Bdes%2Bantalgiques-1.pdf&usq=AOvVaw1mCDiAHYORrGuzqyc_2SQg
12. Association Havraise de Formation Médicale Continue. Une nouvelle classification d'antalgiques pour une meilleure efficacité-AHFMC [Internet]. 2015 [cité 18 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.ahfmc.fr/wp-content/uploads/2015/03/les-anti-douleurs.pdf>

13. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Médicaments en accès direct - ANSM [Internet]. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/documents/referance/medicaments-en-acces-direct>
14. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Actualité - Paracétamol et risque pour le foie : un message d’alerte ajouté sur les boîtes de médicament - Communiqué - ANSM [Internet]. [cité 10 mai 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/paracetamol-et-risque-pour-le-foie-un-message-dalerte-ajoute-sur-les-boites-de-medicament-communique>
15. VIDAL. Codéine, dextrométorphane, éthylmorphine et noscapine : prescription médicale obligatoire, liste des produits concernés [Internet]. VIDAL. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/21716-codeine-dextrometorphane-ethylmorphine-et-noscapine-prescription-medicale-obligatoire-liste-des-produits-concernes.html>
16. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Actualité - TRAMADOL : une mesure pour limiter le mésusage en France - ANSM [Internet]. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/tramadol-une-mesure-pour-limiter-le-mesusage-en-france>
17. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Actualité - Prégabaline (Lyrica et génériques) : modification des conditions de prescription et délivrance pour limiter le mésusage - ANSM [Internet]. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/pregabaline-lyrica-et-generiques-modification-des-conditions-de-prescription-et-delivrance-pour-limiter-le-mesusage>
18. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Résultats d’enquêtes pharmacodépendance-addictovigilance - ANSM [Internet]. [cité 30 mai 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/page/resultats-denquetes-pharmacodependance-addictovigilance>
19. L’Assurance Maladie. Présentation du système national des données de santé (SNDS) [Internet]. [cité 30 mai 2021]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/presentation-snds/presentation-systeme-national-donnees-sante-snds>
20. Observatoire Français des Médicaments Antalgiques. Population générale [Internet]. OFMA. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.ofma.fr/barometres/population-generale/>
21. Carrère d’Encausse M. Les pièges des médicaments antidouleurs [Internet]. Allo docteurs Enquête de santé. 2020 [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: https://www.allodocteurs.fr/se-soigner/medicaments/antalgiques/enquete-de-sante-les-pieges-des-medicaments-antidouleurs_29972.html
22. Observatoire Français des Médicaments Antalgiques. Sujets âgés [Internet]. OFMA. [cité 30 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.ofma.fr/barometres/populations-specifiques/sujets-ages/>
23. Observatoire Français des Médicaments Antalgiques. Paracétamol, un français sur deux ignore sa toxicité pour le foie en cas de surdosage hépatique du paracétamol [Internet]. OFMA. 2021 [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.ofma.fr/paracetamol-sondage-opinionway-automedication/>
24. Institut Analgésia. Les Français et le paracétamol [Internet]. Analgésia. 2021 [cité 30 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.institut-analgesia.org/les-francais-et-le-paracetamol/>

25. Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance-Addictovigilance. Principaux résultats de l'enquête OSIAP 2019-CEIP [Internet]. 2021 mars [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/03/26/20210325-osiap-resultats-enquete-2019.pdf>
26. Institut National du cancer. Evaluation chez l'adulte - Douleur [Internet]. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/Evaluation-chez-l-adulte>
27. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Outils auto-évaluation [Internet]. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/outils-auto-evaluation/>
28. Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs. Les échelles de la douleur -Adulte - Echelles d'hétéro évaluation | SFAP - site internet [Internet]. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/document/les-echelles-de-la-douleur-adulte-echelles-d-hetero-evaluation>
29. Haute Autorité de Santé. Liste des échelles acceptées pour mesurer la douleur [Internet]. 2019 févr [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/liste_echelles_douleur_2019.pdf
30. Association Doloplus. L'échelle Algoplus [Internet]. Doloplus. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.doloplus.fr/lechelle-algoplus/>
31. Association Doloplus. L'échelle Doloplus [Internet]. Doloplus. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.doloplus.fr/lechelle-doloplus/>
32. Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs. Echelle de la douleur - Outils spécifiques | SFAP - site internet [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/document/echelle-de-la-douleur-outils-specifiques>
33. Haute Autorité de Santé. Arthrose : le paracétamol en 1re intention lors des crises douloureuses [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974704/fr/arthrose-le-paracetamol-en-1re-intention-lors-des-crisis-douloureuses
34. Alliance Nationale contre l'Arthrose. Arthrose, vieillissement et consultations : les chiffres officiels [Internet]. [cité 16 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.stop-arthrose.org/l-arthrose-en-chiffres>
35. Renom-Guiteras A, Meyer G, Thürmann P. The EU(7)-PIM list: A list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries. Eur J Clin Pharmacol [Internet]. 14 mai 2015;71. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4464049/>
36. VIDAL. Les médicaments de l'arthrose [Internet]. VIDAL. [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/appareil-locomoteur/arthrose-rhumatismes/medicaments.html>
37. VIDAL. Recommandations Gonarthrose, coxarthrose [Internet]. VIDAL. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/gonarthrose-coxarthrose-1586.html>
38. Haute Autorité de Santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune

