

Université de Montréal

**Pharmacothérapie de la douleur chronique non
cancéreuse chez des patients suivis en première ligne**

par

Ghaya Jouini

Médicaments et santé des populations

Faculté de pharmacie

Mémoire présenté à la Faculté de pharmacie
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en Sciences pharmaceutiques
option Médicaments et santé des populations

Mars 2012

© Ghaya Jouini 2011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Pharmacothérapie de la douleur chronique non cancéreuse chez des patients suivis en
première ligne

Présenté par :
Ghaya Jouini

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Claudine Laurier, président-rapporteur
Lyne Lalonde, directeur de recherche
Jocelyne Moisan, examinateur externe

Résumé

Introduction : La douleur chronique non cancéreuse (DCNC) est prévalente, notamment en première ligne où l'on traite la plupart des maladies chroniques. Cette étude de cohorte vise à décrire l'usage des analgésiques, la prévalence et le traitement des effets secondaires des analgésiques utilisés, la satisfaction ainsi que les croyances et attitudes face à la douleur et son traitement chez des patients souffrant de DCNC et suivis en première ligne.

Méthodologie : Des patients souffrant de DCNC (douleur qui dure depuis six mois et plus), ressentie au minimum deux fois par semaine avec une intensité d'au moins 4 sur une échelle de 0 à 10 (10 = la pire douleur possible) et qui possèdent une ordonnance active d'un médecin de famille pour un médicament contre la douleur, ont été recrutés à travers le Québec. Ils ont complété une entrevue téléphonique et un questionnaire auto-administré afin de documenter les caractéristiques de leur douleur, son impact psychosocial et émotionnel ainsi que leur satisfaction et croyances face à la douleur et son traitement. L'information concernant la pharmacothérapie reçue a été collectée en utilisant les banques de données administratives de la Régie d'assurance maladie du Québec et les dossiers-patients des pharmacies communautaires.

Résultats : Les 486 patients qui ont participé à l'étude avaient une moyenne d'âge de 58,4 ans. Ils ont rapporté une douleur qui dure en moyenne depuis 11,7 ans évaluée à 6,5 sur une échelle de 0 à 10. Sur la période d'une année, 52,9% des patients ont reçu des analgésiques prescrits par deux ou trois médecins de famille. Les analgésiques les plus dispensés étaient les anti-inflammatoires non stéroïdiens (72,2%) et les opioïdes (65,6%). Bien que 90% des patients ont rapporté des effets gastro-intestinaux, les proportions de ceux n'ayant pas reçu de médicaments pour soulager la constipation ou les nausées et/ou vomissements étaient respectivement 36,4% et 54,4%. Le niveau de satisfaction était faible, notamment face à l'information reçue concernant la douleur et son traitement. La peur des effets néfastes des

analgésiques constitue la barrière face à l'optimisation de la pharmacothérapie de la douleur la plus souvent rapportée par les patients.

Conclusion : En première ligne, la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse modérée à sévère paraît sous-optimale. Elle implique différents médecins de famille suggérant un manque de cohérence et de continuité. Les effets secondaires aux analgésiques sont prévalents et souvent non traités; la satisfaction est faible et les patients paraissent réticents à prendre les médicaments contre la douleur. Ces résultats indiquent clairement la nécessité d'optimiser la pharmacothérapie de ces patients.

Mots-clés : douleur chronique non cancéreuse, première ligne, pharmacothérapie, analgésiques, effets secondaires, étude de cohorte

Abstract

Background: Chronic non-cancer pain (CNCP) is highly prevalent and mostly managed in primary care. This study sought to describe the use of analgesics in primary care, the prevalence and management of adverse reactions, as well as patients' satisfaction with treatment and their barriers to pain management.

Methods: Patients reporting CNCP (pain for six months and more), present at least twice weekly, with an average pain intensity of at least 4 on a 0-10 scale (10=worst pain possible) and having an active analgesic prescription from a primary-care physician were recruited in a cohort study conducted in Quebec (Canada). They completed a telephone interview and a self-administered questionnaire to document the characteristics and impact of their pain, their emotional well-being, their satisfaction with pain treatment and beliefs/attitudes about pain and its management using validated measurement instruments. Information on pharmacotherapy was retrieved using an administrative provincial database and pharmacies' charts.

Results: A total of 486 patients participated in this study. Their mean age was 58.4 years (SD=12.5) and they had pain for 11.7 years (SD=11.1) with an average pain intensity of 6.5. Over a one year period, 52.9% of patients had analgesics prescriptions from two or three primary-care physicians. The most commonly dispensed analgesics were non-steroidal anti-inflammatory drugs (72.2%) and opioids (65.6%). Though 90% reported adverse gastrointestinal effects, 36.4% and 54.4% of these patients took no medication for constipation or nausea, respectively. Patient satisfaction was low, particularly regarding information about pain and its treatment. The most important patients' barriers to optimal management included fear of harmful effects of analgesics.

Conclusions: In primary care, the management of moderate to severe CNCP is not always optimal. It involves several primary-care physicians indicating that the management is

presently complex and lack of coherence and continuity. The prevalence of adverse effects of pain medication is high and often left untreated, patients' satisfaction is low, and patients are reluctant to take pain medication.

Keywords: non-cancer chronic pain, primary care, pharmacotherapy, analgesic, adverse effects, cohort study

Table des matières

Introduction.....	1
Revue de littérature.....	3
1 Définition de la douleur chronique non cancéreuse.....	3
2 Types de douleurs chroniques non cancéreuses.....	4
3 Prévalence.....	6
4 Impacts psycho-sociaux.....	8
5 Impacts économiques.....	10
6 Recommandations des guides de pratique clinique.....	11
6.1 Pharmacothérapie de la DCNC.....	11
6.2 Prise en charge des effets secondaires.....	29
7 Traitement de la DCNC : État des lieux.....	38
7.1 Usage des services de santé.....	38
7.2 Usage des médicaments.....	39
8 Croyance et attitudes face à la douleur et son traitement.....	43
8.1 Connaissances, croyances et attitudes des cliniciens.....	43
8.2 Barrières, préjugés et croyances des patients.....	44
9 Satisfaction des patients.....	45
10 Pertinence de l'étude.....	47
11 Contribution à l'étude.....	49
Objectifs.....	51
1 Objectif général.....	51
2 Objectifs spécifiques.....	51
Méthodologie.....	53
1 Devis de recherche.....	53
2 Population à l'étude.....	56
2.1 Constitution du plan d'échantillonnage.....	56
2.2 Échantillonnage.....	57
2.3 Recrutement des pharmacies communautaires.....	57
2.4 Recrutement des patients.....	58

3	Variables à l'étude	60
3.1	Collecte des données.....	60
3.2	Caractéristiques démographiques	62
3.3	Caractéristiques cliniques des patients.....	62
3.4	Caractéristiques psychologiques et sociales	63
3.5	Pharmacothérapie de la douleur.....	64
3.6	Pharmacothérapie des effets secondaires associés aux analgésiques.....	66
3.7	Satisfaction des patients face au traitement de la douleur	67
3.8	Barrières, préjugés et croyances des patients envers la douleur et son traitement	68
4	Analyse des données	69
	Résultats.....	71
	Discussion	105
1	Forces et limites de l'étude	106
1.1	Validité externe.....	106
1.2	Validité interne.....	107
2	Portrait de la douleur chronique non-cancéreuse.....	108
3	Les lacunes observées	110
3.1	La continuité des soins.....	110
3.2	La qualité des soins reçus.....	112
3.3	Satisfaction des patients	114
3.4	Barrières à l'optimisation des soins et des traitements	115
4	Les avenues pour améliorer la prise en charge de la DCNC	117
4.1	La multidisciplinarité et l'interdisciplinarité des services de soins	117
4.2	L'éducation thérapeutique.....	119
5	Recommandations pour améliorer la prise en charge de la DCNC en première ligne	122
6	La seconde phase du Programme ACCORD.....	125
	Conclusion	127
	Bibliographie.....	129

ANNEXE I : Liste des analgésiques documentés xv
ANNEXE II : Questionnaire téléphonique xvii
ANNEXE III : Questionnaire auto-administré..... xix

Liste des tableaux

Tableau 1: Guide de prescription et de titration des agents recommandés pour le traitement des douleurs neuropathiques.	20
Tableau 2 : Résumé des recommandations de la 3 ^{ème} Conférence Canadienne pour une approche basée sur des preuves probantes entourant la prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens.	32
Tableau 3 : Résumé des principales recommandations de la <i>Canadian Pain Society</i> pour l'usage des opioïdes dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse	37
Tableaux de l'article	
Table 1: Demographic characteristics of patients	94
Table 2: Clinical and psychosocial characteristics of patients	96
Table 3: Use of analgesics in the past year	98
Table 4: Prevalence and pharmacotherapeutic management of adverse effects of analgesics	100
Table 5: Pain treatment satisfaction and perception of pain and its pharmacotherapeutic treatment	103

Liste des figures

Figure 1 : Algorithme de traitement pharmacologique pour la douleur chronique non cancéreuse	12
Figure de l'article	
Figure 1: Recruitment of pharmacies and patients	93

Liste des abréviations

ACCORD : Application Concertée des COonnaissances et Ressources en Douleur

AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens

DC : Douleur chronique

DCNC : Douleur chronique non cancéreuse

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

RSS : Réseau socio-sanitaire

RUIS : Réseau universitaire intégré en santé

*À toute ma famille bien aimée, où que vous
soyez, sur terre ou dans l'au-delà.
On dit souvent loin des yeux, loin du cœur.
Pour moi ce proverbe n'existe pas
car, malgré l'océan qui nous sépare,
vous avez toujours été là
autant dans ma tête que dans mon cœur.
Grâce à vous, j'ai pu garder le cap et
continuer la traversée.
Votre amour et confiance ont toujours été
le vent qui pousse mon voilier
vers de nouvelles destinées.*

Remerciements

En préambule à ce mémoire, je souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration et l'accomplissement de ce travail de mémoire :

Ma directrice de Maîtrise, Dre Lyne Lalonde pour son support tant psychologique que financier, ses conseils judicieux et ses encouragements continus. J'ai pu constater, en la côtoyant, son dévouement et sa passion pour la recherche ainsi que sa très grande modestie. J'espère qu'elle trouvera, dans ce travail, l'expression de ma sincère reconnaissance et de ma très grande estime.

Les membres du jury pour m'avoir fait l'honneur d'accepter d'évaluer mon travail de mémoire. Je tiens à leur exprimer ma haute considération et mes sentiments les plus respectueux.

Les membres de l'Équipe de recherche en soins de première ligne à l'hôpital Cité-de-la-santé de Laval pour m'avoir accueillie au sein de la famille et m'avoir offert un cadre de travail agréable et propice à l'épanouissement professionnel.

Tous mes amis que je ne vais nommés mais qui vont sûrement se reconnaître dans ces lignes pour leurs encouragements continus et pour tous nos moments de complicité dans la joie et la peine.

Introduction

Au Québec et au Canada, on estime qu'environ un individu sur cinq souffre de douleur chronique non cancéreuse (DCNC) [1, 2]. Selon Statistiques Canada, la prévalence de la DCNC en Alberta connaîtrait des augmentations importantes de l'ordre de 70% entre les années 2000 et 2025 [3], entre autres à cause du vieillissement de la population [1, 4, 5]. Considérée comme une maladie à part entière, les conséquences de la DCNC sont importantes sur le plan biopsychosocial. La DCNC est associée à des désordres psychologiques [6] et représente, d'un point de vue sociétal, un lourd fardeau économique.

L'évaluation clinique et la gestion thérapeutique de la DCNC sont souvent complexes. On estime qu'en première ligne, plus de 20% des patients souffrent de DCNC [6-8]. La survenue, le maintien et l'évolution clinique progressive de cette maladie pourraient être attribuables, entre autres, à des lacunes au niveau de la prise en charge initiale [9] et du suivi continu offerts principalement par les cliniciens de la première ligne [10].

La pharmacothérapie est la pierre angulaire du traitement de la DCNC. L'évaluation continue de l'efficacité de la thérapie et une gestion appropriée de ses effets secondaires sont essentielles. Plusieurs guides de pratiques cliniques ont été publiés pour orienter les cliniciens dans la prise en charge de la DCNC et l'amélioration de son suivi [11-17]. Toutefois, des lacunes importantes ont été observées. Un éventail d'effets secondaires, souvent non traités, est imputable à l'usage des analgésiques. L'adhésion au traitement est souvent sous optimale [18]. Cet état de fait pourrait être attribuable à de fausses croyances et attitudes face à la douleur et son traitement [19, 20]. Il n'est donc pas surprenant que de nombreux patients soient insatisfaits de leur traitement [21, 22].

À ce jour, peu d'études ont dressé un portrait global de la DCNC et de sa prise en charge pharmacothérapeutique en première ligne et aucune n'est spécifique au système de

santé québécois. Cette information est pourtant essentielle pour développer de nouveaux modèles de prise en charge qui répondent véritablement aux besoins et aux attentes des patients et qui soient adaptés aux réalités de la première ligne.

Pour pallier cette lacune, une étude de cohorte a été réalisée sur le territoire du Réseau universitaire intégré en santé (RUIS) de l'Université de Montréal auprès de 486 patients souffrant de DCNC et suivis en première ligne. Dans le cadre de ce mémoire de maîtrise, les données recueillies au moment de l'entrée à l'étude et au cours de l'année précédant le recrutement nous ont permis de décrire : 1) les caractéristiques de cette clientèle d'un point de vue clinique et psychosocial; 2) l'usage des analgésiques; 3) la prévalence et le traitement des effets secondaires attribuables aux analgésiques; et 4) la satisfaction ainsi que les barrières, les préjugés et les croyances des patients face à la douleur et son traitement.

Revue de littérature

1 Définition de la douleur chronique non cancéreuse

Selon l'*International Association of the Study of Pain*, la douleur est « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion* » [23].

En termes de durée, la douleur peut être qualifiée d'aiguë, subaiguë ou chronique. La douleur chronique (DC), toujours selon l'*International Association of the Study of Pain*, est « *une douleur qui persiste au-delà du temps normal de guérison et qui n'a apparemment aucune fonction biologique* » [24]. Il n'y a pas de consensus dans la littérature quant au critère de durée de la douleur; l'état de chronicité se définit après trois à six mois d'évolution [10, 25]. Selon l'*Organisation mondiale de la Santé*, « *la douleur qui dure longtemps ou qui est permanente ou récurrente est appelée chronique quand elle dure plus de six mois* » [26]. La *Canadian Pain Society* a défini la douleur chronique comme étant « *une douleur qui est présente depuis au moins six mois ou qui persiste au-delà du temps de guérison attendu* » [15].

En 2001, le *European Federation of the International Association for the Study of Pain Chapters* a déclaré que la DC n'est pas un simple symptôme associé à une maladie ou une blessure sous-jacente, comme c'est le cas de la douleur aiguë; elle est considérée comme un syndrome clinique à part entière, associée à des impacts physiques et économiques et affectant la qualité de vie du patient [27].

En 1997, l'*American Society of Anesthesiologists* a redéfini la douleur chronique en lui associant la notion d'absence de maladies évolutives telles que le cancer [28]. Ainsi, la DC est « *une douleur persistante ou épisodique d'une durée ou d'une intensité qui affecte*

de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne » [28]. On retrouve dans la littérature plusieurs termes qui qualifient ce type de douleur, notamment « *la douleur chronique non cancéreuse* », « *la douleur chronique non maligne* », ou bien « *la douleur chronique bénigne* ».

Une revue de grandes études épidémiologiques a démontré que, outre la durée, d'autres critères doivent également être pris en considération pour définir la population de patients qui souffrent de douleur, tels que la fréquence, le type, l'intensité et l'impact fonctionnel [29].

2 Types de douleurs chroniques non cancéreuses

Le mécanisme physiopathologique de la douleur, quoique complexe, a permis de classifier la douleur en douleur nociceptive, douleur neuropathique et douleur mixte.

La douleur nociceptive : Elle résulte d'une stimulation excessive des nocicepteurs périphériques et de la transmission de l'influx nerveux par un système nerveux central et un système nerveux périphériques intacts [8]. Elle est subdivisée en deux :

1. La douleur somatique : Elle provient des tissus cutanés, musculaires, ligamentaires, osseux ou articulaires. Elle est généralement localisée et exacerbée par la pression, causée par exemple par la mobilisation [8].
2. La douleur viscérale : Elle provient d'un organe interne et peut se présenter comme une lourdeur sourde et diffuse si l'organe est plein, ou sous forme de coliques si l'organe est creux. Sa localisation est moins précise. Elle peut être localisée ou projetée [8].

La douleur neuropathique : Selon l'*International Association of the Study of Pain*, « *La douleur neuropathique est une douleur secondaire à un trouble ou à une maladie affectant*

le système somatosensoriel » [23]. Elle peut être causée par une lésion ou un dysfonctionnement du système nerveux central (par exemple la douleur secondaire à un accident vasculaire cérébral) ou périphérique (par exemple la douleur ressentie après un zona) [8]. Elle peut également être issue à la fois du système nerveux central et périphérique. Elle est de nature constante ou intermittente et peut se présenter sous forme de chocs électriques ou de brûlures. Elle est souvent accompagnée de paresthésies (fourmillements, engourdissements, picotements) [8].

La douleur mixte : Ce type de douleur présente à la fois une composante nociceptive et une composante neuropathique (par exemple les douleurs lombaires chroniques avec radiculopathie).

Il existe d'autres types de douleurs chroniques tels que :

La douleur psychogène ou « sine materia » : Ce type de douleur est sans cause organique identifiée par un examen biologique ou radiologique [30]. Elle repose plutôt sur un diagnostic psychopathologique positif, à savoir des désordres psychologiques comme la dépression, l'anxiété ou l'hypochondrie. Il ne s'agit pas de douleurs imaginaires. En effet, plusieurs désordres psychologiques entraînent des complications physiques telles que la fatigue et les douleurs musculaires [30]. Elle est plus difficile à diagnostiquer et à traiter que les autres types de douleurs. Une prise en charge psychologique spécialisée est souvent recommandée [30].

La douleur idiopathique : Cette douleur est sans origine organique décelable. Il s'agit de DC médicalement inexplicables mais dont la présentation clinique est suffisamment constante et stéréotypée pour évoquer un cadre diagnostique (par exemple syndrome myofascial, fibromyalgie, céphalées de tension, glossodynie, stomatodynies) [30].

3 Prévalence

Au Canada, la DCNC touche une personne sur cinq [1, 2] En 2007, une étude canadienne a rapporté des disparités au niveau de la prévalence de la DCNC entre les provinces canadiennes. Ainsi, la prévalence serait de 16% au Québec, 25% en Ontario, 26% en Alberta et atteindrait un maximum de 36% dans les provinces atlantiques [31]. Selon les données de l'Étude canadienne en santé communautaire menée par *Statistiques Canada* en 2001, le nombre d'Albertains âgés de 15 ans et plus souffrant de douleurs chroniques connaîtrait une augmentation de l'ordre de 70% entre 2000 et 2025 [32]. De part le monde, les prévalences de DC varient largement d'un pays à un autre. Harstall et Ospina ont rapporté dans leur revue systématique [29] pour l'*International Association for the Study of Pain*, des valeurs entre 10,1% et 55,2% des populations étudiées, notamment le Nord-Ouest de l'Europe, l'Amérique du Nord et l'Australie. Plus récemment, Breivik et al. ont rapporté des prévalences européennes variant entre 12% et 30%, avec une moyenne globale estimée à 19% [21]. En première ligne, la DC est prévalente. Une large enquête multicentrique menée par l'Organisation mondiale de la Santé [6] a estimé que 21,5% des patients suivis en première ligne souffrent de DCNC; cette prévalence varie de 5% à 33% selon les pays.

La grande variabilité des prévalences rapportées peut être attribuée à l'absence de consensus quant à la définition de la DC (la durée, la sévérité, la fréquence, le type, la localisation qui définissent la douleur) ainsi qu'aux différentes stratégies de collecte des données (entrevue téléphonique, enquête postale, type de questionnaire, durée de la période d'investigation, sources de données, etc.) [10, 29]. En outre, l'hétérogénéité des populations étudiées contribue également à créer ces disparités régionales [10]. Les données de la littérature indiquent clairement que la prévalence de la DC augmente avec l'âge [21, 31, 33]. Rapoport et al., en se basant sur des données de l'enquête nationale sur la santé de la population canadienne de 1999, ont estimé que les douleurs reliées aux affections rhumatismales et arthritiques touchent 12% des personnes de moins de 60 ans et 46% des

personnes de 60 ans et plus [34]. D'autres études portent à croire que la prévalence de la DCNC serait plus élevée chez les femmes [1, 21, 35]. Boulanger et al. ont mené une enquête canadienne par entrevue téléphonique auprès de la population générale et ont rapporté que 27% des femmes participantes souffrent de DCNC comparativement à 22% chez les hommes [31]. La prévalence de la DCNC dépend aussi du statut socioéconomique (la scolarité et le revenu). Selon Statistiques Canada, les personnes âgées vivant dans des ménages à revenus faibles seraient plus susceptibles d'avoir de la DC que celles à revenus supérieurs (28% vs 23%) [36]. La prévalence de la DCNC serait un reflet du mode de vie passé et des facteurs environnementaux pouvant avoir des répercussions sur la santé [36].

La prévalence de la DCNC varie également en fonction du type de douleur et des pathologies qui lui sont associées [37]. Une méta-analyse [37] ayant regroupé un total de 6 019 patients souffrant de DCNC a rapporté que les douleurs de type nociceptif (80% des patients) sont plus prépondérantes que celles de type neuropathique (12% des patients).

Les maladies musculosquelettiques associées à des douleurs de type nociceptif ont été rapportées comme une cause prédominante de DC; elles toucheraient plus des deux tiers des patients qui souffrent de douleur en première ligne [38, 39]. Un rapport paru en 2008 pour le *National Arthritis Data Workgroup* a révélé que les arthrites – diagnostiquées par un médecin – touchent 21,6% de la population américaine de plus de 18 ans, à savoir 46,4 millions de personnes aux États-Unis [39]. Selon les estimations du même groupe de travail, les arthroses, la forme la plus commune des arthrites, touchent 26,9 millions d'Américains, âgés de 25 ans et plus [40]. Les dorsalgies et les douleurs lombaires figurent comme la cinquième cause de consultation médicale. Les douleurs lombaires chroniques représentent 44% des cas de DCNC en Europe [21].

Compte tenu de la diversité des pathologies associée à la douleur neuropathique, relativement peu de données empiriques sont disponibles concernant sa prévalence. Selon les études, elle atteindrait 2 à 3% de la population générale [41], soit l'équivalent de plus d'un million de Canadiens. Une autre étude a estimé la prévalence de douleur

neuropathique à 25% des cas de DCNC, quoique encore fréquemment non diagnostiquée [42]. Les causes les plus connues sont les polyneuropathies diabétiques qui surviennent chez 8 à 50% des patients atteints de diabète [43] se classant parmi les complications les plus fréquentes du diabète mellitus [44]; les neuropathies post-zostériennes ou postherpétiques qui touchent 10% des patients ayant été exposés à ce virus [45]; les traumatismes divers rapportés comme causes des douleurs neurogènes tels que les chirurgies, les amputations, la compression du canal carpien et les chirurgies thoraciques. Ces dernières se compliqueraient de douleurs neuropathiques dans 57% des cas au cours des 7 à 12 mois suivant le traumatisme et dans 36% des cas au cours des 4 à 5 années [46]. La névralgie du trijumeau est une des formes de douleur neuropathique les plus courantes avec une incidence annuelle de 4 à 5 par 100 000 personnes [47].

4 Impacts psycho-sociaux

Quand la douleur persiste des mois, voire des années, ses effets à long terme sur la santé mentale et les activités quotidiennes sont très importants [6]. Les patients avec DCNC sont quatre fois plus à risque de développer des désordres psychologiques comme l'anxiété ou la dépression que les patients qui n'en souffrent pas [6]. Inversement, selon des données européennes, les patients présentant un épisode dépressif majeur sont quatre fois plus susceptibles de rapporter au moins une forme de DC [48]. De plus, le fait d'ignorer la DC peut être une source d'échec du traitement de la dépression [49]. En 1993, selon l'*Organisation mondiale de la Santé*, des douleurs persistantes ont été observées chez 32% des patients dépressifs suivis en première ligne comparativement à 8,6% des patients non dépressifs [50]. Selon des données issues d'une enquête albertaine sur la santé de la population réalisée en 1996 [32], il existe une association entre l'intensité de la douleur et la détresse psychologique [10]. La dépression diagnostiquée par un psychiatre était présente chez six fois plus de patients ressentant des douleurs graves que de patients ne ressentant aucune douleur (25% versus 4%) [32].

D'autre part, les patients souffrant de DC présentent souvent des problèmes de sommeil [21, 51, 52]. Ohayon et al. [51], en étudiant l'association entre la DC et la qualité du sommeil dans cinq pays de l'Europe, ont rapporté que 23,3% des patients qui souffrent de DC ont un problème de sommeil comparativement à 7,4% des participants sans douleur; et inversement, 40% des répondants qui souffraient d'insomnie avaient des DC. Il est donc arrivé à la conclusion que la relation entre la DC et la mauvaise qualité de sommeil est bidirectionnelle : la douleur entraîne des problèmes de sommeil et l'insomnie exacerbe la DC [51].

De plus, la DC compromet la qualité de vie des patients; les patients avec DC ont des capacités fonctionnelles amoindries et on observe une régression significative de leurs activités relationnelles [10, 21, 32]. Selon des données européennes [21], la moitié des 4 839 répondants qui souffrent de DC rapportent que l'exercice et les tâches ménagères sont difficiles à accomplir. De plus, 40% d'entre eux ont des difficultés dans leurs relations conjugales et un tiers d'entre eux se sentent moins capables ou même incapables de préserver leur indépendance [21]. Ces patients ont tendance à vivre une baisse de leur rendement professionnel et à présenter une période d'incapacité à accomplir leur activité quotidienne pouvant atteindre trois jours ou plus sur une période d'un mois [6].

Il a été rapporté selon l'*Enquête nationale sur la santé de la population canadienne* que les patients ayant des douleurs modérées ou graves limitent davantage leur activité que les personnes souffrant de douleurs légères (85% des sujets avec douleurs sévères versus 27% des sujets avec douleurs légères) [10, 32] et comptent cinq fois plus de jours d'invalidité durant les deux semaines précédant l'enquête (6,19 jours comparativement à 1,15 jours) [10, 32]. Selon l'étude de Demyttenaere et al., la moyenne mensuelle de jours d'absence en Europe chez les sujets rapportant une DC est estimée à 3,6 jours et peut atteindre 9,4 jours en présence d'un épisode de dépression majeure [53]. Aux yeux des patients souffrant de DC, l'incapacité à travailler représente le point de départ d'une déroute sociale parsemée de désordres psychologiques; car douleur, dépression et incapacité à travailler sont associées [6, 53]. Les patients souffrant de DCNC nécessitent

ainsi un suivi particulier qui tient compte de leurs désordres psychosociaux ce qui complexifie la prise en charge de ces patients.

5 Impacts économiques

Dans son rapport de 2006, l'*Agence d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé* reconnaît que « *la douleur chronique impose un lourd fardeau financier au patient et à la société.* » [10]. En Finlande, les coûts liés à la DC (soins de santé et indemnités) ont représenté en 2000 plus que 3% du produit national brut [54]. Les coûts engendrés par la DC au Québec et au Canada, en termes d'utilisation de ressources de santé et de journées de travail perdues, demeurent mal chiffrés [10], mais des études réalisées au Canada et dans d'autres pays révèlent que les coûts directs et indirects sont considérables [1, 5, 32, 54, 55]. Au Canada, le coût global trimestriel de prise en charge d'un patient atteint de douleurs neuropathiques serait estimé à 2 567\$ CA dont 44,3% en coûts directs relatifs aux traitements et à la prestation de services de santé et 55,7% en coûts indirects relatifs à la perte de productivité et à la hausse des montants versés en indemnités d'invalidité [56] ce qui correspond à une moyenne annuelle qui s'élève à 10 268\$ CA [56]. Au États-Unis, le coût moyen annuel par patient varie de 13 000\$ à plus de 18 000\$, selon les estimations de Turk [57]. Sur une période d'un an, le coût d'utilisation des ressources en santé aux États-Unis, par les patients souffrant de douleur neuropathique, est trois fois supérieur à celui des patients sans DC (17 355\$ US comparativement à 5 715\$ US) [58]. Selon un rapport de *Statistiques Canada*, la douleur représente la forme d'incapacité la plus fréquemment rapportée au sein de la population en âge de travailler (15-64 ans) [3]. Ainsi, les coûts indirects relatifs à la perte de productivité dépasseraient, en Australie, 1,4 milliards de dollars australiens par an avec une moyenne de 4,5 jours d'absentéisme au travail pour cause de douleur sur une période de six mois. Si on tient compte de la réduction de la productivité au travail chez les patients qui continuent de travailler, cette moyenne augmente à 16,4 jours de perte de productivité sur une période de six mois ce qui équivaut à 5,1 milliards de dollars australiens sur une période d'un an [55, 59].

6 Recommandations des guides de pratique clinique

6.1 Pharmacothérapie de la DCNC

6.1.1 Principes généraux

L'évaluation de la douleur chronique doit identifier, tenir compte et traiter la cause sous-jacente de la douleur – qu'elle soit d'origine neurologique ou inflammatoire [13, 60]. Un traitement optimal de la douleur est un traitement entraînant de fortes probabilités de réduire la douleur et améliorant les symptômes associés et l'état fonctionnel du patient [61]. De ce fait, une attention particulière doit être portée à l'identification des comorbidités, notamment la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil ainsi que la qualité de vie des patients.

Dans beaucoup de cas, la DC est connue comme étant une douleur qui ne répond pas aux méthodes usuelles de contrôle de la douleur. Dans certaines conditions, on reconnaît que la guérison pourrait ne jamais avoir lieu [62]. Ainsi, dès le début de la prise en charge, les attentes du patient et du médecin face au traitement et son efficacité doivent être discutées et des objectifs réalistes et réalisables doivent être établis afin d'atteindre un niveau d'analgésie qui améliore la qualité de vie du patient [12, 61]. Les méthodes de traitement non pharmacologiques permettant au patient de faire face à sa douleur et de la surmonter doivent être envisagées, incluant les bonnes hygiènes de vie et de sommeil ainsi que les thérapies complémentaires [12]. Si la douleur est insuffisamment contrôlée, la pharmacothérapie devient une composante incontournable du processus de prise en charge [61]. Dans leur revue qui décrit la pharmacothérapie de la DC, Lynch et Watson [7] ont rapporté, un algorithme de traitement (Figure 1).

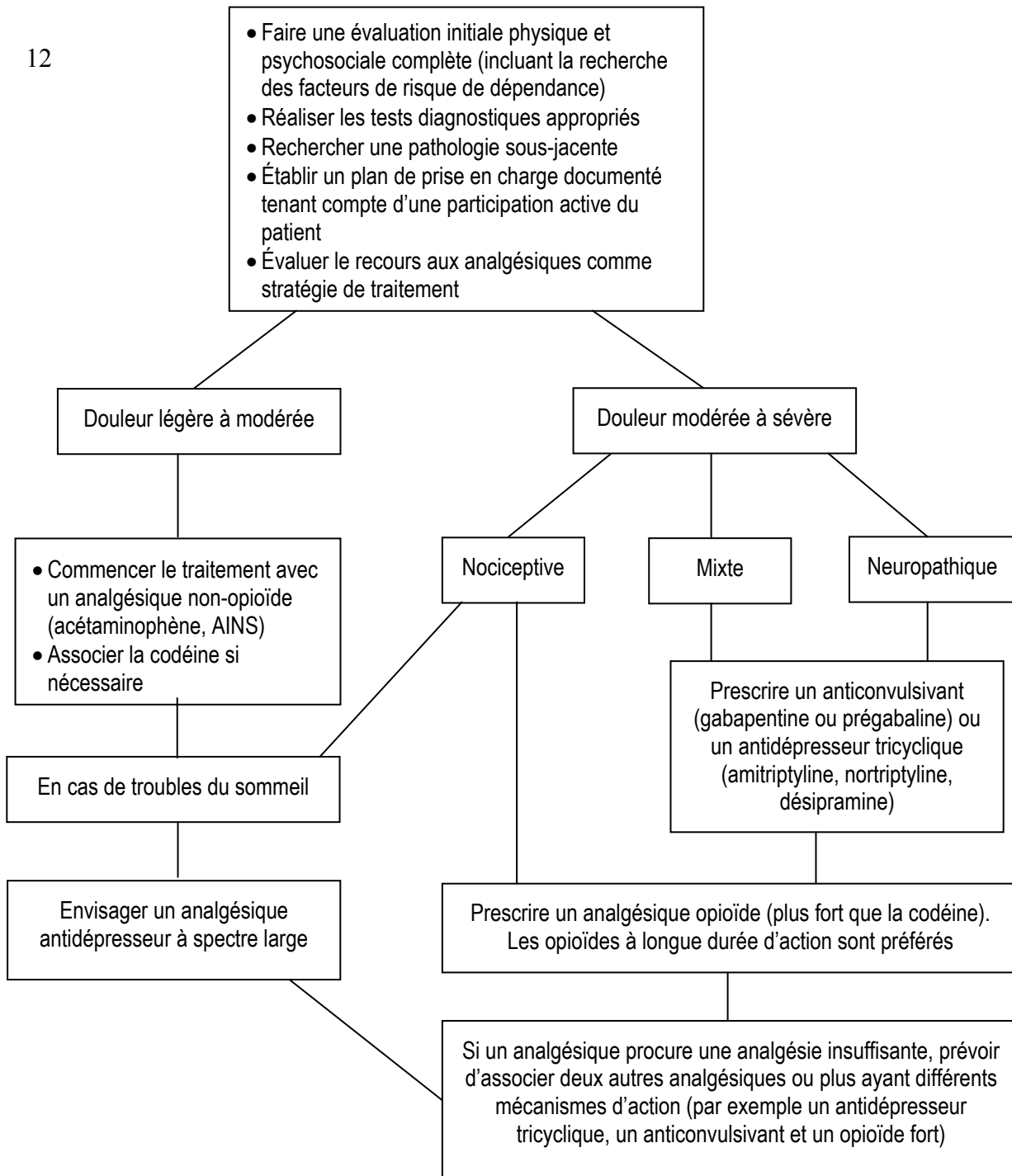


Figure 1 : Algorithme de traitement pharmacologique pour la douleur chronique non cancéreuse¹

¹ adapté de Lynch ME, Watson CP. The pharmacotherapy of chronic pain: a review. Pain Res Manag 2006;11(1):11-38

L'approche usuelle est d'amorcer le traitement avec un analgésique non opioïde tel que l'acétaminophène et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pour les douleurs légères à modérées. Dans le cas où un désordre psychologique concomitant est identifié ou en cas d'efficacité partielle du traitement, la combinaison avec un antidépresseur est envisagée. Pour les douleurs modérées à sévères ayant une composante neuropathique, la prescription d'un analgésique adjuvant tel qu'un anticonvulsivant ou un antidépresseur en première intention sera approprié. Si cette étape est toujours insuffisante pour atteindre l'analgésie souhaitée, un analgésique opioïde est rajouté au traitement. Bien que les recommandations encouragent le recours à des médicaments spécifiques pour le traitement de la DCNC, l'approche globale consiste en un processus par étape dans le but d'identifier le médicament qui procure le plus de soulagement avec le moins d'effets secondaires [60]. Si un analgésique est inefficace contre la douleur ou s'il cause d'intolérables effets secondaires, le traitement devrait être interrompu et remplacé par un autre; si l'analgésique est partiellement efficace, un second médicament ayant un mécanisme d'action différent sera rajouté au traitement [7, 60]. L'association de différents analgésiques ayant un effet synergique a été démontrée plus efficace que la monothérapie pour soulager certaines conditions de douleurs chroniques telles que les douleurs neuropathiques [63, 64]. Toutefois, elle peut souvent accroître le risque d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses ainsi que le coût de la thérapie [17, 64].

6.1.2 Analgésiques non opioïdes

Acétaminophène : Il demeure le médicament de première intention recommandé par l'*American Geriatrics Society* pour le soulagement des DC légères chez les personnes âgées [13]. L'*American College of Rheumatology* [65], l'*European League Against Rheumatism* [66] et l'*Osteoarthritis Research Society International* [67] concourent à faire de l'acétaminophène l'approche pharmacologique initiale pour la prise en charge des douleurs musculosquelettiques comme les douleurs associées à l'arthrose [68]. Toutefois, ne possédant pas d'effets anti-inflammatoires, l'acétaminophène n'est pas efficace pour le

soulagement des douleurs arthritiques d'origine inflammatoire [7]. L'*American Society of Physicians* et l'*American Pain Society* ont recommandé conjointement, en 2007, l'utilisation de l'acétaminophène ou des AINS comme médicaments de première intention pour les douleurs lombaires chroniques [11]. L'acétaminophène peut se présenter sous forme combinée à un autre analgésique comme un opioïde et utilisé en cas d'exacerbation de douleur [69]. La dose totale quotidienne d'acétaminophène recommandée ne doit pas dépasser 4 000 mg [11], et pour un usage chronique, elle devrait être limitée à 2 500 mg [7]. À doses recommandées, l'acétaminophène est bien toléré et ses effets gastro-intestinaux sont bénins se résumant à des crampes abdominales ou diarrhées occasionnelles [7]. L'hépatotoxicité chez les utilisateurs à long terme ou à doses élevées représente l'effet secondaire le plus préoccupant. Malgré son profil sécuritaire connu, l'acétaminophène a entraîné des cas de surdosage importants [69, 70]. Une commission mandatée par la *Food and Drug Administration* pour recenser les cas de surdosage à l'acétaminophène a rapporté que cet analgésique est responsable de 56 000 visites à l'urgence et d'une centaine de décès accidentel, chaque année, lors d'une utilisation non appropriée [70]. En juin 2009, elle a émis des recommandations encadrant l'usage de cet analgésique dont les plus importantes sont : 1) la réduction de la dose maximale quotidienne de 4 000 mg; 2) la réduction de la dose maximale par prise pour un adulte de 1 000 mg à 650 mg; et 3) limiter la dispensation du dosage 1000 mg à la dispensation sur ordonnance seulement [70]. L'*American Geriatrics Society* recommande de ne pas utiliser l'acétaminophène chez les patients qui souffrent d'insuffisance hépatique et ceux qui sont dépendants à l'alcool [13].

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : Incluant les inhibiteurs de la cyclo-oxygénase 2, ils ont été recommandés par l'*American College of Rheumatology* en l'an 2000 [65], par l'*American Pain Society* en 2002 [71] et par l'*European League Against Rheumatism* en 2003 [66] pour les douleurs modérées associées à l'arthrose et non soulagées par l'acétaminophène [68]. Depuis, la place des AINS comparativement à celle de l'acétaminophène en tant que médicament de première intention dans le traitement des douleurs associées à l'arthrose est sujette à controverse en termes d'efficacité et de tolérabilité [72]. Dans la littérature, les AINS sont préférés à l'acétaminophène par les

patients qui souffrent de douleurs chroniques nociceptives [7]. L'efficacité des AINS a été rapportée par des patients atteints d'arthrose, d'arthrite rhumatoïde ou de douleurs lombaires [73]. Mais, étant donné son profil plus sécuritaire, l'acétaminophène demeure recommandé comme l'analgésique de première intention pour l'arthrose [7]. Les AINS sont associés à des risques importants de toxicité gastro-intestinale et rénale [74, 75]. Les inhibiteurs de la cyclo-oxygénase 2 ont représentés une alternative efficace aux traditionnels AINS pour leurs effets gastro-intestinaux moindres [68]. Mais, rapidement, ils ont été associés à des risques plus élevés de complications cardio-vasculaires, rénales et gastro-intestinales sérieuses [68]. La *Food and Drug Administration* et l'*European Medicines Agency* ont de ce fait émis des restrictions quant à leur prescription [68].

6.1.3 Analgésiques opioïdes

Les opiacés sont des alcaloïdes naturels comme la morphine issus des graines du pavot d'opium. « *Opioïde* » est un terme largement utilisé pour décrire toutes les composantes qui exercent une activité sur les récepteurs opioïdes [18, 76]. « *Narcotique* » est un terme d'origine grecque pour désigner « *la stupeur* » [18, 76].

Les opioïdes sont classés en fonction de leur action sur les différents récepteurs opioïdes qui se trouvent au niveau du système nerveux central et des tissus périphériques ainsi qu'en fonction de leur affinité à ces récepteurs [18]. Les agonistes purs (morphine, codéine, oxycodone, hydromorphone, fentanyl et méthadone) stimulent les mu-récepteurs et sont les plus couramment utilisés au Canada pour le traitement de la DC [7, 18]. Ces agents n'ont pas d'effet analgésique plafond; plus la dose augmente, meilleure est l'analgésie. Toutefois, l'augmentation des doses est limitée par l'apparition d'effets secondaires dose-dépendants [7, 18].

Différents guides de pratique clinique ont été développés concernant l'usage des opioïdes. L'*American Pain Society* [12], la *Canadian Pain Society* [15], l'*American*

Academy of Pain Medicine [12, 17], et l'*American Geriatric Society* [13] recommandent l'usage des opioïdes à long terme pour le contrôle des DCNC modérées à sévères lorsque les traitements non opioïdes se sont révélés inefficaces, à condition qu'ils soient prescrits conformément aux recommandations [18]. Le *Neuropathic Pain Special Interest Group*, en développant, pour l'*International Association for the Study of Pain*, un ensemble de lignes directrices basées sur des preuves probantes de haute qualité [77], ainsi que l'*European Federation of Neurological Societies Task Force* [14] ne recommandent l'usage des opioïdes forts qu'en deuxième ou troisième intention malgré leur efficacité établie pour les douleurs neuropathiques non cancéreuses, en raison du risque d'abus associé à leur utilisation à long terme. Toutefois, ils peuvent être considérés comme un traitement de première intention dans certaines conditions cliniques comme un épisode d'exacerbation sévère de douleur neuropathique [77]. D'autre part, l'usage des opioïdes forts est grandement déconseillé dans le traitement de la fibromyalgie, étant donné la rareté des études disponibles ayant étudié le rôle des opioïdes dans le traitement de cette maladie [78, 79]. La *Canadian Pain Society* recommande le recours aux opioïdes à longue durée d'action en raison de leur profil plasmatique stable qui entraîne une analgésie durable sur 24 heures ou plus, améliorant ainsi l'adhésion au traitement et la tolérance aux effets secondaires [7, 15].

Afin de contrer l'usage non médical des opioïdes, tous les guides de pratique ont mis l'accent sur l'importance de l'évaluation de l'admissibilité du patient à utiliser ces analgésiques. Selon l'*American Pain Society*, la phase de sélection du patient est une étape cruciale pendant laquelle le clinicien évalue les bénéfices et les risques de la thérapie en se basant sur l'histoire médicale du patient, un examen physique et psychologique approfondi et des tests diagnostiques bien établis et documentés [12]. Selon le *Collège des Médecins du Québec*, « seule l'amélioration de la douleur, de l'état fonctionnel du patient et de sa qualité de vie justifie l'utilisation à long terme d'opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse » [8]. Le clinicien ne peut instaurer un traitement opioïde sans le consentement éclairé (verbal ou même écrit) du patient, après avoir discuté avec lui des objectifs, des attentes, des risques potentiels du traitement, ainsi que des thérapies

alternatives [12]. Un plan de prise en charge documenté est envisagé afin d'établir les responsabilités du patient et du clinicien [12]. Le choix de l'opioïde, la dose initiale et le mode de titration sont individualisés selon l'évaluation faite au départ [12, 13]. Le schéma général développé par l'*Organisation mondiale de la Santé* pour le traitement commence par la prescription d'un analgésique non opioïde et associé, par la suite, un opioïde faible comme la codéine ou la combinaison acétaminophène/codéine pour les douleurs modérées. Par la suite, un opioïde plus fort pourrait être prescrit pour les douleurs plus sévères [18, 80]. L'augmentation des doses doit être faite graduellement jusqu'à l'apparition d'effets secondaires insupportables ou l'obtention d'un niveau d'analgésie souhaitée [12, 81].

6.1.4 Les opioïdes qui associent différents mécanismes d'action

Tramadol : Au Canada, le tramadol est commercialisé sous forme de comprimés et peut être combiné à l'acétaminophène [7]. Il s'agit d'un opiacé agoniste faible des mu-récepteurs qui mime certaines propriétés des antidépresseurs tricycliques; il inhibe la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. Cette double action lui confère une certaine efficacité dans le traitement de la DC notamment celle associée aux polyneuropathies diabétiques [7, 16, 82]. La forme combinée à l'acétaminophène a démontré une efficacité comparable à celle de la combinaison codéine/acétaminophène pour le soulagement des douleurs lombaires chroniques et l'arthrose [83]. Il est recommandé comme analgésique de deuxième intention dans les douleurs neuropathiques [17, 77, 84]. Nausées, somnolence, étourdissements, céphalées, sécheresse de la bouche, prurit, diarrhée et constipation sont les effets secondaires les plus courants du tramadol [7]. À doses recommandées, la dépression respiratoire est rarement rapportée [85], sauf chez les patients atteints d'insuffisance rénale [7, 86]. Des doses de 50 mg à 100 mg à renouveler toutes les quatre à six heures sont recommandées afin de maintenir le niveau d'analgésie recherché, sans dépasser les 400 mg par jour [7, 69, 87].

Méthadone : Par rapport aux autres opioïdes, l'usage de la méthadone présente plusieurs avantages compte tenu de ses mécanismes d'action. La méthadone est à la fois un agoniste des mu et gamma récepteurs opioïdes, possède des propriétés N-méthyl-D-aspartate antagonistes et inhibe la recapture des monoamines [7]. Ces propriétés expliquent l'intérêt d'utiliser la méthadone dans le traitement de la douleur cancéreuse [88, 89], de la douleur neuropathique [88] et de la DCNC en général [90]. La méthadone est caractérisée par un profil pharmacocinétique et pharmacodynamique complexe [12]. Cet analgésique possède une demi-vie très longue et largement variable d'une personne à une autre, ayant été estimée à 15 à 60 heures et parfois à 120 heures [91]. Ainsi, l'instauration du traitement se fait avec des doses faibles et nécessite une phase de titration très prudente [12]. Il est conseillé de débiter le traitement par un dosage de 2,5 mg aux huit heures. Les augmentations de doses devraient être espacées d'au moins une semaine [12]. L'*American Pain Society* conseille aux cliniciens voulant prescrire de la méthadone de bien connaître ses caractéristiques pharmacologiques et les risques encourus lors de l'instauration du traitement [12]. Elle a été associée à un nombre croissant de cas de décès aux États-Unis et à des arythmies cardiaques à doses élevées [12, 92, 93]. Son usage pour le traitement de la DC en constitue un de troisième ou quatrième intention selon plusieurs guides de pratique clinique [17, 77, 84]. Elle n'est pas recommandée pour les cas d'exacerbation de la douleur ou pour une utilisation au besoin [12].

6.1.5 Analgésiques adjuvants

Les analgésiques adjuvants sont des médicaments qui ont été développés au départ pour d'autres des indications que la douleur et dont l'effet analgésique a été découvert ultérieurement [13]. Cette catégorie de médicaments comprend en particulier les antidépresseurs et les anticonvulsivants [13].

Le *Neuropathic Pain Special Interest Group* [17] recommande l'utilisation des antidépresseurs et des anticonvulsivants comme médicaments de première intention pour le

traitement des douleurs neuropathiques. Ces recommandations ont par la suite été adoptées par la suite par les sociétés de douleur américaine [77], canadienne [15] et mexicaine [60] Le tableau 1 résume les médicaments tels que recommandés pour le traitement des douleurs neuropathiques.

Tableau 1: Guide de prescription et de titration des agents recommandés pour le traitement des douleurs neuropathiques [16, 41, 84, 94].

Médicament	Ajustement de la dose	Dose Quotidienne Efficace	Effets Secondaires et Commentaires
PREMIÈRE INTENTION			
Gabapentine	100-300 mg/j augmentation progressive de 100 - 300 mg toutes les semaines	300 - 1 200 mg trois fois/j, dose max 3 600 mg/j en 3 prises ou plus. Délai pour juger l'efficacité thérapeutique : 3 - 8 semaines.	Effets secondaires : vertige, fatigue, nausée, sédation, œdème périphérique, prise de poids; pas d'interaction médicamenteuse significative; ajustement de la dose chez les patients en insuffisance rénale.
Prégabaline	75 - 150 mg/j augmentation hebdomadaire graduelle selon la tolérance et la dose de départ choisie (50 - 150 mg/semaine)	300 - 600 mg/j en 2 ou 3 prises; dose maximale 600 mg/j. Délai pour juger l'efficacité thérapeutique : 3 - 4 semaines	Effets secondaires : vertige, fatigue, nausée, sédation, œdème périphérique, prise de poids; pas d'interaction médicamenteuse; ajustement de la dose chez les patients en insuffisance rénale.
Antidépresseurs Tricycliques ou tétracycliques : Amitriptyline, Clomipramine Imipramine, Nortriptyline, Désipramine	10 - 25 mg au coucher augmentation progressive hebdomadaire de 10 - 25 mg selon la tolérance. À 30 mg, passer aux comprimés 25 - 75 mg. À 75 mg, passer aux comprimés 75 jusqu'à 150 mg	50 - 150 mg/j Administrer la nortriptyline et la désipramine tid pour éviter l'insomnie. Délai pour juger l'efficacité thérapeutique : 3 - 8 semaines	Effets secondaires : somnolence, confusion, hypotension orthostatique, sécheresse buccale, constipation, rétention urinaire, gain de poids, arythmie. Les effets anticholinergiques sont plus fréquents avec les amines tertiaires (amitriptyline et imipramine); contre-indication en cas de glaucome ou chez les patients sous inhibiteurs de la mono- amino-oxydase; suivi important pour les personnes âgées
Carbamazépine	Dose de départ 50 mg/j; augmenter de 100 - 200 mg/semaine	200 - 300 mg 3 fois /j; dose maximale 1 200 mg. Délai pour juger l'efficacité thérapeutique : 4 semaines	Effets secondaires : vertige, vision trouble, ataxie, nausée, rash cutané. Inducteur enzymatique donc interaction médicamenteuse; suivi de la fonction hépatique et la formule sanguine. Traitement de choix pour la douleur neuropathique du trijumeau seulement; non recommandé pour les autres types de douleur.