39. L'Assurance Maladie. Lombalgie [Internet]. [cité 15 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/depistage-et-prevention/lombalgie>
40. L'Assurance Maladie. Organiser la prise en charge pluridisciplinaire de la lombalgie commune [Internet]. [cité 15 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/lombalgies/prise-charge-pluridisciplinaire-lombalgie-commune>
41. Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. Prise en charge de la douleur chronique [Internet]. [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/prise-en-charge-de-la-douleur-chronique-1>
42. OMÉDIT Grand Est. Bon usage des médicaments en gériatrie [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/bon-usage-des-medicaments-en-geriatrie>
43. OMÉDIT Grand Est. Gériamed 2.0 : Adapter la prescription et l'administration des médicaments à la personne âgée [Internet]. 2016 Edition [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-07/Livret%20G%C3%A9riamed%20%28Omedit%20Poitou-Charentes%29_v2016.pdf
44. Roche L. Facteurs de variabilité de la réponse à un médicament chez le sujet âgé. 19 nov 2014;18.
45. Mann E, Haastert B, Frühwald T, Sauermann R, Hinteregger M, Hölzl D, et al. Potentially inappropriate medication in older persons in Austria: A nationwide prevalence study. *Eur Geriatr Med.* 1 déc 2014;5(6):399-405.
46. Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA.* 16 mars 2005;293(11):1348-58.
47. Gallagher P, Lang PO, Cherubini A, Topinková E, Cruz-Jentoft A, Montero Errasquín B, et al. Prevalence of potentially inappropriate prescribing in an acutely ill population of older patients admitted to six European hospitals. *Eur J Clin Pharmacol.* nov 2011;67(11):1175-88.
48. Dalleur O, Mouton A, Marien S, Boland B. UN OUTIL À JOUR POUR LA QUALITÉ DE LA PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS. :4.
49. Lang PO, Boland B, Dalleur O. Prescription médicamenteuse inappropriée : les nouveaux critères STOPP/START [Internet]. *Revue Medicale Suisse.* [cité 28 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-494/prescription-medicamenteuse-inappropriee-les-nouveaux-criteres-stopp-start>
50. Capriz F, Chapiro S, David L, Floccia M, Guillaumé C, Morel V, et al. Consensus multidisciplinaire d'experts en douleur et gériatrie : utilisation des antalgiques dans la prise en charge de la douleur de la personne âgée (hors anesthésie). *Douleurs Éval - Diagn - Trait.* 1 oct 2017;18.
51. VIDAL. Bon usage des médicaments antalgiques opioïdes : le RESPADD publie un guide pratique [Internet]. VIDAL. [cité 11 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/22918-bon-usage-des-medicaments-antalgiques-opioides-le-respadd-publie-un-guide-pratique.html>