DEUXIÈME INTENTION			
Venlafaxine,	37,5 mg/j, augmentation de 75 mg toutes les 1 - 4 semaines.	150 - 225 mg/j; dose maximale 225 mg. Délai pour juger l'efficacité thérapeutique : 4 - 6 semaines	Effets secondaires : hypertension, ataxie, nausée, sécheresse buccale, hyperhydrose, constipation, anxiété, anorexie. Ajuster le dosage en cas d'insuffisance rénale.
Duloxétine	Dose de départ 30 mg/j augmentation à 60 mg/j en 1 - 2 semaines	60 mg/j en une prise dose max 120mg/j	Effets secondaires : hypertension, ataxie, nausée, sécheresse buccale, constipation, anxiété, anorexie. Contre-indication en cas de glaucome et chez les patients sous inhibiteurs de la monoaminoxydase
Crème Topique : Lidocaïne 5% ou 10%	Application locale 3 ou 4 fois/ jour	Surface de 300 cm ² (demi-feuille de papier). Délai pour juger l'efficacité thérapeutique : immédiat	Effets secondaires : pas d'effets significatifs. Plus adapté pour le traitement des douleurs postherpétiques. Les patchs ne sont pas disponibles au Canada.
TROISIÈME INTENTION			
Analgésiques Opiacés : Tramadol	Action rapide : titrer d'abord avec le tramadol à action rapide; dose de départ : 1 comprimé die, augmenter ad 4 comprimés par jour sur 10 jours. Libération lente : après avoir atteint l'équivalent de 4 comprimés par jour, on peut passer au tramadol à action longue.	200 mg. 400 mg/j; chez les personnes âgées de plus de 75 ans, 300 mg/j. Délai pour juger l'efficacité thérapeutique : 2 - 4 semaines.	Effets secondaires : dépression respiratoire, ataxie, sédation, constipation, nausée, hypotension orthostatique À utiliser avec prudence en cas d'épilepsie. Si associé à l'acétaminophène, ne pas dépasser 4 g d'acétaminophène par jour pour éviter la toxicité hépatique.
Opiacés : Oxycodone, Morphine, Hydromorphone, Fentanyl	Commencer la thérapie avec un opioïde à faible durée d'action : 2,5 - 10 mg/4h (morphine). Après 1	Morphine à longue durée d'action : 30 - 120 mg/12h. mais les bénéfices d'une dose quotidienne de morphine >	Effets secondaires : Constipation, nausée, vomissement, sédation, dépression respiratoire, ataxie, vertiges, rétention urinaire.. Dépistage des abus d'alcool et de substances. Co-

	- 2 semaines de prises régulière, convertir la dose quotidienne en un opiacé à longue durée d'action et poursuivre l'opiacé à courte durée d'action au besoin.	180 mg n'est pas bien établi. Conversion aux doses équianalgésiques pour les autres agents morphiniques. Délai pour juger l'efficacité thérapeutique : 2 - 4 semaines.	administration prophylactique de régime alimentaire, de laxatifs et d'antiémétiques pour prévenir la constipation et les vomissements.
QUATRIÈME INTENTION			
Cannabinoïdes : Dronabinol,	2,5 mg 2 fois/ jour. Augmenter de 2,5 mg à la fois toute les 1 - 4 semaines.	2,5 - 10 mg 2 fois/ jour. Délai pour juger l'efficacité thérapeutique : 2 semaines.	Effets secondaires : vertige, somnolence, euphorie. Test de dépistage dans les urines positif pour les cannabinoïdes.
THC/CBD par voie buccale	1 pulvérisation toutes les 4 - 6 h. Maximum : 4 pulvérisations le 1 ^{er} jour. Augmenter le nombre de pulvérisation selon la tolérance du patient.	8 - 12 pulvérisations réparties aux 4 - 6h. Délai pour juger l'efficacité thérapeutique : 2 semaines.	THC/CBD indiqués avec précaution pour le traitement de la douleur neuropathique associée à de multiples scléroses.
Opioides et bloqueur NMDA : Méthadone	2 - 3 mg toutes les 6 - 12 h au besoin. Ajuster une fois par semaine jusqu'au soulagement de la douleur.	Délai pour juger l'efficacité thérapeutique : 4 - 6 semaines.	Bonne biodisponibilité par voie orale. Demi-vie d'élimination longue : 24 - 36 h ce qui nécessite un suivi strict durant la phase de titration. Son utilisation nécessite une approbation spéciale des autorités réglementaires fédérales et provinciales au Canada.
Autres Anticonvulsivants : Lamotrigine,	Dose de départ : 25 mg bid. Augmentation très lente pour éviter les réactions cutanées : 50 mg die toutes les 2 - 4 semaines.	300 - 500 mg fractionnés en 2 doses. Délai pour juger l'efficacité thérapeutique : 4 semaines.	La lamotrigine aurait montré des résultats bénéfiques pour le traitement des douleurs du trijumeau et des neuropathies diabétiques mais pas pour les autres neuropathies périphériques. Elle nécessite une titration progressive et suivie pour éviter le syndrome de Stevens-Johnson.

Acide Valproïque	Dose de départ : 10 - 15 mg/kg/j. augmenter de 5-10 mg/kg/j	1 200 - 1 800 mg fractionnés en 3 doses	L'acide valproïque et le topiramate auraient produit des résultats mitigés pour le traitement des douleurs neuropathiques.
Topiramate	Dose de départ : 15 mg. Augmentation 15 - 25 mg par semaine.	200 - 400 mg fractionnés en 2 doses. Dose de départ : 15 mg. Augmentation 15 - 25 mg par semaine.	

die : une fois par jour; bid : deux fois par jour; tid : trois fois par jour (three in day); THC/CBD : tétra-hydro-cannabinol/cannabidiol; NMDA : N-méthyl-D-aspartate

Antidépresseurs : Plusieurs études ont démontré l'efficacité des antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, désipramine et nortriptyline) dans le traitement des douleurs neuropathiques de type périphérique telles que les neuropathies diabétiques, les neuropathies post-herpétiques, les polyneuropathies, ainsi que les douleurs d'origine centrale comme les douleurs secondaires à un accident vasculaire cérébral [79, 95]. Selon des données probantes, les antidépresseurs tricycliques ont été recommandés pour le traitement de la fibromyalgie [13], des douleurs lombaires et des céphalées [13, 79, 95]. Les antidépresseurs tricycliques présentent plusieurs avantages : coûts modérés, nombre de prises quotidiennes faible (généralement une prise quotidienne) et un effet sur la dépression qui est souvent associée à la douleur [17]. Toutefois, des effets secondaires anticholinergiques (sécheresse de la bouche, constipation et rétention urinaire) et cardiovasculaires (hypertension, hypotension orthostatique, arythmie) peuvent apparaître suite à la prise des antidépresseurs tricycliques [17, 79, 95]. L'*American Geriatrics Society* a, de ce fait, fortement contre-indiqué leur prescription chez les personnes âgées [13]. Le *Neuropathic Pain Special Interest Group* recommande l'usage des antidépresseurs tricycliques avec précaution chez les patients ayant des antécédents cardiaques [17]. Lors de la 4^{ème} Conférence Internationale sur la physiopathologie et le traitement des douleurs neuropathiques, la réalisation d'un électrocardiogramme avant l'initiation du traitement, en particulier chez les patients de plus que 40 ans, a été recommandée. En général, le traitement est initié à faible dose, administré le soir, avec une phase de titration lente (augmentation par palier de 25 mg chaque trois à sept jours) [17]. Les doses des antidépresseurs tricycliques indiquées pour traiter la douleur sont généralement plus faibles que celles pour la dépression [7, 96].

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline de nouvelle génération (duloxétine et venlafaxine) seraient plus efficaces et plus sécuritaires car ils n'interagissent pas avec les canaux adrénergiques, cholinergiques ou sodium-dépendants – en particulier la duloxétine [79]. La duloxétine a été fortement recommandée en première intention par l'*American Geriatrics Society* pour le traitement de la fibromyalgie [13] et par le *UK National Institute of Health and Clinical Excellence* pour les douleurs neuropathiques, particulièrement celles secondaires aux neuropathies diabétiques

[97]. Toutefois au Québec, la duloxétine demeure non couverte par la Régie de l'Assurance Maladie du Québec. La venlafaxine s'est avérée efficace, à doses élevées, pour le traitement des polyneuropathies périphériques de différentes étiologies, mais pas pour les neuropathies post-herpétiques [60]. Toutefois, elle a été associée à des troubles cardiaques et un syndrome de sevrage; d'où l'importance d'une diminution progressive des doses avant l'arrêt du traitement [17]. D'autres lignes directrices présentent la duloxétine et la venlafaxine comme des agents thérapeutiques de deuxième intention [16, 84, 98] et pourraient constituer un traitement de première intention en présence de dépression majeure, ou en cas d'intolérance ou de contre-indication aux antidépresseurs tri ou tétracycliques [84].

Par contre, des données probantes quant à l'efficacité des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (tels que la sertraline, la fluvoxamine, la fluoxétine, le citalopram, la paroxétine) contre la douleur n'ont pas été rapportées dans la littérature [13, 79].

Anticonvulsivants : L'action analgésique des anticonvulsivants dans les douleurs neuropathiques est obtenue suite à l'inhibition de l'excitabilité des neurones [7]. Les anticonvulsivants agissent soit au niveau des canaux calciques voltage-dépendants – tels que la gabapentine et la prégabaline – soit au niveau des canaux sodiques voltage-dépendants – tels que la carbamazépine et la lamotrigine – soit au niveau des deux types de canaux – tels que le topiramate [7]. Les trois anticonvulsivants les plus étudiés dans le traitement des douleurs neuropathiques sont la gabapentine, la prégabaline, et la carbamazépine [7, 79]. Toutefois, il existe des données émergentes concernant l'effet analgésique de la lamotrigine, du topiramate et de l'oxcarbazépine [7].

Il existe des preuves probantes concernant l'efficacité de la gabapentine et la prégabaline dans le traitement des douleurs, particulièrement celles reliées aux neuropathies post-herpétiques et aux neuropathies diabétiques périphériques [7, 60, 98]. Elles ont été associées à une amélioration de la qualité du sommeil, de l'humeur et de la qualité de vie

[60, 82]. Elles ont un profil sécuritaire et sont impliquées dans peu d'interactions médicamenteuses mais nécessitent une réduction de la dose chez les patients atteints d'insuffisance rénale. Les effets secondaires qui limitent le plus l'augmentation des doses et qui sont dose-dépendants sont l'œdème périphérique, la sédation et les étourdissements; ces effets peuvent être améliorés en débutant le traitement avec une faible dose, suivi d'une phase de titration progressive [7, 17, 60]. La titration pour la gabapentine est lente et plusieurs semaines peuvent s'écouler avant d'atteindre la dose efficace [17, 60]. La prégabaline, avec sa phase de titration plus courte et sa dose de départ potentiellement plus efficace, agit plus rapidement que la gabapentine pour obtenir l'analgésie souhaitée [17].

La carbamazépine est l'un des premiers anticonvulsivants à avoir été étudié pour le traitement de la douleur neuropathique [79]. Elle demeure le traitement de choix pour les tics douloureux (forme idiopathique de la douleur du trijumeau), mais n'est pas recommandée pour les douleurs neuropathiques en général [41, 82, 84, 99].

6.1.6 Analgésiques topiques

L'usage des agents topiques est intéressant en raison de leur action locale qui n'entraîne pas d'effets secondaires systémiques importants [16, 41, 82].

Lidocaïne 5% : Le timbre à la lidocaïne dosé à 5% s'est révélé efficace dans les allodynies² et dans le traitement de la douleur neuropathique post-herpétique [17, 60, 82]; mais pas pour les douleurs neurogènes secondaires au virus de l'immunodéficience humaine [100]. Depuis que l'indication du timbre a été approuvée par la *Food and Drug Administration* pour la douleur post-herpétique, la lidocaïne 5% a été également largement utilisée pour d'autres types de douleurs tels que les neuropathies diabétiques, les douleurs

² « Douleur provoquée par un stimulus qui ne cause habituellement pas de douleur ». International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. *Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndroms and definitions of pain terms*. Pain, 1986, Supp.3;S1-S226

lombaires chroniques et les arthroses [13]. Son succès est justifié par la facilité de son administration et par l'absence d'interaction médicamenteuse et de toxicité [13]. Le timbre est généralement bien toléré avec de rares effets secondaires se résumant essentiellement en un urticaire ou rash cutané bien localisé [13, 100]. Par contre, sa prescription est contre-indiquée chez les patients atteints d'insuffisance hépatique [13]. La lidocaïne gel (ou crème) 5%-10%, dont le coût est moins dispendieux que le timbre est aussi efficace que celui-ci [41, 60]. La lidocaïne 5% est appropriée pour les neuropathies périphériques localisées et non pour les douleurs d'origine centrale [17, 41, 60]. Elle est recommandée par l'*International Association for the Study of Pain* [77] comme un des médicaments de première intention pour les douleurs post-herpétiques et les allodynies. Toutefois, la *Canadian Pain Society* la considère comme médicament de deuxième intention [16].

Capsaïcine : Elle est l'ingrédient actif des piments du Chili et d'autres plantes de la famille des capsicum [7]. Son action analgésique est obtenue suite à son application répétée par diminution de la quantité de la substance P au niveau des neurones afférents [7, 79]. La capsaïcine a été rapportée efficace pour le traitement des douleurs reliées aux neuropathies post-herpétiques, aux neuropathies diabétiques périphériques, aux arthroses, à l'arthrite rhumatoïde, au prurit et au psoriasis [101]. Elle est responsable, au début du traitement, de l'apparition d'une sensation de brûlure [7, 13] qui disparaît avec les applications répétées [7], mais qui peut persister pendant plusieurs mois [13]. La sensation de brûlure diminue en associant un autre analgésique topique, ou en appliquant un anesthésique local [7, 13].

Anti-inflammatoires non-stéroïdiens topiques : Les AINS topiques ont reçu une attention bien particulière en raison de leur efficacité démontrée dans le traitement des douleurs associées à l'arthrose et à l'arthrite rhumatoïde [7]. Actuellement, seulement la diclofénac topique est approuvée par la *Food and Drug Administration* pour le traitement de la douleur [13]. Par ailleurs, c'est le seul AINS topique commercialisé au Canada [7]. Les AINS topiques entraînent peu d'effets secondaires, principalement des effets cutanés (rash et prurit) localisés au niveau du site d'application et de rares effets gastro-intestinaux

comparativement à ceux administrés par voie orale [7]. Toutefois, le mécanisme d'action de ces analgésiques n'est pas parfaitement élucidé. Ils pénètrent la peau et agissent au niveau des tissus sous-cutanés sur la cyclo-oxygénase enzyme responsable de l'inflammation [102]. La sensation de chaleur apaisante qu'ils procurent ne serait pas due à l'effet placebo d'une action révulsive reliée à l'irritation locale de la peau comme c'est le cas pour les médicaments rubéfiants contenant des salicylates [102].

6.1.7 Les relaxants musculaires

Les relaxants musculaires font partie des médicaments qui sont moins recommandés par l'*American Geriatrics Society* pour le traitement de la douleur chez les personnes âgées [13]; beaucoup d'entre eux augmentent le risque de chutes chez ces patients [13]. Le plus fréquemment, ils sont indiqués comme médicaments adjuvants pour un soulagement à courte durée [79]. Leur mécanisme d'action n'est pas clair. L'effet de certains relaxants comme la cyclobenzaprine, le méthocarbamol et la chlorzoxazone ne serait pas relié à une relaxation des muscles et une diminution des spasmes [13]. La cyclobenzaprine, de structure identique à l'amitriptyline avec des effets secondaires similaire, est le relaxant musculaire le plus étudié en cas de douleurs musculosquelettiques. Toutefois, elle semble avoir un rôle restreint dans le traitement des DCNC, à l'exception de la fibromyalgie pour laquelle elle a démontré une efficacité incertaine [79]. La sédation est l'effet secondaire le plus courant, limitant l'utilisation à long terme [79]. Le baclofen est un analogue de l'acide gamma-aminobutyrique. Son efficacité a été prouvée en tant que médicament de deuxième intention pour les douleurs neuropathiques paroxysmales; il est utilisé chez les patients souffrant de spasticité sévère. L'augmentation progressive de la dose du baclofen au début du traitement minimise la sensation de vertige, la somnolence et les effets gastro-intestinaux. L'arrêt brutal après un traitement de longue durée peut entraîner un délirium et des convulsions [13, 79].

6.2 Prise en charge des effets secondaires

6.2.1 Les anti-inflammatoires non stéroïdiens

Effets secondaires : Les AINS sont largement utilisés contre la douleur; toutefois, au cours des dernières années, de plus en plus d'attention a été portée à leurs effets secondaires [74]. Ils ont été associés à des risques dose-dépendants [74] de toxicité gastro-intestinale [103], cardiovasculaire [104], rénale [75], hématologique [104] et – moins fréquemment – hépatique [105].

La toxicité gastro-intestinale des AINS est l'un des plus fréquents et plus sérieux effets secondaires [79], en particulier chez les personnes âgées [74]. Les effets des AINS sur le tractus gastro-intestinal sont la dyspepsie, l'augmentation du risque d'ulcère gastrique ou duodéal, les saignements gastriques et la mort [7]. La prévalence des ulcères peptiques croît avec l'âge. Les inhibiteurs sélectifs de la cyclo-oxygénase 2 présentent un risque gastro-intestinal moins important que les AINS traditionnels [74]. Toutefois, tous les deux sont incriminés dans le développement de problèmes cardiovasculaires, tels que l'infarctus du myocarde [104, 106], les œdèmes périphériques [107] et l'augmentation de la tension artérielle [74, 107]. Ces manifestations sont plus fréquentes chez les personnes âgées et celles présentant des facteurs de risques de maladies cardiovasculaires [74]. Les effets hématologiques sont secondaires au potentiel d'interaction que possèdent les AINS avec les médicaments antiplaquettaires ainsi que l'aspirine à faible dose [68, 74]; ce qui augmente le risque de saignements et de thromboses [74]. La toxicité rénale est plus fréquente chez les personnes âgées en raison de la baisse du taux de filtration glomérulaire avec l'âge [74, 75] et de la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire [74]. Le potentiel d'interactions médicamenteuses augmente le risque de toxicité, en particulier chez des personnes âgées qui sont très souvent polymédiqués.

Recommandations : La *Food and Drug Administration* et l'*European Medicines Agency* ont émis des restrictions quant à l'usage des AINS traditionnels et sélectifs [13, 68]. Leur prescription devrait être précédée d'une évaluation individuelle de l'état de santé gastro-intestinale, rénale et cardiovasculaire du patient [11, 68, 108]. La décision de prescrire ces analgésiques, en particulier chez les personnes âgées, doit tenir compte des facteurs de risque de complications gastro-intestinales qui sont l'âge supérieur à 60 ans, une histoire de maladie ulcéreuse compliquée ou non et de saignements gastro-intestinaux, la prise concomitante de corticostéroïdes ou d'anticoagulants et l'association de plusieurs AINS comprenant l'aspirine à faible dose [109, 110]. Les facteurs de risque « controversés » dans la littérature sont l'utilisation de doses élevées d'AINS, la prise concomitante de clopidogrel ou des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, un historique de problèmes gastro-intestinaux, la présence de multiple désordres systémiques tels que l'arthrite rhumatoïde, les maladies cardiovasculaires et le diabète mellitus [110]. En raison du risque de complications gastro-intestinales, l'*American Pain Society* [11], l'*American College of Rheumatology* [65] et l'*European League Against Rheumatism* [66] ont recommandé l'usage des AINS seulement en cas de douleurs non contrôlées par l'acétaminophène [68]. Les stratégies thérapeutiques recommandées pour diminuer les risques de complications gastro-intestinales sont de : 1) prescrire la plus faible dose possible qui procure une efficacité satisfaisante; 2) réduire la durée de traitement à la plus courte période possible permettant de contrôler les symptômes; et 3) favoriser les AINS à demi-vie courte [68, 74, 110]. Tel qu'indiqué dans différents guides de pratique clinique, les AINS devraient être prescrits en association avec un inhibiteur de la pompe à protons ou le misoprostol, chez les personnes nécessitant une protection gastrique [11, 13, 67]. La Société Canadienne de Gastroentérologie recommande l'usage des inhibiteurs de la cyclo-oxygénase 2 associés à un inhibiteur de la pompe à protons chez les patients à haut risque de toxicité gastro-intestinale et à faible risque de complications cardiaques [111]. Toutefois, les inhibiteurs de la pompe à protons sont à éviter chez les patients sous clopidogrel en raison du fort potentiel d'interaction entre les deux médicaments augmentant le risque de maladies thromboemboliques [112]. Le misoprostol serait associé à des diarrhées qui doivent être prises en charge, en particulier chez les personnes âgées [13, 67,

74]. L'*European Medicines Agency* ne recommande pas l'usage des inhibiteurs de la cyclo-oxygénase 2 chez les patients ayant présenté un épisode d'ischémie cardiaque ou d'infarctus ou une maladie artérielle périphérique. Ils devraient être utilisés avec précaution chez les patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaires tels que l'hypertension artérielle ou le diabète [68].

Les AINS topiques représentent un moyen efficace pour réduire l'exposition systémique aux AINS [74]. Leur usage a été recommandé par l'*European League Against Rheumatism* pour le traitement de l'arthrose du genou [66]. Malgré leur profil sécuritaire, la *Food and Drug Administration* exige que l'étiquetage de ces AINS inclut un avertissement quant aux risques cardiovasculaires et gastro-intestinaux [68, 74].

L'usage croissant des AINS en vente libre contribue à l'augmentation de l'incidence des effets secondaires gastro-intestinaux et cardiovasculaires, en particulier si ces médicaments sont utilisés de façon concomitante avec d'autres AINS prescrits ou sans tenir compte des recommandations quant au dosage et à la durée du traitement [110]. On conseille aux patients de consulter leur médecin avant de prendre un AINS en vente libre pour plus de 10 jours [68]. D'autre part, on recommande aux cliniciens de documenter l'usage des AINS en vente libre de leurs patients [110]. Toutefois, il existe peu de données concernant l'usage des AINS en vente libre [110].

La troisième Conférence Canadienne concernant l'établissement d'une approche sécuritaire pour prescrire les AINS basée sur des preuves probantes a été tenue en janvier 2005 [113]. En 2006, Lynch et Watson considéraient que leurs recommandations étaient le meilleur guide pratique pour les cliniciens [7]. Le tableau 2 résume les recommandations de cette conférence.

Tableau 2 : Résumé des recommandations de la 3^{ème} Conférence canadienne pour une approche basée sur des preuves probantes entourant la prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens [7, 113].

Recommandations	
Communication entre le patient et le médecin	Patient doit être clairement informé au sujet des bénéfices et des risques du traitement
Indications	AINS incluant les inhibiteurs de la cyclo-oxygénase 2 sont généralement plus efficaces que l'acétaminophène et mieux préférés par les patients. Toutefois l'usage de l'acétaminophène est plus justifié chez certains patients.
Toxicité gastro-intestinale	Chez les patients présentant un risque de perforation, d'ulcère ou de saignement gastrique, un inhibiteur de la cyclo-oxygénase 2 est l'AINS de choix. Son usage dépend du statut cardiovasculaire du patient.
Toxicité rénale	<p>Avant d'initier une thérapie à base d'AINS, il faut évaluer l'état de la fonction rénale et déterminer la clairance de la créatinine, chez les patients de plus de 65 ans ou présentant des comorbidités qui peuvent affecter leur fonction rénale.</p> <p>Aviser les patients d'éviter de prendre la dose d'AINS d'une journée où ils ne peuvent ni manger ni boire.</p>
Hypertension artérielle	Chez les patients recevant des antihypertenseurs, mesurer la tension artérielle durant les semaines qui suivent l'initiation du traitement AINS, et faire le suivi approprié; un ajustement des doses des antihypertenseurs peut être nécessaire.
Personnes âgées (considérations gériatriques)	Les AINS traditionnels et spécifiques devraient être prescrits avec précaution chez les personnes âgées qui sont à grand risque d'effets secondaires gastro-intestinaux, rénaux et cardiovasculaires sérieux.

6.2.2 Les opioïdes

Effets secondaires : L'usage à long terme des opioïdes dans le traitement des DCNC est limité par les effets secondaires de ces analgésiques qui sont essentiellement des effets gastro-intestinaux et des effets sur le système nerveux. Les événements neurologiques comprennent la somnolence, des troubles cognitifs, l'étourdissement et la dépression respiratoire [79, 114, 115]. La somnolence est un effet couramment rapporté par les patients qui consomment les opioïdes et elle est reliée à leurs propriétés anticholinergiques [114]. Une revue de différents essais cliniques randomisés ayant étudié l'efficacité et la sécurité des opioïdes dans le traitement de la DCNC a rapporté que la somnolence et les étourdissements étaient ressentis par 28% et 20% des patients de ces études, respectivement [116, 117].

La toxicité gastro-intestinale des opioïdes se traduit par la constipation, les nausées et les vomissements [79, 114, 115]. Si les nausées et les vomissements font partie des effets les plus fréquemment expérimentés à l'initiation du traitement – rapportés par 30-60% des patients [118] – la constipation représente l'effet le plus ressenti lors d'un usage à long terme [119]. Elle apparaît suite à l'interaction des opioïdes agonistes avec les mu-récepteurs localisés au niveau du tractus gastro-intestinal, entraînant une inhibition des sécrétions et de la motilité gastointestinale [117, 120]. Elle représente le dysfonctionnement intestinal induit par les opioïdes le plus rapporté et le plus incommode chez les patients souffrants de DC, et ce parfois malgré la prise concomitante de laxatifs [116, 120, 121].

D'autre part, l'usage chronique des opioïdes est associé à différents phénomènes et changements physiologiques qui sont essentiellement la tolérance et la dépendance physique [115]. La tolérance est la réduction de l'efficacité analgésique des opioïdes qui s'accompagne d'un besoin continu d'augmenter la dose afin de maintenir le niveau d'analgésie souhaitable [114, 117]. Il existe deux types de tolérance : la tolérance innée qui est détectée à l'initiation du traitement, et la tolérance acquise suite aux administrations répétées de l'analgésique [114, 122]. Le clinicien devrait savoir que le développement de

l'intolérance à un opioïde particulier ne signifie pas nécessairement que le patient est tolérant à tous les opioïdes [114, 122]. Toutefois, le besoin d'augmenter la dose peut être conséquent à une intensification de la douleur au lieu d'un phénomène de tolérance [115]. À long terme, les patients sous opioïdes peuvent développer une hyperalgésie secondaire qui se traduit par une hypersensibilité aux stimulations nociceptives, des douleurs diffuses et une absence de réponse au traitement opioïde [79, 123, 124]. Selon certaines hypothèses, cet effet résulte de changements au niveau du système nerveux central et périphérique facilitant la voie nociceptive [79, 124].

La dépendance physique, état d'adaptation au traitement, se manifeste par un syndrome de sevrage qui se produit lors d'un arrêt brusque de la prise du médicament, d'une réduction rapide de la dose, d'une diminution du niveau sanguin du médicament ou bien lors de l'administration d'un antagoniste (naloxone) [125]. Anxiété, irritabilité, insomnie, crampes abdominales, nausées, myalgies et dysphorie constituent les symptômes révélateurs d'une dépendance physique [126].

La dépendance physique est souvent confondue avec la dépendance psychologique. Celle-ci est une maladie neurobiologique complexe qui se manifeste par un usage compulsif des opioïdes indépendamment du niveau de soulagement de la douleur [127]. Cette dépendance peut amener certains patients à falsifier des ordonnances ou à faire usage de drogues illicites [127]. La prévalence de ce type de dépendance chez les patients atteints de DCNC, à la lumière des données de la littérature, demeure incertaine [117]. D'une part, une étude américaine [128] – ayant évalué les résultats toxicologiques des urines de patients atteints de DC – a suggéré que 45% des patients pourraient développer des signes de dépendance. D'autre part, Fishbain et al. [129] ont rapporté que peu de patients souffrant de DCNC ont développé des dépendances psychologiques (3,27%) suite à une exposition à long terme aux opioïdes, cependant une proportion plus importante de ces patients a démontré des comportements aberrants (11,5%) tels que le vol ou l'emprunt de médicaments et la perte fréquente ou la falsification d'ordonnances.

Recommandations : On reconnaît que l'impact de la somnolence induite par les opioïdes décroît rapidement au cours des deux premiers mois de la thérapie [114] et que les nausées et les vomissements s'atténuent au cours de la première semaine de traitement [118]. Cependant, la constipation s'améliore rarement sans une prise en charge adéquate [15, 81, 114, 117]. Différentes recommandations ont été publiées pour prévenir ou traiter les effets reliés aux opioïdes, en particulier les effets gastro-intestinaux et neurologiques. Ainsi, la prévention de la constipation est envisagée dès l'initiation de la thérapie à base d'opioïdes [12]. Chez les personnes âgées ou à risque de développer de la constipation, une attention particulière doit être portée à l'hygiène de vie, notamment par l'adoption d'un régime alimentaire riche en fibres et en liquides et par l'activité physique [15, 81]. Souvent, les interventions non pharmacologiques s'avèrent insuffisantes et un recours aux lavements, aux agents osmotiques et aux laxatifs est indispensable [15, 81, 117]. L'association d'un laxatif stimulant tel que le bisacodyl ou le senné et d'un émollient tel que le docusate est souvent indiquée [120]. Toutefois, l'utilisation prolongée des laxatifs stimulants est à éviter [15]. Dans les cas de constipation sévère, des opioïdes antagonistes comme la naloxone ou la méthylaltréxone pourraient offrir une solution au problème [15]. Toutefois, l'*American Pain Society* trouve qu'il y a un manque de preuves probantes pour soutenir cette recommandation [81].

Les antiémétiques sont recommandés durant la phase de titration initiale, étant donné que les nausées disparaissent au bout de quelques jours [15]. Les médicaments, sous forme orale et rectale, disponibles pour prévenir les nausées et les vomissements comprennent les antihistaminiques, l'halopéridol, le métoclopramide ou la prochlorpérazine [117]. La métoclopramide est le médicament de première intention pour la prévention ou le traitement des nausées secondaires aux opioïdes car il augmente également la motilité gastro-intestinale et présente un profil sécuritaire [15, 117].

Étant donné que la sédation est un effet qui apparaît seulement à l'initiation du traitement, on conseille aux patients d'éviter de conduire ou de travailler durant la phase de titration [81]. L'usage concomitant des médicaments sédatifs tels que les benzodiazépines chez des patients recevant un traitement opioïde à long terme n'est pas conseillé et devrait

être prescrit seulement lorsque vraiment nécessaire [15, 81]. Selon l'*American Pain Society*, il existe peu de données probantes pour recommander des traitements pharmacologiques contre la sédation [81]. Toutefois, des psychostimulants peuvent être utilisés tels que la méthylphénidate qui renforcerait, selon certaines données, l'activité analgésique des opioïdes [114].

Il est important que le clinicien assure le suivi continu et documenté des patients sous opioïdes surtout lors d'une thérapie à long terme [12]. Ceci inclut le suivi des « 4A » : *Analgesia* (analgésie), *Activities* (activités), *Aberrant behavior* (comportement aberrant) et *Adverse effect* (effet secondaire) [7, 15, 18]. Le suivi continu est essentiel pour identifier les patients qui bénéficient du traitement de ceux qui nécessitent une modification de leur plan thérapeutique suite à l'apparition d'intolérables effets secondaires ou de symptômes de dépendance [12]. Chez les patients à faible risque de dépendance et dont la dose d'opioïde est stable, un suivi tous les trois à six mois est suffisant selon les recommandations de l'*American Pain Society* [12]. Par contre, chez les patients à haut risque de dépendance, un suivi plus fréquent, voire hebdomadaire, est raisonnable [12]. Le suivi consiste en des évaluations régulières et documentées de la sévérité de la douleur, de l'atteinte des objectifs thérapeutiques fixés et de l'apparition des effets secondaires. Des méthodes de suivi telles que le dosage périodique des drogues dans les urines, le questionnaire des membres de la famille ou le recours à un programme de suivi des prescriptions peuvent s'avérer utiles [12, 15, 18]. Le tableau 3 résume les principales recommandations de la *Canadian Pain Society* pour l'usage des opioïdes dans le traitement de la DCNC [15].

Tableau 3 : Résumé des principales recommandations de la *Canadian Pain Society* pour l'usage des opioïdes dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse [7, 15].

Procéder à une évaluation initiale	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un examen physique et historique détaillé • Évaluer les impacts de la douleur • Revoir les évaluations précédentes et demander d'autres investigations si nécessaire • Évaluer les comorbidités
Établir un diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier le mécanisme neuropathique ou nociceptif sous-jacent à la douleur
Évaluer les aspects psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiquer les troubles psychologiques; la douleur entraîne une souffrance psychologique dont il faut tenir compte lors de la prise en charge
Évaluer les risques de dépendance	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les patients qui nécessitent une évaluation plus poussée. • Utiliser des outils d'évaluation validés
Évaluer l'intérêt d'un essai thérapeutique à base d'opioïdes	<ul style="list-style-type: none"> • Patients avec douleur modérée à sévère de type nociceptif, neuropathique ou mixte • Patients avec douleur légère à modérée rebelle aux autres analgésiques • Dans le cas de douleurs idiopathiques où un diagnostic ne peut être établi, l'essai des opioïdes nécessite un suivi prudent et des objectifs bien spécifiques
Établir un plan de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Le traitement opioïde à long terme devrait être documenté dans un plan détaillé qui prend en considération toutes les autres thérapies potentiellement appropriées pour ce patient
Identifier des objectifs réalistes et réalisables	<ul style="list-style-type: none"> • L'amélioration du contrôle de la douleur est un objectif raisonnable • Développer des objections concernant l'amélioration de l'état fonctionnel du patient • Échouer à réaliser tous les objectifs identifiés ne signifie pas l'échec thérapeutique

Obtenir un consentement éclairé du patient

- Discuter avec le patient des bénéfices et des risques de la thérapie incluant les effets secondaires possibles, le risque potentiel de dépendance, tolérance et du syndrome de sevrage en cas d'arrêt brusque du traitement. Discuter des précautions à prendre pour éviter les interactions médicamenteuses
 - Envisager un consentement écrit si le patient est à risque de non adhésion au traitement
-

7 Traitement de la DCNC : État des lieux

7.1 Usage des services de santé

Les patients qui souffrent de DCNC sont de fréquents utilisateurs des services de santé [10, 130-133]. L'Enquête nationale sur la santé de la population canadienne de 1994-1995 a révélé que les personnes atteintes de DC ont consulté un médecin quatre fois plus souvent que les patients sans DC (moyenne : 12,9 versus 3,8 consultations) [5, 10] et avaient des séjours d'hospitalisation plus longs (moyenne : 3,9 jours versus 0,7 jours) au cours de l'année précédente [5]. Une enquête danoise a rapporté que la moyenne annuelle d'hospitalisation est quatre à cinq fois supérieure chez cette clientèle [134].

Les patients atteints de DC sont souvent rencontrés en première ligne [6, 10]. Ceux-ci représentent 20% des patients suivis en première ligne [1, 6]. En Europe, 70% des patients qui souffrent de DC ont déjà consulté un médecin de famille pour leur douleur [21]. La pratique clinique des médecins de famille est rarement axée sur une approche multidisciplinaire et est centrée principalement sur la pharmacothérapie et les recommandations concernant l'adoption d'habitudes de vie appropriée [10]. Ils peuvent référer leurs patients vers d'autres professionnels de la santé tels que des physiothérapeutes et des médecins spécialistes [10]. Toutefois, plusieurs études ont rapporté le faible suivi au niveau de la deuxième et troisième ligne. Une étude américaine a été conduite au *Veterans*

Affairs Palo Alto Health Care System qui inclut un centre hospitalier universitaire de soins tertiaires et un groupe de cliniques de première ligne et spécialisés [135]. Les résultats indiquent que seulement 9% des ordonnances d'analgésiques étaient émises par des spécialistes [135]. Selon une étude réalisée dans 15 pays européens, seulement 2% des patients souffrant de DC depuis au moins six mois ont consulté un spécialiste de la douleur [21]. La DC représente donc un fardeau pour les soins de première ligne, particulièrement lorsque les ressources sont limitées et en période de pénurie.

Tel que clairement confirmé par l'*Agence d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé*, l'accès aux soins – surtout spécialisés – est une préoccupation majeure pour les patients souffrant de DCNC [10]. Lors d'une étude qualitative réalisée par Dewar et al. en Colombie Britannique, les patients souffrant de DC ont déclaré avoir de la difficulté à trouver des « *soins accessibles, efficaces et acceptables* » [10, 136]. L'accès aux soins serait plus difficile en régions rurales qu'urbaines. Un article, paru en 2009 concernant l'usage des analgésiques au Manitoba chez les personnes âgées [137] a démontré que les résidents des régions rurales surmontaient des défis quotidiens pour accéder aux services de santé en général, et recevoir des traitements analgésiques en particulier. Les délais d'attente pour des services spécialisés sont souvent longs [10]. L'enquête québécoise de Veillette et al. [138] a rapporté que 67% des patients en attente de leur premier rendez-vous dans un service hospitalier d'anesthésiologie avaient des délais d'attente de neuf mois et plus. Dans certains cas, ces délais d'attente contribueraient à chroniciser la douleur [10].

7.2 Usage des médicaments

Selon un rapport du *US Department of Health and Human Services* datant de 2001-2002, les médicaments analgésiques figurent parmi les médicaments les plus fréquemment prescrits ou renouvelés lors des visites médicales et aux services d'urgence aux États-Unis [139]. En 2006, un américain adulte sur cinq a reçu au moins une ordonnance

d'analgésique, soit 57 millions de personnes [140]. On estime qu'à tout moment, 7 millions de canadiens prennent des analgésiques [7].

Ce recours important à l'utilisation d'analgésique est observé le plus souvent chez les patients souffrant de DC : 63% des américains traités par des analgésiques le sont depuis plus de six mois. Parmi la population des vétérans américains souffrant de DC, les trois quarts ont au moins un analgésique prescrit [135]. Au Canada, le recours aux médicaments pour le traitement de la DC est tout aussi important. La moitié des patients souffrant de DCNC sont traités par des analgésiques prescrits notamment par leur médecin de famille [31]. En première ligne, les médecins émettent en moyenne 57 prescriptions d'analgésiques par mois à leurs patients atteints de DCNC [31]. Aux États-Unis, la prévalence des consultations en première ligne où un opioïde a été prescrit a augmenté de 41 pour 1000 visites à 63 pour 1 000 visites entre 1992 et 2001 [141]. Presque 95% de ces visites étaient reliés à des diagnostics de DCNC [141]. Au Canada, l'étude de Moulin et al. [1] a révélé que 49% des répondants ayant rapporté souffrir de DC prenaient un ou plusieurs agents anti-inflammatoires prescrits par leur médecin, 22% prenaient des opioïdes – notamment la codéine (15%) – et 18% des analgésiques adjuvants. Des données similaires ont été obtenues en Europe. Les analgésiques les plus fréquemment prescrits sont les AINS (44% des patients avec DC), les opioïdes (opioïdes faibles 23% et opioïdes forts 5% des patients) [21]. Toutefois, des disparités entre les pays européens ont été rapportées concernant la prescription des opioïdes forts (entre 0% dans certains pays du sud de l'Europe et 12% au Royaume-Uni et en Irlande) [21].

La douleur est le symptôme le plus fréquemment traité par les médicaments en vente libre. Ces analgésiques sont essentiellement des AINS, de l'acétaminophène ou d'autres produits comme la glucosamine ou la chondroïtine [142]. Approximativement, 42% des adultes aux États-Unis souffrant de douleurs quotidiennes s'auto-médamentent pour soulager leurs douleurs [142]. Selon une étude descriptive réalisée dans une région rurale du Michigan [143], 75% des personnes avec douleurs ont recours aux analgésiques en vente libre, et le tiers prennent plus qu'un médicament et/ou produit naturel. Il a été rapporté que

les analgésiques en vente libre sont utilisés par 20% à 30% des individus de 65 ans et plus [142, 144]. Une étude ayant comparé l'usage des produits en vente libre pour la douleur dans une région rurale au Canada à celui des habitants d'une région rurale aux États-Unis [145], a rapporté que les Canadiens sont moins soulagés par leur automédication que les Américains. En outre, 33% et 20% des participants Canadiens et Américains, respectivement, ont rapporté ne pas avoir informé leur médecin de famille de ce recours aux analgésiques en vente libre [145]. Tenant compte du risque élevé d'interactions médicamenteuses et d'effets secondaires potentiels suite à l'usage d'analgésiques en vente libre, l'*American Chronic Pain Association* recommande fortement aux patients de discuter de leur usage avec le médecin de famille, surtout dans le cas de prise concomitante d'analgésiques prescrits [146].

7.2.1 Dilemmes et controverses

Plusieurs études ont indiqué que la DCNC et les comorbidités associées demeurent sous-traitées ou que le traitement est sous-optimal [1, 10, 41, 60, 82, 137, 147, 148].

Le choix de l'analgésique et le contrôle de la douleur ne sont pas toujours optimaux, particulièrement chez les patients souffrant de douleur neuropathique [147-149]. Selon des données de 2002, le quart des patients canadiens ne recevraient pas d'analgésiques adjuvants (antidépresseurs et anticonvulsivants) et seraient traités avec de l'acétaminophène ou un AINS, et ce malgré un taux élevé d'insatisfaction de la plupart de ces patients face à l'efficacité de leur traitement [12, 18, 148].

Bien que leur potentiel de toxicité soit connu, les AINS sont largement utilisés et prescrits, particulièrement chez les personnes âgées [13, 69]. Une large étude de cohorte danoise, ayant regroupé 107 092 patients qui venaient d'être hospitalisés pour une première défaillance cardiaque, a rapporté que 34% des patients se sont vus prescrire au moins un AINS après leur congé de l'hôpital [150]. Ces résultats suggèrent une prévalence élevée

d'usage inapproprié d'AINS chez ces patients à risque [150]. D'autre part, les effets gastro-intestinaux ne sont pas suffisamment prévenus et traités. Une récente étude française a rapporté que chez des patients à haut risque de toxicité gastro-intestinale, 40% ne bénéficiait d'aucune protection gastrique [151].

D'autre part, plusieurs controverses persistent concernant l'usage chronique des opioïdes pour le traitement de la DCNC. Largement acceptés pour traiter les douleurs d'origine cancéreuse ainsi que les douleurs aiguës et sévères, l'usage des opioïdes chez les patients souffrant de DCNC ne fait pas l'unanimité. Les données relatives à l'efficacité des opioïdes dans le traitement de la DCNC dans la littérature sont conflictuelles [152]. Tel que rapporté précédemment, bon nombre d'essais cliniques ont démontré l'efficacité des opioïdes dans le traitement des douleurs lombaires chroniques, des douleurs associées aux maladies musculosquelettiques telles que l'arthrose, et diverses neuropathies périphériques. Toutefois, l'*American Geriatrics Society* dénonce le manque de données empiriques pour documenter l'efficacité d'un usage à long terme des opioïdes parmi tous les groupes d'âge, en particulier chez les personnes âgées [13]. Une récente méta-analyse [153] confirme d'ailleurs que l'évaluation de l'efficacité de l'usage prolongé des opioïdes est limitée en termes de quantité et de qualité. Dans le cadre des essais cliniques, le suivi n'est pas suffisamment long pour bien évaluer l'innocuité à long terme [154]. On craint les effets secondaires à long terme non clairement établis tels que les effets immunologiques et hormonaux, ainsi que des conséquences et risques potentiels de tolérance, de dépendance physique et psychologique et d'abus [135]. Dans ce contexte, l'*American Society of the Interventional Pain Physicians* conclut que seuls les opioïdes utilisés à court terme sont efficaces et sécuritaires [18].

8 Croyance et attitudes face à la douleur et son traitement

8.1 Connaissances, croyances et attitudes des cliniciens

La DC représente un problème majeur pour les intervenants de la première ligne. Bon nombre de médecins considèrent que le traitement de la DCNC est inadéquat et jugent que la moitié de leurs patients reçoivent un traitement sous-optimal [155-157]. Parmi les barrières qui se dressent face à l'optimisation de la prise en charge de la DCNC, certaines sont associées aux connaissances et croyances des cliniciens.

Les cliniciens de première ligne ont souvent soulevé la nécessité de formation continue concernant les techniques d'évaluation de la douleur, les diagnostics différentiels des syndromes douloureux et les recommandations des guides de pratique clinique [155-158]. Dans le cadre du Programme ACCORD, les connaissances et les attitudes des médecins de familles et des pharmaciens communautaires des patients de notre cohorte ont été évaluées. Des lacunes importantes ont été identifiées chez les médecins et la pharmaciens [159] et tous (110 pharmaciens et 137 médecins de familles) ont exprimé leur besoin d'une formation continue.

Par ailleurs, les croyances personnelles des cliniciens concernant la douleur et son traitement influencent grandement leurs choix thérapeutiques. Bon nombre de cliniciens sont réticents à prescrire les opioïdes pour le soulagement des DCNC modérées à sévères [155, 157]. Leur réticence à prescrire des doses élevées d'opioïdes ou une thérapie à long terme a été clairement rapportée dans l'étude de Ponte et Johnson-Tribino [155] auprès des médecins de famille du l'Ouest de la Virginie. Selon une récente étude qualitative américaine [160] certains médecins traitent leurs patients qui souffrent de DCNC comme s'ils souffraient de douleurs aiguës passagères. Cette attitude a souvent pour origine l'inquiétude face aux effets secondaires potentiels reliés à l'usage de ces analgésiques, particulièrement le risque de dépendance [31]. À plusieurs reprises [155, 157, 161, 162], les

cliniciens ont rapporté que bon nombre de leurs patients sous opioïdes ont déjà expérimenté des épisodes de dépendance reliés à leur traitement. Les répercussions réglementaires et la charge administrative associée à la documentation de la prescription des opioïdes et du suivi continu des patients limitent aussi l'usage de ces analgésiques [31, 155]. Breuer et al.[163] ont rapporté que presque 30% des médecins de famille participants ont admis prescrire moins d'opioïdes qu'ils ne le pensent adéquat à cause des contraintes légales. De même, la plupart des médecins de famille participants à l'étude de Nwokeiji et al. [164] étaient convaincus que la prescription des opioïdes à longue durée d'action, quoique efficace pour la DCNC, a pour conséquences des contrôles réglementaires accrus.

8.2 Barrières, préjugés et croyances des patients

Les croyances et attitudes font partie des facteurs psychosociaux associés à la survenue, au maintien et au renforcement du processus douloureux chronique [9, 19]. Les faibles attentes de soulagement ainsi que le sentiment de peur et la dramatisation de la douleur ont été rapportées comme d'importants prédicteurs de passage à la chronicité [20, 165]. La perception de la douleur lombaire chronique a été identifiée comme un meilleur indicateur de l'incapacité fonctionnelle que les désordres psychologiques tels que la dépression [9]. Le poids des notions d'appréhension-évitement et croyances est plus important que celui des facteurs physiques et mécaniques [19, 20]. Les patients portent généralement un regard pessimiste sur la douleur, en particulier en cas de douleur lombaire. Cette attitude est due particulièrement à la mauvaise compréhension de la douleur et de son traitement qui va à l'encontre de certaines recommandations cliniques basées sur des données probantes. Ainsi, malgré les recommandations concernant l'importance de maintenir un certain niveau d'activité physique en cas de douleurs lombaires, de nombreux patients croient en l'importance d'un repos total [20, 166].

Plusieurs études ont identifié une association entre les perceptions de la maladie surtout chronique et les issues cliniques [166, 167]. Dans l'étude de Foster et al. [166], les

patients avec douleurs lombaires qui pensaient que leur douleurs étaient incontrôlables, n'allaient jamais s'améliorer et qu'aucune médication n'était efficace, avaient plus tendance à démontrer une faible réponse clinique. D'autres études se sont penchées sur les répercussions des croyances et attitudes face aux médicaments [9, 168, 169]. Elles ont démontré que ces croyances sont prédictives de certains comportements face au traitement tels que l'adhésion ainsi que des résultats des traitements [9, 168, 169]. Une étude suédoise transversale [168] a confirmé cette relation sans, pour autant, pouvoir l'établir clairement. L'étude a rapporté qu'en croyant en l'effet néfaste des médicaments, la probabilité d'adhésion décroît de 54%. Toutefois, plusieurs de ces études ont montré un niveau de qualité méthodologique faible à modéré [22, 170].