52. Farmer AD, Drewes AM, Chiarioni G, De Giorgio R, O'Brien T, Morlion B, et al. Pathophysiology and management of opioid-induced constipation: European expert consensus statement. *United Eur Gastroenterol J.* févr 2019;7(1):7-20.
53. Société Nationale Française de Colo-Proctologie. Constipation, critères de Rome » SNFCP [Internet]. SNFCP. 2017 [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.snfcop.org/questionnaires-outils/constipation-incontinence-troubles-fonctionnels/constipation-criteres-de-rome/>
54. VIDAL. Recommandations Constipation de l'adulte [Internet]. VIDAL. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/constipation-de-l-adulte-2484.html>
55. VIDAL. Recommandations AINS (traitement par) [Internet]. VIDAL. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/ains-traitement-par-4022.html>
56. Haute Autorité de Santé. Les inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 10 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1439925/fr/les-inhibiteurs-de-la-pompe-a-protons-chez-l-adulte
57. OMÉDIT Centre-Val de Loire. Kit régional - Les outils du bon usage des Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP) [Internet]. [cité 10 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.omedit-centre.fr/portail/accueil,568,847.html?&args=Y29tcF9pZD00NTcmYWw0aW9uPWRLdGFpbCZpZD04NzYmfA%3D%3D>
58. Haute Autorité de Santé. Les IPP restent utiles mais doivent être moins et mieux prescrits [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 10 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3213773/fr/les-ipp-restent-utiles-mais-doivent-etre-moins-et-mieux-prescrits
59. VIDAL. IPP en France : une utilisation très importante, pas toujours en adéquation avec les recommandations (étude de l'ANSM) [Internet]. VIDAL. [cité 10 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/23058-ipp-en-france-une-utilisation-tres-importante-pas-toujours-en-adequation-avec-les-recommandations-etude-de-l-anism.html>
60. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Actualité - Près de 16 millions de personnes ont eu une prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) en 2015 en France - ANSM [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/pres-de-16-millions-de-personnes-ont-eu-une-prescription-dinhibiteurs-de-la-pompe-a-protons-ipp-en-2015-en-france>
61. Institut national de la statistique et des études économiques. Insee - Statistiques locales - Rapports et portraits de territoires [Internet]. [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: https://statistiques-locales.insee.fr/#c=report&chapter=evolpop&report=r02&selgeo1=com_courant.38474
62. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Actualité - Antalgiques opioïdes : l'ANSM publie un état des lieux de la consommation en France - ANSM [Internet]. [cité 10 mai 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/antalgiques-opioides-lansm-publie-un-etat-des-lieux-de-la-consommation-en-france>
63. Severin A-E, Petitpain N, Scala-Bertola J, Latarche C, Yelehe-Okouma M, Di Patrizio P, et al. Étude prospective en pharmacie du bon usage et de la connaissance du paracétamol pris en automédication. *Therapies.* 1 juin 2016;71(3):287-96.

64. Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable. Baromètre Afipa 2020 des produits de 1er recours- AFIPA [Internet]. 2021 févr [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.afipa.org/wp-content/uploads/2021/02/Barometre-2020-Synthese.pdf>
65. Decoster Claire. Paracétamol : Quelle est réellement la dose toxique ? In Lyon; 2018 [cité 25 mai 2021]. Disponible sur: https://afef.asso.fr/wp-content/uploads/2020/02/62_C.-Decoster-Parace%CC%81tamol.-Quelle-est-reellement-la-dose-toxique.pdf
66. Albertson T, Walker V, Stebbins M, Ashton E, Owen K, Sutter M. A Population Study of the Frequency of High-Dose Acetaminophen Prescribing and Dispensing. *Ann Pharmacother.* 1 juill 2010;44:1191-5.
67. Viguier F, Roessle C, Zerhouni L, Rouleau A, Benmelouka C, Chevallier A, et al. [Clinical pharmacist influence at hospital to prevent overdosed prescription of acetaminophen]. *Ann Pharm Fr.* 25 avr 2016;74.
68. Perrot S, Cittée J, Louis P, Quentin B, Robert C, Milon J-Y, et al. Self-medication in pain management: The state of the art of pharmacists' role for optimal Over-The-Counter analgesic use. *Eur J Pain.* 2019;23(10):1747-62.
69. Le Moniteur des Pharmacies. Antalgiques : l'inscription systématique au DP expérimentée - 04/11/2019 - Actu - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacies.fr. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/191101-antalgiques-l-inscription-systematique-au-dp-experimentee.html>
70. Société Française des Sciences Pharmaceutiques Officinales. Enquête SFSPPO Carte vitale centrée sur les médicaments douleur disponibles en OTC- SFSPPO - [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <http://r.newsletter.bcombrun.com/acqckgwaph7e.html?t=1597929642>
71. Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable. Automédication : marché mature ou marché d'avenir ? AFIPA [Internet]. 2019 juill [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.afipa.org/wp-content/uploads/2019/07/Etude-AFIPA-HARRIS.pdf>
72. BIOGARAN. Mieux comprendre le comportement des français face à l'automédication [Internet]. Biogaran FR. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <https://biogaran.fr/dossier-sante/automedication-quel-est-le-comportement-des-francais/>
73. Allenet B, Roux-Marson C, Juste M, Honore S. Lexique de la Pharmacie Clinique. 2021 p. In press.
74. Bear MD, Bartlett D, Evans P. Pharmacist Counseling and the Use of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs by Older Adults. *Consult Pharm J Am Soc Consult Pharm.* 1 mars 2017;32(3):161-8.
75. Mathew S, Chamberlain C, Alvarez KS, Alvarez CA, Shah M. Impact of a Pharmacy-Led Pain Management Team on Adults in an Academic Medical Center. *Hosp Pharm.* sept 2016;51(8):639-45.
76. Institut Analgesia. Douleur Chronique : Chiffres-clés - Institut Analgesia [Internet]. Analgesia. [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.institut-analgesia.org/la-douleur-chronique/chiffres-cles-douleur-chronique/>