9 Satisfaction des patients

La satisfaction des patients face à leur traitement nous indique dans quelle mesure le traitement répond « aux attentes, souhaits et désirs des clients » [22, 171]. La mesure de la satisfaction face au traitement est un indicateur de la perception du patient quant à l'efficacité de sa pharmacothérapie et du bien-fondé du choix de la médication [171, 172] et représente un moyen pour quantifier et améliorer la qualité des soins fournis [22]. Dans ce contexte, l'*Organisation Mondiale de la Santé*, l'*American Pain Society* [173] et la *US Agency for Health care Research and Quality* ont recommandé et encouragé l'évaluation de la satisfaction des patients face au traitement de la douleur [171]. Toutefois, en douleur en particulier, la satisfaction reste d'interprétation complexe et difficile [22, 171]. D'une part, c'est une mesure subjective personnelle qui dépend essentiellement des attentes du patient concernant son traitement. D'autre part, c'est une mesure multidimensionnelle qui ne reflète pas seulement l'efficacité du traitement et le soulagement de la douleur [22]. En effet, selon la perspective du patient, la satisfaction tient compte de l'accessibilité et continuité des soins, de la compétence et la fiabilité des cliniciens, du partage des informations concernant la douleur et le traitement, du niveau de sympathie et d'empathie des cliniciens traitants, et du rapport coût efficacité du traitement [22]. De ce fait, ignorer

les différents aspects de la satisfaction et la réduire en une simple et unique composante/structure générale paraît inapproprié [22] et peut entraîner des variations au niveau de la mesure de satisfaction [171].

À quelques exceptions près, la qualité et la quantité des données sur la satisfaction des patients en DC est pauvres dans la littérature [171]. Peu d'outils de mesure ont fait l'objet de validation de leurs paramètres psychométriques, en particulier chez les patients qui souffrent de DC [171]. De ce fait, les données existantes concernant la satisfaction des patients sont souvent contradictoires et la comparaison directe entre les résultats est difficile en raison des différences méthodologiques entre les études, en particulier l'échelle de mesure utilisée [21, 22, 171]. Dans une étude descriptive chez des patients souffrant de douleur lombaire chronique, Hirsh et al. [22] ont rapporté que le niveau de satisfaction général était élevé et que la satisfaction face à la qualité des soins était significativement plus élevée que celle face à la qualité du traitement. Par contre, Breivick et al. [21], en décrivant la DCNC chez des patients de 15 pays de l'Europe, ont rapporté que bon nombre des participants ont exprimé de l'insatisfaction face à l'efficacité de leur traitement ainsi que face au médecin qui traite leur douleur.

Evans et al. [171] ont publié en 2004 une échelle de mesure de la satisfaction chez des patients avec DC et ont mesuré ses propriétés psychométriques [171]. Cette échelle traite de la satisfaction comme une mesure continue tenant compte de cinq dimensions différentes : la satisfaction face à la médication actuelle – incluant les caractéristiques du médicament et son efficacité telle que perçue par les patients – l'efficacité face aux soins médicaux, à l'impact de la médication, à l'information sur la douleur et son traitement et, finalement, face aux effets secondaires associés aux analgésiques utilisés [171].

10 Pertinence de l'étude

Depuis longtemps considérée comme un symptôme, la DCNC est un syndrome clinique à part entière associé à des effets délétères. Le portrait que nous offre la littérature de la DCNC est alarmant. La DCNC est prévalente, notamment en première ligne où l'on traite la majorité des patients atteints de maladies chroniques [1, 6, 174]. Au Canada et au Québec, une personne sur cinq en souffre [1, 2]. Son impact psychosocial est important puisque détresse psychologique, trouble du sommeil et réduction de l'autonomie fonctionnelle font partie du quotidien de ces patients. L'impact économique se traduit par des coûts directs élevés relatifs au recours au système de santé et des coûts indirects tout aussi importants relatifs à l'absentéisme et à la réduction de la productivité au travail.

Différentes controverses et dilemmes caractérisent la prise en charge de la DCNC. Malgré l'existence de guides de pratiques cliniques entourant le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, la DCNC demeure trop souvent traitée de façon sous-optimale et non suffisamment soulagée [21, 175]. Beaucoup de cas de douleur sont non adéquatement traités et les effets indésirables dus aux analgésiques non prévenus. Craintes, barrières et réticences face à la douleur et son traitement sont exprimés non seulement par les patients mais aussi par les cliniciens. On peut s'attendre à un taux de satisfaction faible. Toutefois, peu de données sont disponibles dans la littérature.

Devant ce constat, l'Agence d'Évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé recommande que « la douleur chronique soit reconnue comme un problème de santé chronique majeur et que des ressources y soient allouées en conséquence » [10]. L'agence rajoute que la prestation des services destinés aux patients souffrant de DC au Québec devrait être encadrée par un modèle multidisciplinaire à tous les niveaux de soins [10].

Le Programme ACCORD (Application Concertée des Connaissances et Ressources en Douleurs) vient s'inscrire dans cette perspective d'amélioration de la prise en charge des patients qui souffrent de DCNC. Un des objectifs de ce programme est d'élaborer et soutenir des stratégies de formation pour les cliniciens de la première ligne afin de favoriser des pratiques fondées sur des données probantes et centrées sur le patient. L'approche basée sur la collaboration interprofessionnelle que tend à mettre sur pieds le Programme ACCORD débute nécessairement par une description approfondie de la situation actuelle de la DCNC en première ligne au Québec. Ce portrait, ainsi dressé, servira de guide pour l'élaboration du nouveau modèle de soins ainsi que de base comparative pour son évaluation.

Malheureusement, dans la littérature actuelle, peu d'études descriptives ont été orientées vers la DCNC, comparativement à celles qui ont dressé le portrait de la DC en général – en omettant d'exclure l'origine cancéreuse – ou bien celles qui sont spécifiques à des conditions de douleurs précises, telles que les douleurs lombaires ou cervicales chroniques, ou une pathologie particulière associée à la douleur telle que l'arthrose ou les neuropathies. D'autre part, peu d'études ont dressé un portrait global de la DCNC au Québec et rapporté des données récentes et actualisées.

Pour pallier ce manque d'informations, dans le cadre du Programme ACCORD, une cohorte de patients souffrant de DCNC et suivis en première ligne a été constituée afin de décrire l'usage des analgésiques, la prévalence et le traitement des effets secondaires des analgésiques utilisés, la satisfaction ainsi que les croyances et attitudes des patients face à la douleur et son traitement.

11 Contribution à l'étude

En tant qu'étudiante à la maîtrise j'ai eu l'occasion de collaborer à toutes les étapes de la réalisation de cette étude. Plus spécifiquement, j'ai participé à :

- à la rédaction du protocole de recherche, notamment au niveau de la revue de littérature et l'élaboration des objectifs qui concernent le traitement de la DCNC, ses effets secondaires et la satisfaction des patients face à leur traitement.
- à l'échantillonnage des pharmacies et à la création des documents nécessaires au recrutement des pharmacies et des patients, tels que les questionnaires à l'intention des patients ainsi que les dépliants et affiches résumant l'étude.
- au recrutement des pharmacies et des patients;
- à la collecte des données auprès des patients et des pharmaciens. J'ai réalisé de nombreuses entrevues téléphoniques avec les patients de l'étude et géré la réception des questionnaires auto-administrés.
- au classement des documents de l'étude tels que les formulaires de consentement et les questionnaires en respectant les exigences du comité d'éthique en ce qui concerne la confidentialité des données.
- à la saisie et au nettoyage des données recueillies

J'ai été responsable de concevoir et réaliser mes analyses statistiques. J'ai rédigé l'article pour la publication.

Objectifs

1 Objectif général

Décrire l'usage des médicaments pour le soulagement de la douleur et le contrôle des effets secondaires associés aux analgésiques chez des patients atteints de DCNC et suivis en première ligne.

2 Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, nous nous proposons de décrire, chez les patients souffrant de DCNC et suivi en première ligne :

- 1- les caractéristiques cliniques et psychosociales des patients;
- 2- le traitement de la DCNC incluant les analgésiques prescrits, en vente libre et les produits naturels;
- 3- la prévalence des effets secondaires potentiellement attribuables aux analgésiques tels que les effets gastro-intestinaux, cutanéomuqueux et sur le système nerveux;
- 4- le traitement de la constipation, des nausées et/ou des vomissements, et des douleurs et/ou brûlures d'estomac chez tous les patients à l'étude ainsi que chez les patients sous opioïdes, et ceux sous AINS;
- 5- la satisfaction des patients de l'étude face à leur traitement analgésique;
- 6- les barrières, les préjugés et les croyances face à la douleur et son traitement.

Méthodologie

1 Devis de recherche

Dans le cadre du volet « *Soins de première ligne* » du Programme ACCORD, un programme d'Application Concertée des Connaissances et Ressources en Douleur financé par les Instituts de recherche en santé du Canada, une étude de cohorte a été réalisée afin de dresser le portrait de la DCNC en première ligne. Ce mémoire vise spécifiquement à décrire l'usage des analgésiques et la gestion de leurs effets secondaires chez les patients de cette cohorte au cours de l'année précédant leur recrutement à l'étude.

Afin de constituer cette cohorte, des pharmacies communautaires ont été sélectionnées aléatoirement sur le territoire du RUIS de l'Université de Montréal. Chaque pharmacie devait identifier entre 10 à 15 patients consécutifs souffrant de DCNC et ayant une ordonnance active d'un médecin de famille pour des analgésiques. Au total, 600 patients devaient être recrutés. Les patients admissibles et ayant consenti à participer ont complété un questionnaire auto-administré et une entrevue téléphonique. Les médicaments délivrés durant l'année précédant le recrutement ont été documentés grâce aux registres de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et aux dossier-patient des pharmacies.

Cette étude a été approuvée par le Comité scientifique et d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Laval. Les pharmaciens ont reçu une compensation financière de 50\$ par patient recruté. Les patients, quant à eux, ont reçu une compensation de 25\$ pour avoir répondu au questionnaire et à l'entrevue téléphonique.

Le devis descriptif de cette étude était approprié pour dresser le portrait actuel de la prise en charge pharmacologique des patients souffrant de DCNC et suivis en première ligne, tout en respectant les échéanciers prévus et les contraintes monétaires. Le

recrutement s'est déroulé dans les six régions socio-sanitaires (RSS) qui composent le RUIS de l'Université de Montréal, à savoir la Mauricie (incluant le Centre du Québec), l'est de l'Île de Montréal, Laval, Lanaudière, les Laurentides et le nord-est de la Montérégie. Ce territoire regroupe trois millions de Québécois, soit 40% de la population québécoise, et plus de 5 000 professionnels de la santé [176]. Cette répartition géographique des pharmaciens et des patients participants améliore la validité externe de l'étude. Cependant, nous devons également souligner que l'identification des patients à l'étude était assurée par les pharmaciens communautaires et n'était pas sous le contrôle direct des agents de recherche. Bien que les pharmaciens aient reçu la consigne de recruter 10 - 15 patients consécutifs, il est possible qu'ils aient sélectionné leurs participants à l'étude. Ainsi, les pharmaciens ont pu être plus enclins à recruter des patients souffrant de douleur particulièrement sévère et qui se présentent fréquemment à la pharmacie. D'autre part, nous n'avons pas pu documenter les caractéristiques des patients qui ont été sollicités par les pharmaciens et qui ont refusé de participer, ainsi que ceux qui ont reçu une ordonnance d'analgésiques mais qui ont choisi de ne pas aller chercher leurs médicaments à la pharmacie.

D'autre part, plusieurs éléments ont permis de maximiser la validité interne des résultats :

- Les questionnaires ont été développés de manière à faciliter la tâche des patients; pour la majorité des questions, un choix de réponse était présenté. De plus, les questions ont été réparties en deux courts questionnaires (environ 30 minutes chacun), un téléphonique et un auto-administré. Ainsi, nous avons pu alléger le fardeau des participants et diminuer le biais d'attrition.
- Les questions qui nécessitaient un effort de mémorisation portaient sur une courte période de temps (sept jours pour documenter l'impact de la douleur sur la vie quotidienne, un mois pour documenter l'état du sommeil du patient et six mois pour décrire son recours aux médicaments de vente libre et aux produits naturels), ce qui a contribué à améliorer la qualité de l'information collectée.

- Les questionnaires téléphonique et auto-administré ont été préparés à partir d'outils de mesure validés ayant fait l'objet d'évaluation de leurs paramètres psychométriques et qui ont été déjà utilisés dans la littérature [171, 177-179].
- Le recours aux registres de la RAMQ pour documenter la pharmacothérapie des patients à l'étude a permis d'obtenir une liste exhaustive de tous les médicaments remboursés par la RAMQ et délivrés durant l'année qui a précédé l'entrée à l'étude des patients. Ces banques contiennent les informations sur les services pharmaceutiques. La banque des services pharmaceutiques renferme des informations sur les médicaments remboursés dont les codes de dénomination commune, le dosage, la forme, le code de renouvellement, le code de substitution, le type de prescription, la quantité de médicament, et la date du service. Les codes de dénomination commune sont très importants pour identifier les médicaments réclamés par la personne assurée. Nous pouvons également trouver dans cette banque le numéro brouillé, la classe et la spécialité du professionnel prescripteur.
- Le dossier-patient des pharmacies a permis de documenter l'usage des analgésiques chez les patients qui n'étaient pas assurés par la RAMQ. Ceci nous a permis d'inclure cette catégorie de patients dans l'étude. Considérant que 85% [180, 181] des patients se procurent leurs médicaments d'ordonnance à une seule pharmacie, cette source d'information est relativement complète et préférable à la documentation de la pharmacothérapie telle que rapportée par les patients.
- La documentation de la prise des médicaments en vente libre pour le traitement de la douleur, de la constipation, les nausées et/ou vomissements et les brûlures d'estomac a permis de compléter la description de la prise en charge thérapeutique de la DCNC. Étant donné que cette information ne figure pas dans le registres de la RAMQ, et pas de façon régulière dans le dossier-patient à la pharmacie, cette mesure a été obtenue grâce à des questions claires et concises dans le questionnaire téléphonique.

Toutefois, certaines limites de l'étude ont pu minimiser la validité interne des résultats :

- Certaines variables comme l'intensité de la douleur ou l'interférence de la douleur dans la vie quotidienne sont subjectives et ne peuvent pas être quantifiées avec certitude étant donné que la douleur en elle-même est une sensation subjective, ce qui pourrait diminuer la précision des informations recueillies. Toutefois, afin de pallier à cette lacune, seuls des questionnaires bien validés ont été utilisés.
- Les causes de DCNC ont été rapportées par le patient lors de l'entrevue téléphonique et pourraient être différentes des diagnostics médicaux.
- Le recours aux données de la RAMQ et aux dossiers-patients des pharmacies communautaires ne nous a pas permis de connaître les indications réelles de prescriptions de certains médicaments tels que les analgésiques adjuvants (antidépresseurs, anticonvulsivants), ce qui a pu surestimer l'usage de ces médicaments.
- Les patients n'avaient pas nécessairement leurs médicaments achetés en vente libre entre les mains au moment du questionnaire téléphonique. Ce qui a pu entraîner l'oubli de certains médicaments pris au courant des six derniers mois.

2 Population à l'étude

2.1 Constitution du plan d'échantillonnage

Le RUIS de l'Université de Montréal est subdivisé en six RSS : la Mauricie (incluant le Centre du Québec), l'est de l'Île de Montréal, Laval, Lanaudière, les Laurentides et le nord-est de la Montérégie. En utilisant l'Atlas de la Santé et des Services sociaux du Québec [182], il a été possible de répertorier les pharmacies communautaires réparties sur le territoire du RUIS de l'Université de Montréal. Ce dernier inclut 563 pharmacies

(données du Répertoire des ressources en Santé et des Services sociaux en date du 18 octobre 2008) [182]. Nous avons exclu les pharmacies dans les centres hospitaliers. De plus, afin de compléter la liste, nous avons eu recours au recensement des succursales des principales bannières de pharmacies communautaires telles que Jean Coutu, Pharmaprix, Uniprix, Proxim, Familiprix, Brunet, Clinique Santé et Clini Plus. Dans chacune des régions, les pharmacies ont été ordonnées aléatoirement, ce qui a constitué notre plan d'échantillonnage.

2.2 Échantillonnage

Les pharmacies communautaires ont été aléatoirement sélectionnées dans chacune des RSS et invitées à participer à l'étude. Nous avons recensé 499 pharmacies communautaires dans le RUIS de l'Université de Montréal. Notre objectif était de recruter 60 pharmacies, soit 12% du nombre total de pharmacies dans le RUIS. Ainsi, dans chaque région, 12% des pharmacies de la région ont été échantillonnées. En respectant notre plan d'échantillonnage, les pharmacies ont été invitées à participer à l'étude jusqu'à ce que le nombre pharmacies participantes visé ait été atteint. Toutefois, au cours de l'étude, pour compenser les pharmacies n'ayant pas recruté le nombre attendu de patients, d'autres pharmacies ont été sollicitées, en respectant toujours notre plan d'échantillonnage.

2.3 Recrutement des pharmacies communautaires

Pour participer à l'étude, la pharmacie communautaire devait être localisée dans l'un des six RSS du RUIS de l'Université de Montréal et avoir été sélectionnée selon le plan d'échantillonnage présenté.

Le pharmacien propriétaire devait consentir à participer. Par la suite, chaque pharmacien d'une même pharmacie était sollicité. Ceux qui étaient intéressés devaient

signer un formulaire de consentement et s'engager à recruter ensemble un total de 10 à 15 patients consécutifs admissibles et ayant acceptés de participer à l'étude. Les coordonnées de ces patients étaient envoyées par télécopieur à l'équipe de recherche.

2.4 Recrutement des patients

Le pharmacien était responsable d'établir l'admissibilité des patients. Les patients étaient admissibles s'ils répondaient aux critères suivants :

- être âgé entre 18 ans et 65 ans;
- être un patient de la pharmacie participante depuis au moins un an;
- rapporter un problème de DCNC depuis au moins six mois;
- ressentir la DCNC au moins deux fois par semaine;
- rapporter un niveau de douleur d'au moins 4 sur une échelle de 0 à 10 où 0 représente « aucune douleur » et 10 représente « la pire douleur possible »;
- avoir une ordonnance active d'un médecin de famille pour un ou plusieurs médicaments pour soulager la DC parmi les suivants (ANNEXE I) :
 - *acétaminophène*;
 - *anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS)*, incluant les dérivés de l'acide acétique (ex. : diclofenac, indométhacine, kétorolac), les dérivés de l'acide propionique (ibuprofène, kétoprofène, naproxène), les oxicams (piroxicam, méloxicam), les fénamates (acide méfénamique), les inhibiteurs de la cyclo-oxygénase 2, les dérivés de l'acide acétylsalicylique. Les dérivés de l'acide acétylsalicylique utilisés à très petites doses en prévention cardiovasculaire sont exclus.
 - *anticonvulsivants*, incluant les analogues de l'acide gamma-aminobutyrique (ex. : la gabapentine, la prégabaline), les dérivés de l'iminostilbène (carbamazépine et son analogue l'oxcarbazépine), les dérivés de l'acide

carboxylique (ex. : acide valproïque), les autres anticonvulsivants (ex. : lamotrigine, topiramate);

- *antidépresseurs*, incluant les anti-dépresseurs tri ou tétracycliques (ex. : amitriptyline, nortriptyline, clomipramine, imipramine, désipramine) inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ex. : fluoxétine, paroxétine, sertraline, citalopram, trazodone), les inhibiteurs de la recapture de sérotonine et de la noradrénaline (ex. : venlafaxine, duloxétine) et les autres antidépresseurs (ex. : bupropion);
- *relaxants musculaires*, incluant les benzodiazépines (diazépam, tétrazépam) les analogues antihistaminiques (ex. : citrate d'orphénadrine), les dérivés de l'acide carbamique (ex. : méthocarbamol), les agonistes de l'acide gamma-aminobutyrique (ex. : baclofen), les myorelaxants à action centrale (ex. : cyclobenzaprine), les dépresseurs du système nerveux central (ex. : chlorzoxazone); les autres relaxants musculaires (thiocolchicoside).
- *opioïdes*, incluant les dérivés benzomorphiques (ex. : pentazocine), les dérivés de la diphénylpropylamine (ex. : propoxyphène, méthadone) et du morphinan (ex. : oxycodone), les alcaloïdes morphiniques naturels (ex. : codéine, morphine) et semi-synthétiques (ex. : hydromorphone) et les dérivées de la phénylpipéridine (ex. : fentanyl, mépéridine); les dérivés synthétiques (ex. : méthadone) et les analgésiques à action centrale (ex. : tramadol); les cannabinoïdes synthétiques (ex. : nabilone, dronabinol) et naturels (ex. : Sativex®: mélange tétra-hydrocannabinol et cannabidiol);

- parler et comprendre le français ou l'anglais;
- accepter de participer à l'étude et signer le formulaire de consentement.

Les patients qui répondaient à un ou plusieurs des critères suivants n'étaient pas admissibles :

- être âgé de moins de 18 ans;
- rapporter une DCNC depuis moins de six mois;

- rapporter une DC d'origine cancéreuse;
- être un patient de la pharmacie participante depuis moins d'une année ;
- ne rapporter que des problèmes de migraine ou de céphalée chronique;
- de l'avis du pharmacien communautaire, avoir un problème de démence, un désordre psychiatrique majeur ou un autre problème de santé empêchant l'obtention d'un consentement éclairé de la part du patient et/ou la réalisation d'une entrevue téléphonique.

Le pharmacien expliquait brièvement l'étude au patient. Si le patient était intéressé, le pharmacien lui remettait une trousse incluant un dépliant présentant l'étude, deux copies du formulaire de consentement et un questionnaire à compléter à la maison. De plus, les coordonnées du patient étaient télécopiées au personnel de recherche. Pour chacun des patients à l'étude, la date index est la date de signature du formulaire de consentement.

3 Variables à l'étude

3.1 Collecte des données

Les variables à l'étude ont été documentées grâce à un questionnaire téléphonique, un questionnaire auto-administré, les fichiers de la RAMQ et les dossiers-patients des pharmacies communautaires.

Le *questionnaire téléphonique* était administré par un agent de recherche et était d'une durée approximative de 30 minutes (ANNEXE II: Questionnaire téléphonique). Ce questionnaire était destiné à évaluer :

- les caractéristiques de la douleur : durée, fréquence, localisations, causes, type et intensité (15 questions, sections A, B et D);

- l'impact de la douleur sur les activités quotidiennes (10 questions section C) et sur la qualité du sommeil (5 questions, section E);
- l'invalidité et l'absentéisme au travail (3 questions, section F);
- le recours aux médicaments en vente libre (3 questions, section G);
- l'usage des techniques non pharmacologiques (25 questions, section H);
- les professionnels de la santé consultés durant les six derniers mois (25 questions, section I) ;
- les comorbidités à la douleur (21 questions, section J);
- les caractéristiques démographiques et sociales des patients (13 questions, sections K et L).

Pour les fins de ce projet, seules les informations recueillies aux sections A, B, C, D, E, G, I, J et K ont été utilisées.

Le *questionnaire auto-administré* était remis au participant par le pharmacien communautaire et exigeait environ 30 minutes pour être complété (ANNEXE III: Questionnaire auto-administré). Ce questionnaire était destiné à évaluer :

- l'attitude du patient face à sa douleur (14 questions, section A);
- ses barrières, préjugés et croyances face au traitement de la douleur (27 questions, section B);
- le niveau de dépression et d'anxiété (14 questions, section C);
- la satisfaction des patients face à leur traitement, aux effets secondaires et aux soins médicaux (39 questions, sections D à H).

Les banques de données de la RAMQ et les dossiers-patients des pharmacies communautaires ont permis de documenter la pharmacothérapie de la douleur et les effets secondaires fréquemment associés aux médicaments antidouleurs. Ces dossiers comportent toutes les ordonnances actives et inactives durant l'année précédant la date index (signature

du formulaire de consentement par le patient). Les données relatives aux médicaments délivrés pour le traitement de la douleur et le soulagement ou la prévention des effets gastro-intestinaux (constipation, nausées et/ou vomissements et brûlures et/ou douleurs d'estomac) associés aux analgésiques ont été extraites. Le recours aux dossiers-patients des pharmacies était important pour les patients qui n'étaient pas assurés par la RAMQ pour leur médication. En effet, seulement 43% des Québécois âgés entre 45 et 65 ans, et à peu près 94% des Québécois de plus de 65 ans bénéficient du régime provincial public d'assurance des médicaments prescrits.

3.2 Caractéristiques démographiques

Lors de l'entrevue téléphonique, les variables suivantes ont été documentées pour chacun des patients à l'étude : sexe, âge, langue maternelle, groupe ethnique, niveau de scolarité, statut civil, statut d'emploi actuel et revenu familial avant impôts.

3.3 Caractéristiques cliniques des patients

Lors de l'entrevue téléphonique, les patients ont décrit leur douleur. Si le patient souffrait de plus d'un syndrome de DCNC, nous lui demandions de considérer celui qui l'incommodait le plus. Les patients ont évalué sur une échelle de 0 à 10 (où 0 représente « *pas de douleur* » et 10 « *la pire douleur possible* ») l'intensité de leur douleur en moyenne au cours des sept derniers jours, la pire douleur ressentie au cours des sept derniers jours et la douleur au moment de l'entrevue téléphonique. Ils ont rapporté la durée depuis l'apparition de leur douleur, ainsi que la fréquence à laquelle ils ont ressenti de la douleur au cours des sept derniers jours (« *continuellement* », « *occasionnellement* » et « *jamais* »). Les sites et les causes de douleur étaient rapportés par les patients en réponse aux questions suivantes : « *À quels endroits avez-vous mal habituellement?* » et « *Je vais vous lire une liste de diagnostics qui pourraient être à l'origine de votre douleur. S'il vous*

plaît, arrêtez-moi chaque fois que je nomme un diagnostic qui correspond à votre condition. ». (ANNEXE II questionnaire téléphonique)

3.4 Caractéristiques psychologiques et sociales

Dans les questionnaires téléphonique et auto-administré, les variables suivantes ont été décrites en utilisant des outils de mesure validés : l'impact fonctionnel de la douleur, l'impact de la douleur sur la qualité du sommeil, le niveau de dépression et d'anxiété ainsi que le niveau de satisfaction des patients face à leur traitement et aux soins médicaux.

Impact fonctionnel de la douleur : Le questionnaire téléphonique incluait les dix questions du *Modified Brief Pain Inventory* [183] dont l'objectif est d'évaluer l'impact de la douleur sur les habilités fonctionnelles sur une période d'une semaine. Les questions décrivent spécifiquement l'humeur, la mobilité, le travail habituel, les relations avec les autres, le sommeil, la joie de vivre, les soins personnels, les activités récréatives et les activités sociales. Chaque question est codée en utilisant une échelle numérique de 0 à 10 où 0 représente « *n'interfère pas* » et 10 « *interfère complètement* ». Le score global est la moyenne des scores de chaque item. Un score élevé indique un impact important. Trois questions ont été ajoutées à l'échelle originale (*The Brief Pain Inventory*) [177] : impact de la douleur sur les soins personnels, les activités récréatives et les activités sociales [183]. L'échelle originale a démontré une très bonne fiabilité inter-items (coefficient de Cronbach égal à 0,91 pour la version en anglais et 0,90 pour la version en français) [184]. La fiabilité du questionnaire modifié est aussi bonne que celle de la version originale (0.89) [183].

Impact de la douleur sur la qualité du sommeil : Le questionnaire *Chronic Pain Sleep Inventory* [178] a été inclus dans le questionnaire téléphonique. Cinq questions permettent de documenter l'impact de la douleur sur la qualité du sommeil au cours des quatre dernières semaines. Le questionnaire décrit la difficulté à s'endormir, l'usage des somnifères, la fréquence des réveils pendant la nuit à cause de la douleur et celle des réveils

pendant la journée, et finalement la qualité du sommeil globale. Chaque item est évalué sur une échelle de 0 à 10 où 0 représente « *jamais* » et 10 « *toujours* », à l'exception de l'item 5 où 0 correspond à « *très mauvaise* » et 10 « *excellente* ». L'index global est la moyenne des scores des items 1, 3 et 4 puisque ces trois items sont fortement corrélés [178]. Les items 2 et 5 peuvent être utilisés de façon indépendante. Un score élevé correspond à une mauvaise qualité de sommeil. La fiabilité inter-items est bonne (coefficient de Cronbach > 0.90) [178]. La version originale a été traduite en français par la méthode de traduction inversée avec comité (*Forward-Backward Translation*).

Dépression et anxiété : L'Échelle Hospitalière de l'Anxiété et la Dépression [179] inclut 14 items regroupés en deux sous-échelles indépendantes (7 items pour la dépression et 7 pour l'anxiété). Ces questions ont été incluses dans le questionnaire auto-administré. Chaque item est évalué sur une échelle numérique de 0 à 3. Les scores de dépression et d'anxiété sont la somme des scores des items relatifs à chacune des sous-échelles et varient de 0 à 21. Telle que rapporté par Zigmond et Snaith en 1983 [179], la dépression et l'anxiété sont absentes si le score est inférieur ou égal à 7, incertaines si le score varie de 8 à 10 et probables si le score est supérieur ou égal à 11. Ce questionnaire a été initialement conçu pour les patients hospitalisés dans des institutions non psychiatriques, ensuite validé pour les patients suivis en soins de première ligne [185] et les patients souffrant de douleurs chroniques [186]. Les versions en anglais et en français ont démontré de bonnes propriétés psychométriques [184].

3.5 Pharmacothérapie de la douleur

Les données relatives aux prescripteurs et aux médicaments analgésiques dispensés au cours de l'année précédant le recrutement ont été documentées en utilisant les fichiers de la RAMQ et les dossiers-patients des pharmacies.

Pour chaque patient, nous avons extrait la date de dispensation de l'analgésique, le nom du principe actif, la forme du médicament, le dosage, la posologie, la quantité délivrée, la durée du traitement et le nombre de renouvellements autorisés. Les classes médicamenteuses suivantes ont été documentées (ANNEXE I): l'acétaminophène, les AINS, les antidépresseurs, les anticonvulsivants, les relaxants musculaires et les opioïdes. Les antidépresseurs et les anticonvulsivants considérés étaient ceux indiqués par les lignes directrices pour le traitement de la douleur [16, 17, 84]. Ainsi, nous avons documenté parmi, les anticonvulsivants, la gabapentine, la prégabaline, la carbamazépine, l'oxcarbazépine, le topiramate, la lamotrigine et l'acide valproïque. La classe des antidépresseurs incluait les antidépresseurs tri et tétracycliques (ex. : amitriptyline, clomipramine, imipramine, désipramine, nortriptyline et maprotiline), les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (duloxétine et venlafaxine) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ex. : citalopram, paroxétine, sertraline). En l'absence de l'indication précise pour la prescription de ces analgésiques adjuvants, les médicaments antidépresseurs et anticonvulsivants ont été documentés uniquement chez les patients n'ayant pas rapporté souffrir d'épilepsie ou de dépression, respectivement, en réponse à la question suivante dans le questionnaire téléphonique: « *Je vais vous lire une liste de problèmes de santé. S'il vous plaît arrêtez-moi chaque fois que je nomme un problème de santé que vous avez.* ». Nous n'avons pas pris en considération les médicaments utilisés pour le traitement de la cause de la douleur tels que les traitements de la polyarthrite rhumatoïde (*disease modifying anti-rheumatic drugs*).

Une attention particulière a été portée à l'usage des opioïdes. La description incluait le traitement opioïde à long terme qui a été défini comme le recours aux opioïdes pour une durée de 120 jours et plus [12, 187]. Nous avons décrit l'usage des opioïdes à longue durée d'action, les opioïdes pris au besoin et ceux en association avec des analgésiques non opioïdes. Parmi les patients qui ont eu au moins une ordonnance d'opioïde durant l'année qui a précédé leur recrutement, nous avons évalué la période moyenne couverte par le traitement opioïde en termes de mois ainsi que le pourcentage des patients ayant eu en leur possession une quantité d'opioïdes suffisante pour couvrir 80% de leur année. La dose

moyenne quotidienne prescrite en équivalent morphine orale a été calculée en multipliant la quantité délivrée de chaque médicament par le dosage du médicament et par le facteur de conversion en équivalent morphine. Les facteurs de conversion utilisés étaient ceux rapportés dans les recommandations et la littérature [8]. Nous avons catégorisé les doses en faibles à modérées si elles étaient égales ou inférieures à 200 mg équivalent morphine, et en élevées si elles étaient au-delà de 200 mg équivalent morphine [8, 12].

Pour chaque patient, nous avons aussi relevé la spécialité des prescripteurs des médicaments contre la douleur et le nombre de différents médecins de première ligne ayant prescrit des médicaments contre la douleur pour les patients participants. Le nombre médian des visites à la pharmacie communautaire pour des médicaments contre la douleur a été aussi documentée sur la période d'une année.

Durant le questionnaire téléphonique, les patients ont décrit leur usage des médicaments en vente libre en répondant à la question suivante « *Au cours des six derniers mois, avez-vous pris des médicaments vendus sans ordonnance ou des produits naturels pour soulager votre douleur?* ».

3.6 Pharmacothérapie des effets secondaires associés aux analgésiques

Dans le questionnaire auto-administré, les patients devaient répondre à la question suivante afin de documenter les effets indésirables fréquemment associés à leur médication contre la douleur : « *À cause de votre médication contre la douleur, à quel point avez-vous été incommodé(e) par les effets secondaires suivants?* ». Les effets secondaires documentés incluaient des effets gastro-intestinaux (constipation, nausées et/ou vomissements et douleurs et/ou brûlures d'estomac), des effets neurologiques (sommolence, insomnie, incapacité à se concentrer, vertiges, confusion, perte de mémoire, hallucinations, fatigue excessive et cauchemars), des effets cutanés (éruption cutanée et démangeaisons) et d'autres effets (gain de poids non intentionnel, difficulté à uriner, enflure, vision brouillée

et perte de libido). Les patients devaient rapporter la sévérité de leurs effets secondaires en utilisant une échelle à six points où 0 correspond à « *pas ressenti* », 1 à « *pas incommodé du tout* », 2 à « *légèrement incommodé* », 3 à « *modérément incommodé* », 4 à « *assez incommodé* » et 5 à « *extrêmement incommodé* ». Arbitrairement, les scores 1 et 2 ont été considérés comme « *légers* » et les scores 3 à 5 comme « *modérés à sévères* ».

Les médicaments prescrits pour soulager ou prévenir les effets gastro-intestinaux modérés à sévères ont été documentés en utilisant les fichiers de la RAMQ et les dossiers-patients des pharmacies communautaires, tandis que les médicaments en vente libre ont été rapportés par les patients au cours de l'entrevue téléphonique en réponse à la question suivante : « *Au cours des six derniers mois, avez-vous pris des médicaments vendus sans ordonnance ou des produits naturels pour soulager la constipation?* ». La même question leur a été posée pour le soulagement des brûlures d'estomac ainsi que pour les nausées et les vomissements. Nous avons documenté l'usage des laxatifs, des anti-acides et gastroprotecteurs, et des antiémétiques chez les patients de l'étude durant l'année qui a précédé leur recrutement. Les laxatifs documentés incluaient le docusate de sodium, les sennosides, le bisacodyl, le lactulose, la glycérine et le polyéthylène glycol. Les anti-acides et gastroprotecteurs regroupaient les inhibiteurs de la pompe à protons (oméprazole, esomeprazole, lansoprazole, pantoprazole et rabeprazole), les antagonistes des récepteurs H₂ (cimétidine, famotidine, ranitidine et nizatidine) et les anti-acides (hydroxydes de magnésium et d'aluminium, carbonates de magnésium et de calcium) et le misoprostol. Les antiémétiques comprenaient la métoclopramide, lopéramide, dompéridone, dimenhhydrinate, nabilone, diphénoxylate et ondansétron.

3.7 Satisfaction des patients face au traitement de la douleur

Le *Pain Treatment Satisfaction Scale* [171] inclut 39 items regroupés en cinq domaines (satisfaction face à la médication actuelle contre la douleur, satisfaction face aux soins médicaux, impact de la médication actuelle contre la douleur, information concernant

la douleur et son traitement et effets secondaires de la médication). Ce questionnaire a été inclus dans le questionnaire auto-administré. Chaque item est évalué sur une échelle de likert à 5 points variant entre 0 et 100. Un score élevé indique un niveau de satisfaction élevé. Le score de chaque domaine est la moyenne des scores des items relatifs au même domaine (somme des scores/nombre de questions). Ce questionnaire a été conçu spécifiquement pour les patients avec douleurs aiguës et chroniques. Il a démontré de bonnes propriétés psychométriques (coefficient de Cronbach variant entre 0,83 et 0,92). Une version française du questionnaire, initialement en anglais, a été obtenue par la méthode de traduction inversée avec comité (*Forward-Backward Translation*). Cette dernière a démontré, après l'étude de ses propriétés psychométriques, une fiabilité similaire à la version originale (coefficient de Cronbach entre 0,70 et 0,91) [188].

3.8 Barrières, préjugés et croyances des patients envers la douleur et son traitement

Le *Barriers Questionnaire II* [189] est un questionnaire auto-administré conçu pour évaluer les barrières, les préjugés et les croyances des patients envers la douleur et son traitement. Il comprend 27 items regroupés en quatre sous-échelles (effets secondaires de la médication contre la douleur, fatalisme, communication, et traitement nuisible). La sous-échelle « *effets secondaires* » évalue dans quelle mesure les patients croient que les médicaments affaiblissent l'état de santé général et empêchent la détection de changements importants de l'état de santé. Le « *fatalisme* » décrit la perception à l'effet que la douleur est une fatalité difficile à éviter. La « *communication* » reflète la réticence des patients à faire part à leur médecin traitant de leur douleur pour leur permettre de se concentrer sur la maladie sous-jacente. Finalement, le « *traitement nuisible* » documente les croyances des patients concernant le fait que les traitements contre la douleur entraînent automatiquement une dépendance et nuisent au système immunitaire. Chaque item est évalué sur une échelle numérique de 0 à 5, où 0 correspond à « *pas du tout d'accord* » et 5 à « *Tout à fait d'accord* ». Le score de chaque sous-échelle est la moyenne des scores des items relatifs.

Un score global peut être calculé. Un score élevé correspond à plus de barrières face au traitement contre la douleur. Ce questionnaire a démontré une bonne fiabilité (coefficient de Cronbach variant entre 0,86 et 0,89) une fois administré aux patients [189]. Toutefois, comme ce questionnaire a été conçu pour être administré auprès de patients souffrant de douleur cancéreuse, certains des items ont été modifiés afin d'être adaptés au contexte de DCNC. De plus, nous avons traduit le questionnaire original en français à l'aide de la méthode de traduction inversée avec comité (*Forward-Backward Translation*).

4 Analyse des données

Les scores de chaque échelle de mesure utilisée ont été calculés seulement si les patients avaient répondu à plus de 50% des questions qui constituent l'échelle. Les patients qui ont eu au moins une fois une ordonnance pour un analgésique d'une classe spécifique (ex. : opioïdes) au cours de l'année précédant le recrutement ont été considérés comme étant des patients traités par cette classe d'analgésiques. La proportion de ces patients a été calculée parmi tous les patients à l'étude. De plus, les patients qui ont reçu au moins une fois un médicament prescrit pour le traitement des effets secondaires aux analgésiques, ainsi que ceux ayant rapporté avoir utilisé au moins un médicament en vente libre ou un produit naturel pour leurs effets gastro-intestinaux étaient considérés comme traités. La proportion de ces patients a été calculée parmi tous les patients à l'étude ainsi que dans deux sous-groupes de patients, ceux traités avec des opioïdes et ceux traités avec des AINS. Une régression logistique univariée nous a permis de calculer les rapports des cotes (avec leurs intervalles de confiance à 95%) d'utiliser un médicament prescrit ou en vente libre pour le traitement de la constipation, des nausées et vomissements, des douleurs et brûlures d'estomac chez les patients ayant rapportés des effets légers et des effets modérés à sévères, comparativement à ceux n'ayant pas rapporté d'effets gastro-intestinaux. Ceci a été calculé parmi tous les patients, parmi les patients sous opioïdes, ainsi que parmi les patients sous AINS en ce qui concerne le traitement des douleurs et brûlures d'estomac. Les analyses

statistiques ont été faites grâce aux logiciels *SPSS Statistics Base 17.0 for Windows*® (SPSS Inc., Chicago, IL) et SAS® Software (version 9.1).

Résultats

PHARMACOTHERAPEUTIC MANAGEMENT OF CHRONIC NON-CANCER PAIN IN PRIMARY CARE – A STUDY OF THE PROGRAMME ACCORD

Ghaya Jouini, B.Pharm.,^{1,2} Manon Choinière, Ph.D.,^{3,4} Elisabeth Martin, M.Sc.,¹ Sylvie Perreault, Ph.D.,^{2,5} Djamal Berbiche, Ph.D.,¹ David Lussier, MD,^{6,7,8} Eveline Hudon, MD,^{1,8} Lyne Lalonde, Ph.D.^{1,2,9}

1. *Équipe de recherche en soins de première ligne, Centre de santé et de services sociaux de Laval, Laval, Canada*
2. Faculty of pharmacy, *Université de Montréal, Montreal, Canada*
3. *Centre de Recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), Montreal, Canada*
4. Department of Anesthesiology, Faculty of medicine, *Université de Montréal, Montreal, Canada*
5. Sanofi Aventis endowment Research Chair in Optimal Drug Use, *Université de Montréal*
6. *Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Montreal, Canada*
7. Division of Geriatric Medicine and Alan-Edwards Center for Research on Pain, McGill University, Montreal, Canada
8. Department of Family Medicine, Faculty of medicine, *Université de Montréal, Montreal, Canada*
9. Sanofi Aventis endowment Research Chair in Ambulatory Pharmaceutical Care, *Université de Montréal and Centre de Santé et de services sociaux de Laval*

Address correspondence and reprint requests to:

Dr Lyne Lalonde
Équipe de recherche en soins de première ligne
Centre de Santé et de Services Sociaux de Laval

Running title: Chronic non-cancer pain treatment

Funding/Support: This study was funded by a team grant – Community Alliances for Health Research and Knowledge Exchange in Pain of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) in partnership with AstraZeneca Canada Inc (Grant # 86787), and by Pfizer Canada Inc.

Article category preference: Original research article.

Number of text pages: 40

Number of figures and tables: 0 figure and 5 tables

Word counts: abstract: 246, keywords: 6, Introduction: 313, Methods: 1 437, Results: 969, Discussion: 1 171, Conclusion: 112.

ABSTRACT:

Objectives: This study describes the use of analgesics in chronic non-cancer pain patients followed-up in primary care, the prevalence and management of adverse reactions, and patients' satisfaction and barriers to pain management.

Subjects: Patients reporting chronic non-cancer pain with an average pain intensity of at least 4 on a 0-10 scale (10=worst pain possible) and having an active analgesic prescription from a primary-care physician.

Design: A cohort study conducted in Quebec (Canada).

Outcome measures: Patients completed a telephone and a self-administered questionnaires to document their pain, emotional well-being, satisfaction with treatment and beliefs/attitudes. Information on pharmacotherapy was retrieved using an administrative provincial database and pharmacies' charts.

Results: 486 patients participated. Their mean age was 58.4 years and they had pain for 11.7 years (SD=11.1) with an average pain intensity of 6.5. Over a one year period, 52.9% of patients had analgesics prescriptions from 2 or 3 primary-care physicians. The most commonly dispensed analgesics were non-steroidal anti-inflammatory drugs (72.2%) and opioids (65.6%). Though 90% reported adverse gastrointestinal effects, 36.4% and 54.4% of these patients took no medication for constipation or nausea, respectively. Patient satisfaction was low, particularly regarding information about pain and its treatment. The most important barriers to optimal management included fear of harmful effects of analgesics.

Conclusions: In primary care, the management of chronic non-cancer pain is not always optimal. It involves several primary-care physicians, the prevalence of adverse effects of pain medication is high and often left untreated, patients' satisfaction is low, and patients are reluctant to take pain medication.

Keywords: non-cancer chronic pain, primary care, pharmacotherapy, analgesic, adverse effects, cohort study.

INTRODUCTION

Chronic non-cancer pain (CNCP) has been reported by one in five Canadians [1, 2], and similar prevalence figures were reported in other populations [3, 4]. It is a source of personal suffering and is associated with anxiety, depression, and reduced productivity, as well as elevated health care costs [2, 5-7]. Like other chronic diseases, chronic pain (CP) is managed essentially in primary care where it accounts for about 20% of all patients seen [5, 8]. Only 5% of CP patients in an American nationwide telephone survey had ever consulted a pain specialist [9]. Previous studies suggest that CNCP is poorly managed [1, 10]. An American Pain Society survey revealed that more than 40% of patients with CP suffered from uncontrolled pain [10].

Medications are an important component of pain treatment, and pain-relievers top the list of classes of therapeutic drugs prescribed during visits to physicians' offices and emergency rooms [11]. Although management guidelines have been drawn up for specific pain disorders [12-14], treatment remains challenging and subject of heated debates. For example, the role of acetaminophen versus non steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) as first-line medication in the management of osteoarthritis has been controversial in term of both efficacy and long-term safety [15, 16]. Opioids are a widely accepted treatment for cancer pain, but their use is still problematic and not accepted by some primary-care practitioners [17, 18].

Successful pain management involves achievement of analgesia without excessive adverse drug reactions. However, analgesics have well-known and documented adverse effects [19, 20]. This often lead patients to discontinue their therapy [21]. Specific recommendations have been issued to prevent and treat them [17, 22, 23].

Only a few studies [20, 24] have drawn a comprehensive picture of the pharmacotherapeutic management of CNCP in primary care. We, therefore, conducted a cohort study of primary-care patients to describe the use of analgesics, the prevalence and management of adverse reactions, patients' satisfaction with their treatment, and their barriers to pain management.

METHODS

Study design

In a cohort study, patients with CNCP having an active analgesic prescription from a primary-care physician were recruited in community pharmacies. They completed a telephone interview and a self-administered questionnaire. Prescribed medications delivered during the year preceding the recruitment were documented using the database of the *Régie d'assurance maladie du Québec* (RAMQ) or the pharmacy's charts. Ethics approval was obtained from the *Comité scientifique et d'éthique de la recherche* of the *Centre de santé et de services sociaux de Laval*. Patients signed an informed-consent form. Pharmacists received 50\$ for each consenting patient and patients received 25\$ if they completed the questionnaires.

Study population

The study was conducted on the territory of the *Réseau universitaire intégré de santé* of the *Université de Montréal*, which comprises six regions accounting for 40% of Quebec's population [25]: *Mauricie et Centre du Québec*, *Laval*, *Montréal*, *Laurentides*, *Lanaudière*, and *Montréal*. Using the provincial health ministry's atlas, we identified 499 community pharmacies in these regions. Using this sampling frame, a random sampling stratified by region and weighted by the number of pharmacies within each region was performed to recruit a total of 60 pharmacies. Owners of sampled pharmacies were contacted and asked to participate. Pharmacies in each region were approached until the target was reached. To recruit a total of 600 patients, each participating pharmacy was asked to identify between 10 and 15 consecutive, potentially eligible patients. To compensate for pharmacies that did not recruit the expected number of patients, additional pharmacies were invited to participate during the course of the study.

Patients were deemed eligible if they fulfilled the following criteria: **1)** aged at least 18 years; **2)** suffering from CNCP, defined as pain lasting for six months or more and not related to cancer; **3)** reporting an average pain intensity in the past seven days of at least 4

on a 0-10 scale where 0 means “no pain” and 10 means “the worst possible pain”; **4)** suffering from pain at least two days a week; **5)** having an active prescription from a primary-care physician for at least one of the following classes of analgesics: acetaminophen, non-steroidal anti-inflammatory drugs, anticonvulsants, antidepressants, muscle relaxants, and opioids; and **6)** able to speak and read French or English. Patients who had migraine as the sole cause of pain were excluded, as were patients with any health problem that might prevent them from providing an informed consent.

Procedure and measurement tools

Pain characteristics: In the telephone interview, patients rated their average and worst intensity of pain over the past seven days, and their current pain intensity using a 0-10 numerical scale, where 0 means “no pain” and 10 the “worst possible pain”. Patients reported the time since the initial onset of pain and the frequency of pain in the past week (“always”, “occasionally”, or “never”). Pain impact was measured using the *Modified Brief Pain Inventory* whose adequate psychometric properties are well-documented [26, 27]. The impact of pain on sleep was documented with the *Chronic Pain Sleep Inventory* [28]. A single sleep-problems index is scored taking the mean of items 1, 3 and 4 [28]. The higher the score, the worse is the quality of sleep. The internal consistency reliability of the single sleep problems index is good (>0.90) [28]. We translated the original English version into French using a forward-backward procedure. Finally, sites and causes of pain were documented by asking the patients: “*Where do you usually have pain?*” and “*I will read a list of diagnoses that can be at the cause of your pain. Please, stop me each time I name a diagnosis corresponding to your condition*”.

Depression and anxiety: The *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* [29] was included in the self-administered questionnaire. Depression and anxiety scores ranged from 0 to 21 [29]. Depression and anxiety scores were rated as “absent” (score ≤ 7), “uncertain” (score between 8-10) or “probable” (≥ 11) [29]. This scale was initially designed for patients in non-psychiatric hospitals, and was validated for primary-care patients [30] and for patients with chronic pain [31].