77. McDermott ME, Smith BH, Elliott AM, Bond CM, Hannaford PC, Chambers WA. The use of medication for chronic pain in primary care, and the potential for intervention by a practice-based pharmacist. *Fam Pract.* 1 févr 2006;23(1):46-52.
78. Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé. De quoi les médecines complémentaires et alternatives sont-elles le nom ? [Internet]. France Assos Santé. 2018 [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/2018/05/31/de-quoi-les-medecines-complementaires-et-alternatives-sont-elles-le-nom/>
79. Cochet C, Garcia L. La phytothérapie et l'aromathérapie dans le cursus officinal : diversifier les méthodes d'apprentissage pour mieux former. 18 juin 2019;195.
80. L'Assurance Maladie. Enjeu de santé publique [Internet]. [cité 15 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/lombalgies/enjeu-sante-publique>
81. Slater H, Briggs AM, Watkins K, Chua J, Smith AJ. Translating Evidence for Low Back Pain Management into a Consumer-Focussed Resource for Use in Community Pharmacies: A Cluster-Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE* [Internet]. 20 août 2013 [cité 6 juin 2021];8(8). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748095/>
82. Cooper K, Smith BH, Hancock E. Patients' perceptions of self-management of chronic low back pain: evidence for enhancing patient education and support. *Physiotherapy.* mars 2009;95(1):43-50.

Annexes

Annexe 1 : 30 recommandations de l'IASP pour prévenir l'apparition des douleurs

Etat de santé général (éviter que les douleurs ne surviennent)	1	Alimentation saine (réduire l'inflammation par l'usage de polyphénols : antioxydants et anti inflammatoires ; graisses de bonnes qualités : riches en oméga 3 ; prévenir les carences en vitamines et minéraux : carence en vitamine D, B12 et magnésium ; prise d'eau ; augmenter l'apport en fibres ; réduire les aliments ultra transformés et la consommation de sucre
	2	Maintenir un poids santé : IMC
	3	Faire de l'exercice physique régulièrement : effets positifs sur le système nerveux musculo-squelettique, cardiovasculaire et central ; amélioration de l'état de santé mentale
	4	Limiter sa consommation d'alcool
	5	Eliminer le tabagisme
	6	Travail et repos dans une posture saine
	7	Adopter des habitudes saines de sommeil
	8	Gérer le stress : relaxation, méditation...
	9	Demander conseil chaque fois que nécessaire : dépression, anxiété, crise de panique
Comment gérer la douleur aiguë (éviter que la douleur aiguë ne devienne chronique)	10	Médicaments OTC : AINS et analgésiques ; demander conseils au pharmacien (options, IM, EI, durée)
	11	Appliquer de la glace ou de la chaleur sur les zones touchées
	12	Activité physique ou mouvement
	13	Utiliser des thérapies manuelles : massage, manipulation, mobilisations
	14	Gérer le niveau de stress
	15	Chercher des thérapies corps/esprit
	16	Regarder avec le médecin s'il existe d'autres possibilités de médicaments sur ordonnance
	17	Avoir un régime alimentaire peu inflammatoire, riche en fruits en légumes, noix et protéines maigres

Douleur chronique (prévenir l'aggravation de la douleur chronique)	18	Comprendre que la douleur chronique est complexe et difficile à guérir
	19	Construire sa boîte à outils « d'autogestion »
	20	Médicaments OTC
	21	Appliquer chaud ou froid
	22	Essayer les thérapies non médicamenteuses complémentaires : acupuncture, massage
	23	Attentes positives et réalistes pour les traitements
	24	Trouver des PS en qui vous avez confiance
	25	Demander conseils à des spécialistes de la douleur : médecins, infirmiers, pharmaciens, psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes
	26	Pratiquer des injections
	27	Envisager d'autres médicaments comme les antidépresseurs, antiépileptiques, topiques
	28	Consulter un kiné
	29	Utiliser des thérapies corps/esprit avec un psychologue
	30	Si les opioïdes sont indiqués ; établir un plan avec le médecin : risques et avantages