Use of analgesics: Analgesics use in the year preceding the recruitment of each patient was documented using either the RAMQ database or the pharmacies' charts. Using pharmacies' charts was important to obtain information on patients not insured by the RAMQ for their prescription drugs. Indeed, only 43% of Quebec's population aged between 45-64 years, and about 94% of those 65 years and older are beneficiaries of the provincial public prescription drug insurance plan. Antidepressants and anticonvulsants considered were those recommended for pain treatment [12, 13] and were documented only for patients not reporting epilepsy or depression, respectively, as an answer to the following question in the telephone questionnaire: "I will read a list of health problems. Please stop me each time I name a health problem you have". Medications used to treat the cause of pain were not considered (e.g. disease modifying anti-rheumatic drugs). During the telephone questionnaire, patients reported their use of non-prescription analgesics using the following question: "*In the past 6 months, have you taken over-the-counter medications or natural products for pain?*"

Long-term opioid therapy was defined as the use of opioid drugs for at least 120 days in a one year period [17, 32]. We considered long-acting and short-acting opioids, those prescribed regularly or "as needed", and those in combinations with non-opioid analgesics. For patients who had at least one opioid prescription dispensed, we assessed the number of months covered by the prescription of opioid medication and the mean daily dose prescribed for all opioid analgesics converted to oral morphine equivalent doses [33]. Using the mean daily dose, patients were categorized as receiving a low-to-moderate dose of opioids (< 200mg) or a high dose (\geq 200mg) [17, 33, 34]. The number of different prescribers (all specialists and primary-care physicians), and the number of analgesic dispensing days were documented.

Management of adverse effects associated with analgesics: Adverse effects were documented using the following question in the self-administered questionnaire: "*Because of your pain medication, how much were you bothered by the following (side effects)?*" The side effects reactions included GI (constipation, stomach aches and/or heartburn, nausea and/or vomiting), neurological (dizziness, drowsiness, inability to concentrate, confusion, memory loss, insomnia, hallucinations, nightmare, and excessive fatigue), and cutaneous (skin rashes and itching) effects. The severity was rated using a 6-point Likert

scale ranging from 0 is “not experienced” to 5 “extremely bothered” [35]. Arbitrarily, scores of 1-2 were considered as mild and scores of 3-5 as moderate to severe. The medications prescribed to prevent or treat GI adverse effects were documented using the pharmacies’ charts or RAMQ database; over-the-counter (OTC) medications were documented during the telephone interview through such questions as: “*In the past 6 months, have you taken over-the-counter medications or natural products for constipation?*” with similar question for heartburn or nausea and vomiting. Information on laxatives, acid suppressant and gastroprotectants, and antiemetic therapies was collected.

Patients’ satisfaction with pain treatment: The *Pain Treatment Satisfaction Scale*[35] was included in the self-administered questionnaire. Each item is scored on a five-point Likert scale ranging from 0 to 100; higher scores indicate greater satisfaction. Scores were calculated according to Evans et al. [35]. It has demonstrated adequate psychometric properties with internal consistency reliability coefficients ranging from 0.83 to 0.92[35]. We used a forward-backward process to translate it into French. The Cronbach coefficients were similar to the original version ranging from 0.70 to 0.91 [36].

Barriers, beliefs and attitudes: The *Barriers Questionnaire II* [37] was included in the self-administered questionnaire. It comprises 27 items grouped into 4 subscales (physiological effects, fatalism, communication, and harmful effects). The mean scores for the total scale and subscales were computed. A higher score suggests a greater barrier to pain treatment. The questionnaire has high internal consistency (ranging from 0.86 to 0.89) [37]. Since it was designed for patients suffering from cancer pain, some of the items were adapted for this study. It was translated to French using a forward-backward procedure.

Data Analyses

For each scale, scores were computed if patients answered more than 50% of items. Users of prescribed analgesics were defined as those who had at least one analgesic dispensed within the past year. Patients who were dispensed at least one prescribed medication likely to treat a GI adverse effect of analgesics and those reporting taking an OTC drug for the management of GI problems related to pain medication were considered as being treated for an adverse event. The proportion of analgesic users was computed as

well as the proportion of patients treated for GI adverse effects among all patients and among opioids users. The odd ratios (95% confidence interval (CI)) of being a user of prescribed or OTC drugs for constipation, nausea or vomiting, and heartburn or stomach aches were calculated for patients reporting mild as well as moderate to severe adverse effects relative to those reporting no adverse effect. This analysis was conducted among all patients and opioid users as well as among NSAID users for heartburn and stomach aches. Statistical analyses were performed with *SPSS Statistics Base 17.0 for Windows*® (SPSS Inc., Chicago, IL) and SAS® Software (version 9.1).

RESULTS

Between May and October 2009, we randomly selected and invited 296 community pharmacies to participate in the study and 70 of them (23.7%) accepted and recruited patients (Figure 1). From May 2009 to January 2010, participating pharmacists referred a total of 609 patients; 38 patients were ineligible and 85 patients refused to take part. On average, each pharmacy recruited 7.0 patients (range: 1-17). The telephone interview, the self-administered questionnaire and the documentation of prescribed analgesics were completed for 485, 483 and 486 patients, respectively.

Patients were on average 58.4 years old (SD=12.5) and women accounted for a higher proportion of the participants (67.7%) (see Table 1). About 55% were married or in a common-law relationship, and almost 70% were either unemployed, retired or on temporary or permanent disability.

Patients reported a mean time since the initial onset of pain of 11.7 years (Table 2). Nearly 75% of patients declared having suffered from continuous pain in the past 7 days (Table 2). On a 0-10 scale, the average pain intensity reported on the past 7 days was 6.5 (1.9), and the worst pain intensity 8.1 (1.8). The most frequently reported sites of pain were legs, thighs and knee (64.6%), and back (63.6%). In fact, 82.1% of patients reported more than one site of pain (not reported in table). Most common diagnoses patients referred to were osteoarthritis and other osteopathologies (69.3%) and chronic back pain (60.1%). About one in four patients (23.5%) reported suffering from fibromyalgia, and

17.5% reported neuropathic pain. The mean score of impact of pain on various aspects of daily living (interference items of the *Modified Brief Pain Inventory*) including sleep quality (Chronic Pain Sleep Inventory) was around about 5 on 0-10 scales. Probable depression was identified in 23.9% of patients and anxiety in 39.9%.

Use of analgesics

As required by the eligibility criteria, all the study patients have been dispensed at least one analgesic prescribed by a primary-care physician in the year preceding recruitment (Table 3). During the same period, 39.7% had at least one dispensed analgesic prescribed by a specialist. A large proportion of patients (52.9%) had dispensed analgesics prescribed by 2 or more different primary-care physicians and at least 50% of patients went at least 16 times to their community pharmacy for their analgesics. Patients received a mean 4.2 (range: 1-13) different analgesics, and 23.3% received at least 6 different analgesics. The classes of drugs used by the highest proportions of analgesics users were NSAIDs (72.0%), opioids (65.6%), anticonvulsants (60.7%), and antidepressants (30.1%). Pregabalin was dispensed to 42.8% of patients (not reported in the table). A total of 40.8% of patients reported having used OTC medications and natural products in the previous six months. The most commonly used OTC product for pain relief was acetaminophen (used by 24.6%). Overall, 45.9% of patients had either prescribed acetaminophen dispensed or reported using OTC medications (data not reported in table). Among opioids users, long-acting opioids were frequently dispensed (54.9%). Opioids were frequently prescribed as a combination compound with a non-opioid analgesic (40.4%); mostly as acetaminophen/codeine (21.5%). The mean daily dose of opioids dispensed was 73.4 mg (SD: 77.1 mg) of oral morphine equivalent (range: 4 mg to 671 mg daily); most patients (91.8%) received a low-to-moderate dosage.

Adverse effects associated with analgesics and use of drugs to manage them

The prevalence of reported adverse effects attributed by patients to analgesics was high: gastrointestinal effects: 89.5% (95% CI: 86.6 to 92.2); neurological effects: 95.5% (93.6 to 97.3); and cutaneous effects: 52.0% (47.5 to 56.4). As Table 4 indicates, among all patients, the prevalence of reported moderate to severe specific gastrointestinal adverse

effects was relatively high: constipation: 45.6%; heartburn/stomach aches: 33.8%; and nausea/vomiting: 19.1%. Compared to patients reporting no constipation, those reporting moderate to severe constipation were more likely to have a laxative dispensed in the past year (OR: 16.7; 95% CI: 6.4 to 43.5) and to report the use of an OTC laxative in the past year (OR: 5.9; 95% CI: 2.7 to 12.6). However, 36.4% of patients reporting moderate to severe constipation had no prescribed laxative dispensed and did not report taking OTC laxative (not reported in table). The most commonly prescribed medication to relieve constipation was docusate sodium (20.5%) and sennosides (14.1%) (not reported in table). Among all patients, the proportion of patients who had prescribed acid suppressants and gastroprotectants dispensed was low (mild symptoms: 16.9%; moderate-severe symptoms: 24.1%) as well as the proportion of patients who reported using OTC medications (mild symptoms: 10.1%; moderate-severe symptoms: 9.7%). In fact, 18.9% of patients reporting moderate-severe stomach aches/heartburn were non users of either prescribed or OTC medications to relief their symptoms (not reported in table). In this category, proton pump inhibitors were the drug most prescribed (34.6%) (not reported in table). Closely similar results were reported among NSAIDs users in terms of prevalence of stomach aches/heartburn (moderate-severe: 34%) and dispensing prescribed acid suppressant and gastroprotectants (moderate-severe symptoms: 24.6% of all patients) and OTC ones (9.4%). Only a minority of patients had prescribed medication dispensed or reported using an OTC medications to alleviate nausea and vomiting. Even among those reporting moderate-severe symptoms, 54.4% were non users of antiemetics. The likelihood of receiving antiemetic did not increase with more severe symptoms. Dimenhydrinate was one of the drugs most frequently reported (6.2%) (not reported in table). The pharmacotherapeutic management of gastrointestinal adverse effects was comparable among opioid users.

Patients' satisfaction and barriers and beliefs/attitudes about pain treatment

As reported in Table 5, the overall level of pain treatment satisfaction was low with mean scores for the different domains ranging from 50.6 to 74.0 on the 0-100 scale. In particular, patients reported the lowest of satisfaction for the information they received regarding pain and its treatment (50.6; 95%CI: 47.6 to 53.7) and the efficacy of treatment (53.6; 95%CI: 51.5 to 55.6). The greatest patients' barriers to optimal pain treatment were

the fear of the potential harmful effects of analgesics (3.1; 95%CI: 3.0 to 3.3) and the perception that nothing can be done to treat CNCP better (3.0; 95%CI: 2.9 to 3.1).

DISCUSSION

This large study provides important information on the current management of non-controlled moderate to severe chronic non-cancer pain in primary care. The participants had pain for a long time that interfered importantly with various aspects of their daily living including sleep quality. Co-morbidities such as depression and anxiety were also relatively common.

We may question the continuity of care offered to these patients considering that about half of them had analgesic prescriptions from at least 2 or 3 primary-care physicians over a one-year period. Half of patients had analgesics dispensed on at least 16 different occasions. Patients were dispensed a mean of 4 different analgesics; usually NSAIDs (72.2%) and opioids (65.6%). The prevalent use of NSAIDs and opioids is consistent with recommendations made under various guidelines. NSAIDs are considered the mainstay in pain treatment, particularly for those who had not responded to acetaminophen [14] and especially for osteoarthritis and low back pain [14, 38]. Opioids are recommended for selected patients with moderate-severe pain with continuous monitoring [17, 21, 22]. Almost two-thirds of our study population were dispensed opioids. An analysis from the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey [39] revealed that among patients with low back pain who visited the emergency department between 2002 and 2006 in the USA, the analgesic the most prescribed was opioids (61%, 95% CI: 58.4, 63.5). Clark and al. [40] reported that opioids were prescribed to 44% of the US veteran general medical population followed up for CNCP. The high proportion of patients with opioid prescription in our study go along with the notable increase of therapeutic sales of opioids in the past decade (244% for hydrocodone and 732% for oxycodone [21]).

Among opioid users, the use of long-term therapy and long-acting medications was prevalent, but, on the whole, doses were low. The mean morphine equivalent daily dose of opioids was 73.4 mg daily. There is no standard definition for what constitutes a high dose

of opioids, because, in theory, they have no maximum or ceiling dose [17]. However, by panel consensus, a dose of more than 200 mg a day is considered high [17, 33]; in our study population, 93% were taking a lower dose. In the Gomes et al. study [34], the mean daily dose was 42 mg for patients with CNCP. Given the level of pain suffering among our study population, an increase in opioid dosage may be indicated. However, several barriers may limit the optimization of opioid treatment, including physician concerns about safety issues and potential abuse [41]. Breuer et al. documented the management of CP by four groups of care providers [41] and found that 29% of primary-care physicians and 16% of pain physicians prescribed opioids less often than they deemed appropriate because of regulatory oversight [41]. The adverse effects of opioids may also limit titration.

In our study, the prevalence of adverse gastrointestinal and central-nervous-system effects attributed to analgesics was high, and they were, for the most part, left untreated by either prescription or OTC drugs. Similar findings have been reported elsewhere. Williams et al. showed that only 30% of Quebeckers who were dispensed an opioid in 2005 were also dispensed medications to prevent G-I adverse effects [20]. In the Netherlands, a study assessing laxative prescribing showed that only 37% of patients receiving a first prescription for a strong opioid also began to take laxative within 5 days of starting therapy [42].

Patient barriers to and beliefs about pain and its treatment are another major obstacle to the optimization of pain management as patients are often reluctant to take the medicine. Our study showed they have concerns about the potential harmful effects of analgesics use in terms of addiction. They are also unconvinced that chronic pain can be adequately relieved. Their beliefs are based on misconceptions about pain, and misunderstandings about pain therapeutics that should be corrected [37]. In the circumstances, it was not surprising to observe that patients in our study were not satisfied with the pain treatment and care they received. Patient satisfaction with “Information about pain and its treatment” was very low. These results were consistent with the findings of earlier studies [3, 43]. In a telephone survey in 15 European countries, Breivick et al. [3] found that, on average, 40% of pain sufferers were not satisfied with the effect of their treatment, while 38% of them were not satisfied with the physician treating their pain [3].

Our results highlight the need for better patient information and education regarding chronic pain and its management. The same is true for the quality of patient-provider interaction. Patient perceptions of the completeness and appropriateness of treatment have been reported to be the strongest predictor of treatment satisfaction [44]. Furthermore, considering the impact of pain on various aspects of daily living and the frequency of comorbidities such as depression, anxiety and sleep problems, incorporating psychosocial interventions also appear to be essential. Previous research has shown the effectiveness of multidisciplinary approaches and collaborative care – including pharmacist-led interventions [43] – in optimizing drug therapy for patients with CP in primary care [45]. Unfortunately, as Dewar et al. [46] reported, incorporating such strategies is apparently difficult when “accessible, effective, and acceptable care” is lacking. We may argue that community pharmacists are in an ideal situation to intervene with patients who suffer from CP; they are accessible and trained to monitor efficacy/adherence/safety of pharmacotherapy, OTC are sold in pharmacy under their responsibility and the annual number of patient’s visits to the pharmacy is high. Pharmacists can thus contribute actively to provide information about treatment, define treatment objectives with patients, and monitor opioid therapies including the management of adverse reactions. In fact, some studies suggest this approach is feasible and effective [47, 48].

Strengths and limitations

Several methodological elements of the study design were implemented to increase the external validity: the recruitment in pharmacies facilitated the inclusion of patients followed by a relatively high number of primary-care physicians, a formal sampling frame of pharmacies was defined, and the random selection of pharmacies was stratified and weighted by region. On the other hand, the participation rate of pharmacies was low (23.7%). We only had information about patients with moderate to severe pain who had filled an analgesic prescription. Patients more concerned about their health, with more severe pain and those treated with several medications may have been more likely to be recruited. Furthermore, we have no information about the characteristics of pharmacies and patients that were eligible but chose not to take part. Therefore, our conclusions cannot be generalized to other populations of patients with CNCP who are treated in primary care.

The internal validity of our results is high considering that the response rates for the self-administered and telephone questionnaires were very elevated and we were able to document the pharmacotherapy of all patients using two reliable sources of information. However, it is important to underline that all diagnoses of pain were self-reported by patients and not confirmed by a physician, as well as reported side effects of analgesics and the use of OTC medication. Moreover, pharmacotherapy was described using dispensed drugs; we have no information regarding their actual intake by patients. Finally, we do not know what the indication for each prescription was. Although we only documented antidepressants and neuroleptics use among patients not reporting depression or epilepsy, respectively, we may have overestimated their prevalence of use as pain relievers.

CONCLUSION

In primary care, the pharmacotherapeutic treatment of moderate to severe CNCP involves polypharmacy prescribed by multiple primary-care givers indicating that the management is presently complex and lack of coherence and continuity. NSAIDs and opioids are the mainstay for the treatment of moderate to severe pain. However treatment is far from being optimal; the prevalence of adverse effects -especially gastrointestinal effects- of pain medication is high, and they are often left untreated. Patients' level of satisfaction with their pain treatment is low, and many patients are reluctant to take pain medication. These results clearly suggest that there is room for improvement in the pharmacotherapeutic management of moderate to severe CNCP in primary care.

ACKNOWLEDGEMENTS

We are grateful for the motivation of the community pharmacists and patients who took part in this project. Our thanks to Chantal Legris for the preparation and submission of this article. Lyne Lalonde and Sylvie Perreault are scientists supported by the Fonds de la recherche en santé du Québec.

REFERENCE LIST:

1. Moulin DE, Clark AJ, Speechley M, and Morley-Forster PK. Chronic pain in Canada - prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Res Manag* 2002; 7(4): 179-84.
2. Boulanger A, Clark AJ, Squire P, Cui E, and Horbay GL. Chronic pain in Canada: have we improved our management of chronic noncancer pain? *Pain Res Manag* 2007; 12(1): 39-47.
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, and Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10(4): 287-333.
4. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, and Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain* 2001; 89(2-3): 127-34.
5. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, and Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA* 1998; 280(2): 147-51.
6. Turk DC. Chronic non-malignant pain patients and health economic consequences. *Eur J Pain* 2002; 6(5): 353-5.
7. Thomsen AB, Sorensen J, Sjogren P, and Eriksen J. Chronic non-malignant pain patients and health economic consequences. *Eur J Pain* 2002; 6(5): 341-52.
8. Lynch ME and Watson CP. The pharmacotherapy of chronic pain: a review. *Pain Res Manag* 2006; 11(1): 11-38.
9. Nguyen M, Ugarte C, Fuller I, Haas G, and Portenoy RK. Access to care for chronic pain: racial and ethnic differences. *J Pain* 2005; 6(5): 301-14.
10. American Pain Society. Chronic Pain in America: Roadblocks to relief. Janvier 1999 [cited Janvier 1999 Juillet 2010]; Available from: http://www.ampainsoc.org/resources/roadblocks/conclude_road.htm.

11. Schappert SM and Burt CW. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 2001-02. *Vital Health Stat* 13 2006(159): 1-66.
12. Moulin DE, Clark AJ, Gilron I, Ware MA, Watson CP, Sessle BJ, et al. Pharmacological management of chronic neuropathic pain - consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society. *Pain Res Manag* 2007; 12(1): 13-21.
13. O'Connor AB and Dworkin RH. Treatment of neuropathic pain: an overview of recent guidelines. *Am J Med* 2009; 122(10 Suppl): S22-32.
14. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT, Jr., Shekelle P, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007; 147(7): 478-91.
15. Hochberg MC. What a difference a year makes: reflections on the ACR recommendations for the medical management of osteoarthritis. *Curr Rheumatol Rep* 2001; 3(6): 473-8.
16. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part I: critical appraisal of existing treatment guidelines and systematic review of current research evidence. *Osteoarthr Cartilage* 2007; 15(9): 981-1000.
17. Chou R, Fanciullo GJ, Fine PG, Adler JA, Ballantyne JC, Davies P, et al. Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. *J Pain* 2009; 10(2): 113-30.
18. Trescot AM, Boswell MV, Atluri SL, Hansen HC, Deer TR, Abdi S, et al. Opioid guidelines in the management of chronic non-cancer pain. *Pain Physician* 2006; 9(1): 1-39.

19. Furlan AD, Sandoval JA, Mailis-Gagnon A, and Tunks E. Opioids for chronic noncancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects. *CMAJ* 2006; 174(11): 1589-94.
20. Williams RE, Bosnic N, Sweeney CT, Duncan AW, Levine KB, Brogan M, et al. Prevalence of opioid dispensings and concurrent gastrointestinal medications in Quebec. *Pain Res Manag* 2008; 13(5): 395-400.
21. Trescot AM, Helm S, Hansen H, Benyamin R, Glaser SE, Adlaka R, et al. Opioids in the management of chronic non-cancer pain: an update of American Society of the Interventional Pain Physicians' (ASIPP) Guidelines. *Pain Physician* 2008; 11(2 Suppl): S5-S62.
22. Jovey R, Ennis J, Gardner-Nix J, Goldman B, Hays H, and Lynch M. Use of Opioid analgesics for treatment of chronic noncancer pain - A consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society, 2002. *Pain Res Manage* 2003; 8(A): 3A-14A.
23. Swegle JM and Logemann C. Management of common opioid-induced adverse effects. *Am Fam Physician* 2006; 74(8): 1347-54.
24. Williams RE, Bosnic N, Duncan AW, Brogan M, and Cook SF. Prevalence of opioid dispensings and concurrent gastrointestinal medications in an elderly population from Ontario, Canada. *J Opioid Manag* 2008; 4(4): 193-200.
25. Consortium des ressources électroniques du RUIS de l'UdeM. 2009 [cited 2009 Mai 2011]; Available from: <http://www.ruis.umontreal.ca/a-propos-du-ruis-de-ludem/territoire.htm>.
26. Cleeland CS and Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore* 1994; 23(2): 129-38.
27. Tyler EJ, Jensen MP, Engel JM, and Schwartz L. The reliability and validity of pain interference measures in persons with cerebral palsy. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83(2): 236-9.

28. Kosinski M, Janagap CC, Gajria K, and Schein J. Psychometric testing and validation of the Chronic Pain Sleep Inventory. *Clin Ther* 2007; 29 Suppl: 2562-77.
29. Zigmond AS and Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67(6): 361-70.
30. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, and Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2002; 52(2): 69-77.
31. Castro MM, Quarantini L, Batista-Neves S, Kraychete DC, Daltro C, and Miranda-Scippa A. Validity of the hospital anxiety and depression scale in patients with chronic pain. *Rev Bras Anesthesiol* 2006; 56(5): 470-7.
32. Korff MV, Saunders K, Thomas Ray G, Boudreau D, Campbell C, Merrill J, et al. De facto long-term opioid therapy for noncancer pain. *Clin J Pain* 2008; 24(6): 521-7.
33. Collège des médecins du Québec. Douleur chronique et opioïdes: L'essentiel. Mai 2009 [cited Mai 2009 Mai 2011]; Available from: http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~media/75D08BE5562E45199E184536F9371876.ashx?sc_lang=fr-CA&21127.
34. Gomes T, Juurlink DN, Dhalla IA, Mailis-Gagnon A, Paterson JM, and Mamdani MM. Trends in opioid use and dosing among socio-economically disadvantaged patients. *Open Med* 2011; 5(1): e13-22.
35. Evans CJ, Trudeau E, Mertzanis P, Marquis P, Pena BM, Wong J, et al. Development and validation of the Pain Treatment Satisfaction Scale (PTSS): a patient satisfaction questionnaire for use in patients with chronic or acute pain. *Pain* 2004; 112(3): 254-66.
36. Jouini G, Choinière M, Dion D, Martin E, Lussier D, Perreault S, et al., ACCORD: validation of a French version of the pain treatment satisfaction scale in primary care patients with non-cancer chronic pain., in Canadian Association for Population

- Therapeutics (CAPT) 2010 Annual Conference. Winter 2010, Can J Clin Pharmacol Winter 2010; 17(1):e-116; 26: Toronto, Ontario.
37. Gunnarsdottir S, Donovan HS, Serlin RC, Voge C, and Ward S. Patient-related barriers to pain management: the Barriers Questionnaire II (BQ-II). *Pain* 2002; 99(3): 385-96.
 38. Schnitzer TJ. Update on guidelines for the treatment of chronic musculoskeletal pain. *Clin Rheumatol* 2006; 25 (Suppl 1): S22-9.
 39. Friedman BW, Chilstrom M, Bijur PE, and Gallagher EJ. Diagnostic testing and treatment of low back pain in United States emergency departments: a national perspective. *Spine (Phila Pa 1976)* 2010; 35(24): E1406-11.
 40. Clark JD. Chronic pain prevalence and analgesic prescribing in a general medical population. *J Pain Symptom Manage* 2002; 23(2): 131-7.
 41. Breuer B, Cruciani R, and Portenoy RK. Pain management by primary care physicians, pain physicians, chiropractors, and acupuncturists: a national survey. *South Med J* 2010; 103(8): 738-47.
 42. Bouvy ML, Buurma H, and Egberts TC. Laxative prescribing in relation to opioid use and the influence of pharmacy-based intervention. *J Clin Pharm Ther* 2002; 27(2): 107-10.
 43. McDermott AM, Toelle TR, Rowbotham DJ, Schaefer CP, and Dukes EM. The burden of neuropathic pain: results from a cross-sectional survey. *Eur J Pain* 2006; 10(2): 127-35.
 44. Hirsh AT, Atchison JW, Berger JJ, Waxenberg LB, Lafayette-Lucey A, Bulcournf BB, et al. Patient satisfaction with treatment for chronic pain: predictors and relationship to compliance. *Clin J Pain* 2005; 21(4): 302-10.
 45. Dobscha SK, Corson K, Perrin NA, Hanson GC, Leibowitz RQ, Doak MN, et al. Collaborative care for chronic pain in primary care: a cluster randomized trial. *JAMA* 2009; 301(12): 1242-52.