Annexe 2 : Synthèse des recommandations des MPI pour les personnes âgées

D'après EU(7)-PIM list (35), consensus multidisciplinaire (50), liste START/STOPP (48), livret Gériamed (43)

RECOMMANDATIONS GENERALES		
<p><u>En 1^{er} lieu</u> : Paracétamol ; ibuprofène ($\leq 3 \times 400$ mg/j ou pendant une période < 1 semaine) ; naproxène ($\leq 2 \times 250$ mg/j ou pendant une période < 1 semaine).</p> <p><u>Ou</u> opioïdes présentant un risque plus faible de délire (par exemple, morphine l'oxycodone, buprénorphine, hydromorphone)</p>		
PARACETAMOL	Indications	Douleurs faibles à modérées Recommandé en 1 ^{ère} ligne mais mise en doute de son efficacité dans la douleur aigue (lombalgie) et chronique (arthrose)
	Posologie	<u>Posologie maximale</u> : 3g/j chez la personne âgée avec un ajustement en fonction du poids (P<50kg dose maximale : 3g/j)
	EI	EI hépatiques lors d'une malnutrition, jeûne prolongé, post chirurgie, déshydratation, insuffisance hépatique surdosage pouvant conduire à une hépatotoxicité voir une nécrose irréversible
	IM	Avec la warfarine, car il pourrait augmenter son effet anticoagulant et le risque d'hémorragie induite par la warfarine (si utilisation $> 4j$ à posologie $> 4g/j$)
	Modalité d'utilisation	Ne pas ouvrir les gélules /!\ aux formes effervescentes qui contiennent du sel
AINS	Indications	Prescription envisagée seulement après échec du paracétamol (douleur inflammatoire persistante) Utilisation très prudente en raison du risque de mauvaise tolérance digestive et le risque d'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle Ils sont recommandés dans l'arthrose ou lorsque les AINS locaux sont inefficaces L'association des AINS est à éviter chez la personne âgée de plus de 75 ans Les AINS topiques sont recommandés dans l'arthrose du genou et de la main en raison de leur non-infériorité par rapport aux AINS oraux, de leur meilleur profil de sécurité et de leurs moindres effets indésirables. Ils ne doivent pas être coprescrits avec des AINS oraux
	Posologie	Posologie la plus faible possible sur la durée la plus courte ($< 8j$) avec un contrôle de la créatininémie à J5 Association à un IPP indispensable (utilisation < 8 semaines, faible dose)

		<u>Surveillance :</u> <ul style="list-style-type: none"> - De la fonction rénale et l'hydratation du patient en raison de la néphrotoxicité (AINS contre indiqué en cas d'insuffisance rénale sévère), - De la tolérance digestive (perforation et/ou hémorragie digestive) - De la fonction cardiaque (risque de décompensation cardiaque par rétention hydro-sodée). 	
	EI	digestif, cardiaque, rénal et le risque de confusion	
	IM	Association Déconseiller avec les AVK, NACO, IEC/ARA2, diurétique	
	Critères STOPP si	& insuffisance rénale modérée (DFG<50ml/min) & hypertension artérielle sévère ou insuffisance cardiaque sévère & ischémie cardiaque non contrôlée & anticoagulant oral ; ou antiagrégant plaquettaire sans IPP & antécédent d'ulcère gastroduodéal/ saignement digestif, sans IPP ou anti H2 & corticothérapie sans IPP & arthrose, plus de 3mois, en 1 ^{ère} ligne	
	Molécules	Diclofénac	<u>CI</u> : pathologies cardiovasculaires <u>Posologie</u> : 50 mg/j
Piroxicam		Les doses >20 mg sont associées à une toxicité gastro-intestinale accrue et à l'ulcération, <u>Posologie</u> : 10 mg/j	
Ibuprofène (>3 x 400mg/j ou pendant une période >1 semaine)		Risque accru de complications cardiovasculaires à des doses plus élevées (>1200 mg/j), notamment en cas de maladies cardiovasculaires antérieures	
Naproxène (> 2 X 250mg/j ou pendant une période > 1 semaine)		Réduire la dose ; commencer doucement chez les adultes plus âgés Eviter si la ClCr <30 mL/min.	
Kétoprofène		Réduire la dose si la ClCr <20 mL/min Utiliser une dose d'entretien réduite chez les adultes plus âgés	
NEFOPAM	Indications	Analgésique central non opioïde, principalement utilisé en post opératoire et par extension aux urgences A UTILISER AVEC PRUDENCE : Activité anticholinergique	
	EI	Tachycardie, nausées, somnolence, vertige, convulsion, confusion, excitabilité, irritabilité, hallucinations, insomnie, céphalées et réaction d'hypersensibilité	

	IM	<u>CI</u> : chez les patients à risque de rétention aigue d'urine et de glaucome, en cas de convulsion, IRé, IHé, troubles du rythme et d'angor	
	Modalité d'utilisation	Utilisation hors AMM sur un sucre	
OPIOIDES FAIBLES	Indications	Recommandés en cas de douleurs modérées à sévères et en cas d'échec du paracétamol notamment dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse	
	EI	Sont globalement identiques à ceux des opioïdes forts et sont en grande partie dose-dépendants ANTICIPER ET PREVENIR comme la constipation (génératrice de fécalome) et la rétention aiguë d'urine	
	Molécules	Tramadol	<p><u>Posologie</u> : Une bonne tolérance du tramadol à partir de 100 mg/j pendant 48 à 72 h permet de passer à la forme à libération prolongée la plus faible (LP 50 mg × 2/j) <u>Poso maximale</u> : 100mg/j (risque de mauvaise tolérance, de confusion) Débuter la titration entre 12,5 mg et 25 mg par prise toutes les 6 à 8 h Chez les plus de 75 ans, des doses quotidiennes supérieures à 300 mg ne sont pas recommandées Risque de syndrome sérotoninergique à l'arrêt</p> <p><u>EI</u> : vertiges, nausées diminution du seuil épileptogène, confusion, risque de chute, syndrome sérotoninergique majoré en cas d'association à d'autres molécules sérotoninergiques <u>CI</u> avec les antidépresseurs sérotoninergiques <u>IM</u> : AVK (majoration du risque hémorragique)</p>
		Codéine	<p>/!\ effet antitussif si BPCO <u>Dose maximale</u> : 180 mg par jour, soit 60 mg de codéine par prise Éviter l'utilisation pendant plus de 2 semaines chez les personnes souffrant de constipation chronique sans utilisation simultanée de laxatifs et pour les personnes souffrant d'une insuffisance rénale <u>EI</u> : hypotension, transpiration, constipation, vomissements, vertiges, sédation, dépression respiratoire Réduire la dose à la fonction rénale</p>
Opium		<p>Réduire les posologies chez les sujets âgés, les insuffisants respiratoires Risque de constipation <u>Modalités d'administration</u> : ne pas ouvrir les gélules de Lamaline®</p>	

OPIOIDES FORTS	Indication	Leur indication n'est pas liée à la gravité de la maladie mais à l'intensité de la douleur et à son retentissement sur la mobilité et la qualité de vie du malade. Leur bonne maniabilité et leur tolérance les font parfois préférer aux opioïdes faibles ou aux AINS
	EI	constipation, en systématique □ laxatif à introduire ou majorer dès l'introduction de l'opiacé en plus des règles hygiéno-diététiques classiques ; les nausées-vomissements pas systématique set disparaissent en général après quelques jours de traitement ; risque de déshydratation ; somnolence ; rétention d'urine ; la confusion, les hallucinations
	Critères START	Opiacés régulièrement → laxatif Douleurs modérées à sévères → agonistes opioïdes forts, si échec des autres antidouleurs

Questionnaire douleur

« Je vais vous poser une question : **avez-vous des douleurs qui persistent ou qui reviennent régulièrement depuis au moins 3 mois ?** »

L'idée de ce questionnaire est de savoir comment vous faites pour gérer votre douleur au quotidien d'un point de vue médical et/ou non médical

Numéro d'identification : |_|_|_|_|_|

1. Sexe

- Femme
 Homme

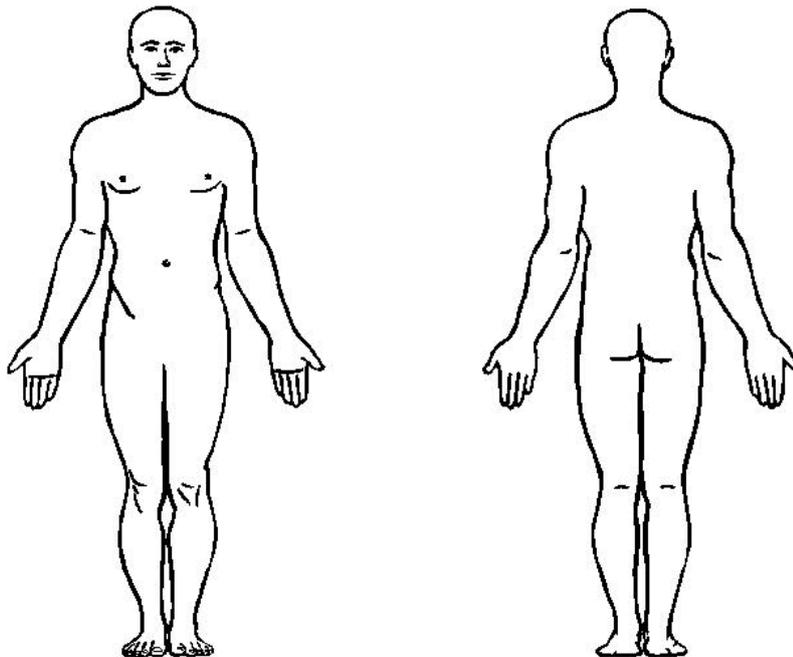
2. Age |_|_| ans

3. Indication : Où se situe votre douleur ?

Si possible citer les indications :

- Arthrose
 Lombalgie
 Céphalées
 Migraines
 Douleurs abdominales et crampes
 Douleurs neuropathiques
 Autre douleur :

Sinon localisation de votre douleur



4. Avez-vous d'autres pathologies chroniques ?

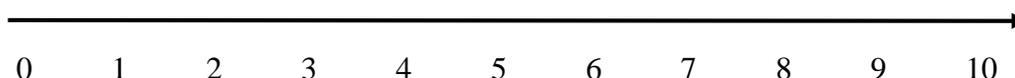
Oui

Non

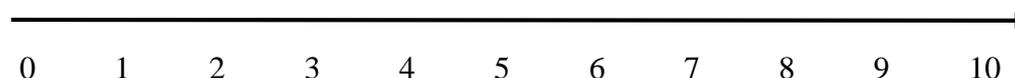
Lesquelles :

5. Sur une échelle de 0 (absence de douleur) à 10 (douleur maximale) à combien vous situez vous aujourd'hui ?

Sans prise de médicaments contre la douleur



6. Avec prise de médicaments contre la douleur



7. Comment définiriez-vous la douleur que vous ressentez habituellement ?

Absente

Faible

Modérée

Intense

Extrêmement intense

8. Depuis combien de temps avez-vous mal ?

Plusieurs jours

Plusieurs semaines

Plusieurs mois

Plusieurs années

9. A quelle fréquence avez-vous mal ?

Tous les jours

Plusieurs fois par jour

1 à 2 fois par semaine

2 à 3 fois par semaine

1 à 2 fois par mois

Moins d'une fois par mois

Jamais

10. Que faites-vous pour soulager votre douleur ?

(rien/sport/acupuncteur/ostéo/homéo/naturopathe/hypnose/médicaments/HE/plantes...)

11. Quels traitements utilisez-vous ?

(médicaments /HE/plantes/homéo/compléments alimentaires)

Thérapeutique utilisée	Posologie	Fréquence	Prescrit	Non prescrit	Consommation dans les 3 derniers mois (historique patient)

12. Quelles « actions » soulagent le plus votre douleur ?

N°1	
N°2	
N°3	
N°4	
N°5	

13. Etes-vous satisfait de la prise en charge de votre douleur ?

Très satisfait

Satisfait

Neutre

Insatisfait

Très insatisfait

14. Avez-vous déjà ressenti des effets indésirables lors de l'utilisation des médicaments antidouleurs ?

Oui

Non

15. Si oui : quels effets ?

Effet indésirable	Médicament impliqué	Détails

16. Si oui est-ce que cela a affecté la poursuite de votre traitement ?

Jamais

Souvent

Rarement

Toujours

17. Pour vous quelle est la dose maximale de paracétamol par jour pour un adulte ?

18. Avez-vous déjà parlé de vos douleurs avec votre médecin ?

Oui

Non

19. Si oui : Comment est-ce que cela s'est passé ? Vos douleurs ont-elles été prises en compte par le médecin ? Quelles actions ont été mises en place ?

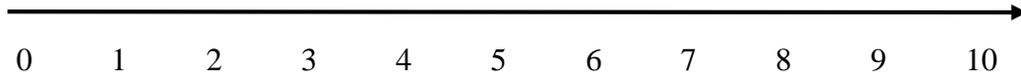
20. Si non : Qu'est ce qui fait que vous n'en avez pas parlé ?

21. Si je vous dis « ma douleur est invisible » : vous êtes ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tout a fait d'accord | <input type="checkbox"/> Pas d'accord |
| <input type="checkbox"/> D'accord | <input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord |
| <input type="checkbox"/> Ni d'accord, ni pas d'accord | |

22. Sur une échelle de 0 à 10, à combien votre douleur impacte-t-elle votre qualité de vie ?

(0 : elle n'impacte pas du tout, 10 : douleur très handicapante)



23. Avez-vous déjà consulté un médecin spécialiste pour vos douleurs ?

- Oui
 Non

24. Auprès de quel professionnel vous sentez-vous plus écouté vis-à-vis de votre douleur ?

(notation entre 1 et 4, 1 : le plus écouté, 4 : le moins écouté)

- Votre médecin généraliste
 Un médecin spécialiste
 Votre pharmacien
 Votre kinésithérapeute
 Votre infirmier
 Autre

25. Selon vous, quel est le professionnel le plus « qualifié » pour la prise en charge votre douleur ?

26. Pour quelles raisons citez-vous le pharmacien à cette position ?

27. Qu'attendez-vous de votre pharmacien pour la prise en charge de votre douleur ?

Annexe 4 : Effets indésirables

Tableau 27: Effets indésirables et médicaments impliqués

	Paracétamol	AINS	Opium	Tramadol	Codéine	Morphine	Laroxyl®	Autres
Nausées et vomissements	0 (0%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)	3 (33,3%)	0 (0%)	1 (11,1%)	0 (0%)	2 (22,2%)
Constipation	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)	1 (25%)	0 (0%)	2 (50%)	0 (0%)	0 (0%)
Perte d'appétit	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Bouche sèche	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)
Gastralgies	0 (0%)	8 (88,9%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Prise de poids	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)
Somnolence	0 (0%)	0 (0%)	2 (66,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (33,3%)
Vertiges	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)	2 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)
Céphalées	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Autres	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)



Serment de Galien



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

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

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

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

QUELLES PERSPECTIVES POUR LE PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LA
GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE ? Enquête exploratoire auprès de 52 patients

RÉSUMÉ :

La douleur chronique touche près de 30% de la population adulte française. Elle correspond à « *une douleur persistante ou récurrente au-delà de ce qui est habituel (le plus souvent au-delà de 3 mois) malgré un traitement antalgique* ». Elle est le 1^{er} motif de consultation chez le médecin généraliste. En 2015, plus de 72% des français ont eu au moins une délivrance de médicament antalgique. L'objectif de l'étude était de réaliser un état des lieux des différents types de douleurs chronique rencontrées en pharmacie d'officine et de déterminer les perspectives pour le pharmacien d'officine dans la gestion de la douleur chronique.

Les principales douleurs chroniques retrouvées sont l'arthrose, la lombalgie et les migraines. L'évaluation de la douleur sur une EVA révèle une douleur située à 7,6/10 lorsque la douleur est présente et réduite à 3,6/10 lors de la prise de médicaments. Le paracétamol est utilisé par plus de 73% des patients. Mais pour 53,9% des patients, la dose maximale de paracétamol est supérieure à 3g/j et 5,8% des participants ne connaissent pas la dose maximale de paracétamol par jour pour un adulte. L'automédication est présente pour près de 47% des patients. Parmi les 52 patients de l'étude, 42% ont déjà subi des effets indésirables. Depuis 2019, le paracétamol n'est plus disponible en libre accès. Cette mesure vise à renforcer la vigilance des pharmaciens d'officine lors de la dispensation de paracétamol. En effet, le paracétamol est un médicament avec une balance bénéfice/risque favorable mais qui nécessite certaines précautions d'emploi vis-à-vis de populations particulières (poids inférieur à 50kg, dénutrition, alcoolisme chronique, insuffisance hépatique...). Les interventions pharmaceutiques potentielles pour le pharmacien concernent le bon usage des médicaments antalgiques et la gestion des effets indésirables. En effet, certains effets indésirables peuvent être prévenus. La prise en charge de la douleur chronique pourrait de plus, être pluriprofessionnelle. Les médicaments ne sont pas toujours indiqués comme la 1^{ère} intention de prise en charge dans les douleurs chroniques. En effet, la prise en charge de la lombalgie chronique repose sur l'activité physique. Le pharmacien, de par son rôle de professionnel de santé de proximité pourrait renforcer les messages éducatifs et réorienter le patient vers les masseurs-kinésithérapeutes.

Le pharmacien d'officine peut avoir un rôle important dans la gestion de la douleur chronique à l'officine, à travers de l'éducation thérapeutique au patient, la diffusion de messages de prévention et la réalisation de bilans partagés de médication

MOTS CLÉS : Douleur chronique, Pharmacien d'officine, Perspectives, Gestion des effets indésirables

FILIÈRE : Officine