46. Dewar A, White M, Posade ST, and Dillon W. Using nominal group technique to assess chronic pain, patients' perceived challenges and needs in a community health region. *Health Expect* 2003; 6(1): 44-52.
47. McDermott ME, Smith BH, Elliott AM, Bond CM, Hannaford PC, and Chambers WA. The use of medication for chronic pain in primary care, and the potential for intervention by a practice-based pharmacist. *Fam Pract* 2006; 23(1): 46-52.
48. Bennett MI, Bagnall AM, Raine G, Closs SJ, Blenkinsopp A, Dickman A, et al. Educational interventions by pharmacists to patients with chronic pain: systematic review and meta-analysis. *Clin J Pain* 2011; 27(7): 623-30.
49. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, and Rosenberg C. Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *Clin J Pain* 1993; 9(3): 174-82.

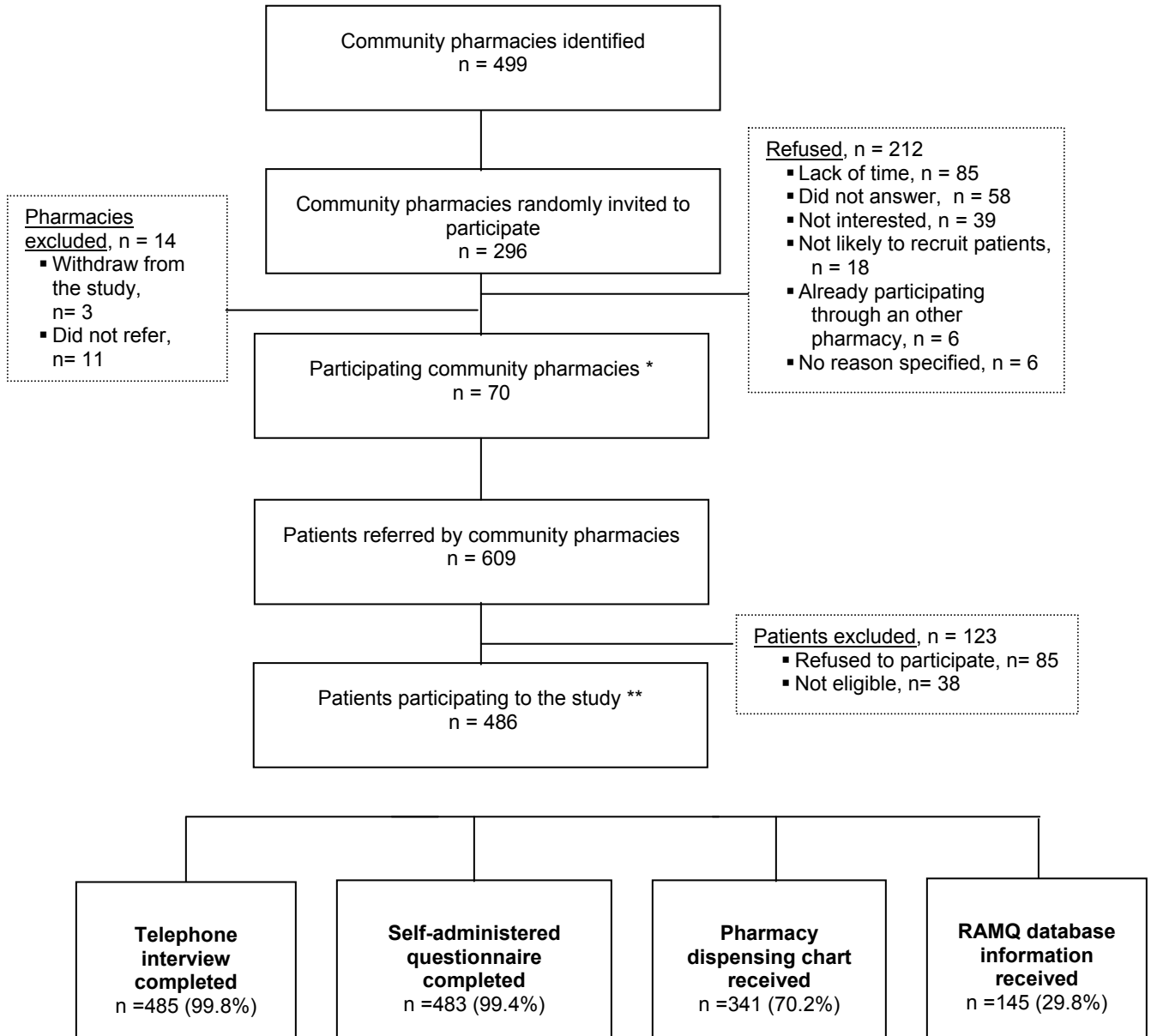


Fig 1: Recruitment of pharmacies and patients

* Pharmacies distribution per region (number of recruited pharmacies / total number per region): Mauricie et Centre du Québec : 6 /50 (12%); Montreal : 18/132 (13.6%); Laval: 13/69 (18.8%); Lanaudière: 8/77 (13%); Laurentides: 14/95 (14.7%); Monteregie: 11/77 (14.5%)

** Patients distribution per region (number of recruited patients per region / total number of patients): Mauricie et Centre du Québec : 44/486 (9%); Montreal : 92/486 (18.9%); Laval: 67/486 (13.8%); Lanaudière: 91/486 (18.7%); Laurentides: 117/486 (24.1%); Monteregie: 75/186 (15.4%)

Table 1. Demographic characteristics of patients

	N (%) ¹
Age (years), mean (SD)	58.4 (12.5)
65 years old and older	145 (29.8)
Less than 65 years old	341 (70.2)
Sex, Women	329 (67.7)
Mother tongue, French / English	437 (89.9) / 24 (4.9)
Highest level of education completed:	
None or elementary school	132 (27.2)
Secondary school	170 (35.0)
College technical school or university	177 (36.4)
Civil status:	
Single	64 (13.2)
Married or common law	263 (54.1)
Separated or divorced	98 (20.2)
Widowed	57 (11.7)
Current work :	
Full-time job	94 (19.3)
Part-time job	27 (5.5)
Retired	171 (35.2)
Temporary or permanent disability	100 (20.6)
Unemployed	66 (13.6)
Other	28 (5.7)
Annual family income before income taxes deduction:	
< \$20,000	128 (26.3)
\$20,000 - \$50,000	188 (38.7)
>\$50,000	117 (24.1)
Main source of income:	
Employment wages or salary	155 (31.9)
Retirement pension	151 (31.1)
Disability benefits	86 (17.7)

Social assistance	39 (8.0)
Personal savings or family member	55 (11.3)

1 Unless otherwise indicated

Table 2. Clinical and psychosocial characteristics of patients

	N (%) ¹
Pain duration (years), ² mean (SD)	11.7 (11.1)
Frequency of pain in the past 7 days:	
Always	363 (74.7)
Occasionally	116 (23.8)
Never	4 (0.8)
Average pain intensity in the past 7 days, ³ mean (SD)	6.5 (1.9)
Worst pain intensity in the past 7 days, ² mean (SD)	8.1(1.8)
Current pain intensity, ³ mean (SD)	5.4 (2.5)
Sites of pain as reported by patients, ⁴	
Legs, thighs, knee	314 (64.6)
Back	309 (63.6)
Shoulders and/or arms	252 (51.8)
Head and/or neck	209 (43.0)
Chest and/or abdomen	134 (27.6)
Hips	114 (23.5)
Pain diagnoses as reported by patients, ⁴	
Osteoarthritis and other osteopathologies	337 (69.3)
Chronic back pain	292 (60.1)
Chronic neck pain	185 (38.1)
Fibromyalgia	114 (23.5)
Tendinitis, bursitis, capsulitis, epicondylitis	98 (20.2)
Neuropathic pain ⁵	85 (17.5)
Pain related interference (MBPI), mean (SD)	5.3 (2.2)
Pain sleep impact (CPSI), mean (SD)	5.1 (2.9)
Level of depression (HADS)	
Absent	254 (52.2)
Uncertain	115 (23.7)
Probable	116 (23.9)

Level of anxiety (HADS)

Absent	176 (36.2)
Uncertain	115 (23.7)
Probable	194 (39.9)

MBPI: *Modified Brief Pain Inventory*; CPSI: *Chronic Pain Sleep Inventory*; HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*

- 1 Unless otherwise indicated
- 2 Data missing for 3 patients
- 3 Data missing for 4 patients
- 4 Patient may report more than one site of pain
- 5 Neuropathic pain includes diabetic neuropathies, post-herpetic neuralgia, and traumatic neuropathies

Table 3. Use of analgesics in the past year

	N (%) ¹
All patients	486
Type of analgesic prescribers ²	
Primary-care physician	486 (100.0)
Specialist	193(39.7)
Orthopaedic surgeon	35 (7.2)
Neurologist or neurosurgeon	32 (6.6)
Psychiatrist	29 (6.0)
Rheumatologist	28 (5.8)
Specialist in physical medicine and rehabilitation	20 (4.1)
Anaesthesiologist	13 (2.7)
Number of primary-care physicians analgesics prescribers per patient	
1 primary-care physician	229 (47.1)
2 primary-care physicians	146 (30.0)
3 or more primary-care physicians	111 (22.8)
Number of pharmacy visits to acquire analgesics, median	16
Number of dispensed analgesics, mean (SD)	4.2 (2.2)
1-2 analgesics	118 (24.3)
3-5 analgesics	255 (52.5)
6 and more analgesics	113 (23.3)
Prevalence by class of analgesic dispensed ²	
Non-steroidal anti-inflammatory drugs	350 (72.0)
Opioids	319 (65.6)
Anticonvulsants	295 (60.7)
Antidepressants	242 (30.1)
Acetaminophen	138 (28.4)
Muscle relaxants	126 (25.9)
Prevalence of use of over-the-counter analgesics ³	197 (40.8)
Prevalence of most often used over-the-counter analgesics ³	

Acetaminophen	119 (24.6)
Ibuprofen	43 (8.9)
Glucosamine	32 (6.6)
Collagen	17 (3.5)
Opioid users	319
Patients with long-term opioid therapy ⁴	190 (59.6)
Patients with long-acting opioid	175 (54.9)
Patients with opioid in combination	129 (40.4)
Patients with opioid as needed	198 (62.1)
Patients with opioid medication dispensed covering 80% of the year	125 (39.2)
Period covered by opioids dispensed (months), mean (SD)	6.4 (4.5)
Oral morphine equivalent dose dispensed ⁵ , mean (SD)	73.4 (77.1)
Low-Moderate (<200mg)	293 (91.8)
High (\geq 200mg)	19 (6.0)

-
- 1 Unless otherwise indicated
 - 2 More than one answer possible
 - 3 Prevalence for past six months
 - 4 Long-term opioid therapy defined as the use of opioid drugs for at least 120 days in a one year period
 - 5 Data missing for 7 patients

Table 4. Prevalence and pharmacotherapeutic management of adverse effects of analgesics

ADVERSE EFFECTS	PHARMACOTHERAPEUTIC MANAGEMENT				
	N (%) [95% CI]	N (%) [95%CI]	Odds Ratio [95%CI]	N (%) [95%CI]	Odds Ratio [95%CI]
CONSTIPATION		PRESCRIBED LAXATIVES DISPENSED		REPORTING THE USE OF OVER-THE-COUNTER LAXATIVES	
All patients (n=486)					
Not experienced	124 (25.7) [21.8; 29.6]	4 (0.8) [0.1; 1.6]	Reference	13 (2.7) [1.3; 4.1]	Reference
Mild	138 (28.6) [24.6; 32.7]	37 (7.7) [5.3; 10.0]	10.8 [4.2; 27.5]	38 (7.9) [5.5; 10.3]	3.4 [1.6; 6.9]
Moderate-severe	220 (45.6) [41.2; 50.1]	81 (16.8) [13.5; 2.1]	16.7 [6.4; 43.5]	89 (18.6) [15.0; 21.9]	5.9 [2.7; 12.6]
Opioid users (n=319)					
Not experienced	52 (16.5) [12.4; 20.5]	3 (0.9) [0.0; 2.0]	Reference	4 (1.3) [0.3; 2.5]	Reference
Mild	94 (29.7) [24.7; 34.8]	33 (10.4) [7.1; 13.8]	9.1[3.0; 28.1]	23 (7.3) [4.4; 10.1]	7.5 [2.2; 25.1]
Moderate-severe	170 (53.8) [48.3; 59.3]	68 (21.5) [17.0; 26.1]	11.2 [3.4; 36.2]	68 (21.7) [17.0; 26.1]	3.7 [1.0; 13.2]

<i>HEARTBURN/STOMACH ACHES</i>		<i>PRESCRIBED ACID SUPPRESSANTS AND GASTROPROTECTANTS DISPENSED</i>		<i>REPORTING THE USE OF OVER-THE-COUNTER ACID SUPPRESSANTS AND GASTROPROTECTANTS</i>	
<i>All patients (n=486)</i>					
Not experienced	165 (34.02) [29.8; 38.2]	75 (15.5) [12.3; 18.7]	Reference	23 (4.7) [2.8; 6.6]	Reference
Mild	156 (32.2) [28.0; 36.3]	82 (16.9) [13.6; 20.2]	1.3 [0.8; 2.2]	49 (10.1) [7.4; 12.8]	2.8 [1.5; 5.2]
Moderate-severe	164 (33.8) [29.6; 38.0]	117 (24.1) [20.3; 27.9]	3.0 [1.8; 5.0]	47 (9.7) [7.1; 12.3]	2.4 [1.4; 4.3]
<i>Opioid users (n=319)</i>					
Not experienced	100 (31.5) [26.3; 36.6]	49 (15.4) [11.4; 19.4]	Reference	14 (4.4) [2.2; 6.7]	Reference
Mild	102 (32.1) [26.9; 37.2]	54 (17.0) [12.8; 21.1]	1.2 [0.6; 2.2]	27 (8.5) [5.4; 11.6]	2.2 [1.1; 4.7]
Moderate-severe	116 (36.5) [31.2; 41.8]	85 (26.7) [21.9; 31.6]	2.9 [1.5; 5.6]	30 (9.5) [6.2; 12.7]	2.1 [1.0; 4.4]
<i>Non steroidal anti-inflammatory drugs users (n=350)</i>					
Not experienced	118 (33.7) [28.9; 38.8]	57 (16.3) [12.5; 20.2]	Reference	18 (5.1) [2.8; 7.5]	Reference
Mild	112 (32.0) [27.2; 37.0]	66 (18.9) [14.8; 23.0]	1.5 [0.9; 2.7]	34 (9.7) [6.6; 12.9]	2.4 [1.3; 4.6]
Moderate-severe	119 (34.0) [29.1; 39.1]	86 (24.6) [20.1; 29.2]	2.8 [1.6; 4.9]	33(9.4) [6.4; 12.5]	2.2 [1.2; 3.9]

<i>NAUSEA/VOMITING</i>		<i>PRESCRIBED ANTIEMETICS DISPENSED</i>		<i>REPORTING THE USE OF OVER-THE-COUNTER ANTIEMETICS</i>	
<i>All patients (n=486)</i>					
Not experienced	219 (45.4) [40.1; 49.9]	72 (14.9) [11.8; 18.1]	Reference	11 (2.3) [1.0; 3.6]	Reference
Mild	170 (35.3) [31.0; 39.5]	66 (13.7) [10.6; 16.8]	1.3 [0.9; 1.9]	35 (7.3) [4.9; 9.6]	5.0 [2.5; 10.1]
Moderate-severe	93 (19.1) [15.8; 22.8]	36 (7.5) [5.1; 9.8]	1.3 [0.8; 2.1]	18 (3.7) [2.0; 7.4]	4.6 [2.0; 10.4]
<i>Opioid users (n=319)</i>					
Not experienced	126 (39.9) [34.5; 45.3]	43 (13.6) [9.8; 17.4]	Reference	6 (1.9) [0.4; 3.4]	Reference
Mild	121 (38.3) [32.9; 43.6]	51 (16.1) [12.1; 20.2]	1.4 [0.9; 2.2]	24 (7.6) [4.7; 10.5]	5.1 [2.1; 12.1]
Moderate-severe	69 (21.8) [17.3; 26.4]	30 (9.5) [6.3; 12.7]	1.5 [0.8; 2.7]	12 (3.8) [1.7; 5.9]	4.2 [1.5; 11.5]

Abbreviations: 95%CI for 95% confidence interval

Table 5. Pain treatment satisfaction and perception of pain and its pharmacotherapeutic treatment

	Mean (standard deviation)	95% confidence interval
Pain treatment satisfaction (PTSS)		
Satisfaction with current pain medication	62.5 (18.3)	60.8; 64.1
Medication characteristics subscale	71.3 (19.2)	69.5; 73.0
Efficacy subscale	53.6 (23.0)	51.5; 55.6
Medical care	67.9 (17.6)	66.3; 69.5
Impact of current pain medication	58.0 (23.0)	55.9; 60.0
Information about pain and its treatment	50.6 (34.5)	47.6; 53.7
Side effects of medication	74.0 (17.5)	72.4; 75.6
Barriers, prejudices and beliefs of patients (BQII)		
Physiological effects	2.5 (0.8)	2.4; 2.6
Fatalism	3.0 (1.2)	2.9; 3.1
Communication	2.2 (1.2)	2.1; 2.3
Harmful effects	3.1 (1.3)	3.0; 3.3

PTSS: *Pain Treatment satisfaction scale*

BQII: *Barriers questionnaire II*

Discussion

Les résultats de cette étude, recueillis auprès de 486 patients rapportant souffrir de douleur modérée à sévère (au moins 4 sur une échelle de 0 à 10), nous permettent de mieux comprendre comment ce type de DCNC est prise en charge dans notre réseau de santé de première ligne. Le profil clinique des patients souffrant de DCNC est sans contredit complexe; les patients souffrent de douleur depuis de nombreuses années et présentent des comorbidités importantes telles que la dépression, l'anxiété et les troubles de sommeil. De plus, on peut s'interroger sur la continuité des soins qui leurs sont offerts. En effet, sur une période d'une année, la proportion des patients ayant reçu des analgésiques prescrits par trois médecins de famille et plus dépasse les 22%. Très peu de ces patients ont consulté un médecin spécialiste. Finalement, certaines lacunes possibles ont été identifiées au niveau de la qualité de la pharmacothérapie, notamment la faible proportion des patients ayant suffisamment d'opioïdes pour couvrir 80% de leur année et les doses prescrites qui semblent généralement faibles compte tenu des niveaux de sévérité de la douleur. La prévalence des effets gastro-intestinaux associés par le patient aux analgésiques était élevée et, dans la plupart des cas, ces effets n'étaient pas traités par des médicaments prescrits ou en vente libre. Dans ce contexte, il n'est dès lors pas surprenant de constater que le niveau de satisfaction des patients face à leur traitement et aux soins prodigués est relativement faible, en particulier en ce qui concerne l'efficacité des médicaments et l'information reçue concernant la douleur et son traitement. Plusieurs attitudes et croyances, comme la peur des effets néfastes des médicaments et des risques de dépendance, constituent des barrières non négligeables à l'optimisation de la pharmacothérapie. Ces résultats indiquent clairement la nécessité d'optimiser la pharmacothérapie de ces patients. Pour ce faire, plusieurs avenues pourraient être considérées, notamment la prise en charge des patients souffrant de DCNC par un modèle de soins basé sur une approche multidisciplinaire, l'élaboration de stratégies de formation pour les cliniciens en ce qui concerne la douleur et son traitement en se basant sur les recommandations des guides de pratique clinique et l'éducation des patients à s'investir activement dans leur propre prise en charge.

1 Forces et limites de l'étude

1.1 Validité externe

Le plan d'échantillonnage prévoyait la sélection des pharmacies sollicitées de façon aléatoire, stratifiée par RSS. Le respect de ce plan d'échantillonnage a permis d'obtenir une bonne répartition géographique des pharmacies participantes. Toutefois, cette force a été atténuée par le faible taux de réponse des pharmaciens (23,7%).

Par ailleurs, il était prévu que les pharmaciens recrutent 10 à 15 patients consécutifs dans chaque pharmacie participante pour un total de 600 patients. Apparemment, cette stratégie de recrutement des patients était difficile à appliquer car nous n'avons pas atteint le nombre de patients participants visé. De toute évidence, les pharmaciens ayant recruté les patients n'ont pas suivi la stratégie de recrutement prévue. Certains biais de sélection sont à prendre en considération. En effet, les patients les plus souffrants sont probablement les mieux connus des pharmaciens puisqu'ils se présentent fréquemment à la pharmacie et, par conséquent, les pharmaciens auraient plus tendance à les inviter à participer. De plus, les patients les plus souffrants sont généralement les plus préoccupés par leur douleur et de ce fait plus intéressés à participer à des études.

De plus, les patients recrutés devaient par définition avoir un niveau de douleur d'au moins 4 sur une échelle de 0 à 10 correspondant à une douleur modérée à sévère et une ordonnance d'un médecin de famille pour un médicament contre la douleur. De ce fait, nous n'avons pas d'informations sur les patients qui ne sont pas traités ou qui ont choisi de ne pas acquérir de leur médication. Nous n'avons pas de données non plus sur les patients avec douleur modérée à sévère qui ont refusé d'emblée l'invitation du pharmacien à participer. Ce qui nous empêche de déterminer avec exactitude le taux de participation des patients.

Tout ceci a fait que nos résultats ne peuvent pas être généralisés à tous les patients qui souffrent de DCNC et suivis en première ligne.

1.2 Validité interne

La validité interne de nos résultats est élevée en raison des taux de réponse importants aux questionnaires et de la fiabilité des sources de données. En effet, les registres de la RAMQ et les dossiers-patients des pharmacies ainsi que la documentation de l'usage des médicaments en vente libre auprès du patient ont permis d'aborder la description de la pharmacothérapie de la douleur dans sa globalité. Par ailleurs, les échelles utilisées et intégrées dans les questionnaires sont des outils de mesure validés.

Toutefois, il est important de mentionner que certaines informations ont été rapportées par les patients et n'ont pas été confirmées par un professionnel de la santé telles que les diagnostics de la douleur, les effets secondaires probablement associés aux analgésiques ainsi que les médicaments en vente libre utilisés au cours des six mois précédant le questionnaire. Ce qui pourrait entraîner un biais d'information à ne pas écarter. D'autre part, nous n'étions en mesure de décrire que les médicaments délivrés et non leur utilisation par les patients. Finalement, bien que nous ayons documenté les antidépresseurs et les anticonvulsivants chez les patients qui n'ont pas rapporté souffrir de dépression ou d'épilepsie, le risque d'avoir surestimé l'usage de ces médicaments en tant analgésiques demeure réel.

2 Portrait de la douleur chronique non-cancéreuse

Notre cohorte de patients était constituée en majorité de femmes. Ceci n'est pas surprenant car le sexe féminin a longtemps été rapporté comme un prédicteur de la douleur [1, 31]. Barcellos de Souza et al. [190], de l'Université de Sherbrooke, ont décrit la prévalence des maladies associées à la DCNC au Canada selon le sexe et l'âge. Ils ont rapporté une prédominance féminine pour toutes les tranches d'âge au-dessus de 15 ans. Cette prédominance féminine est supportée par quelques hypothèses mettant en cause principalement des caractéristiques biologiques – telles que l'influence des hormones sexuelles sur la modulation de la douleur –, ainsi que des facteurs psychologiques car il a été rapporté que la réponse à la douleur diffère selon les émotions et la cognition [190, 191].

Sur le plan économique, il est reconnu que la DC impose un lourd fardeau au patient et à la société [10, 55, 57, 59, 192]. Selon le rapport de l'*Agence d'évaluation des technologies et des modes d'interventions* [10], l'incapacité due à la DC représente la plus grande partie des coûts économiques. D'une part, elle serait associée à un recours plus important aux médicaments et aux services de santé [132, 193]. D'autre part, elle est à l'origine de coûts indirects reliés à la perte de productivité au travail et aux prestations d'invalidité [10, 59]. Parmi les patients de notre cohorte de moins de 65 ans, 20,5% ne travaillaient pas et 31,1% recevaient des indemnités pour une invalidité permanente ou temporaire. Des études antérieures ont démontré que les patients avec DC se sont non seulement absents au travail à cause de leur douleur, mais ont aussi rapporté une réduction importante de leur efficacité et leur productivité au travail de l'ordre de 14,2% (Écart-type= 20,5%) [55]. Blyth et al. [55] ont rapporté que presque 9% des patients souffrant de DC de leur étude populationnelle ont engagé des poursuites judiciaires pour avoir le droit aux indemnités d'invalidités.

La majorité de nos patients ont rapporté des douleurs constantes qui perdurent depuis une douzaine d'année en moyenne. Des données similaires ont été rapportées antérieurement [1, 21, 31, 148]. Breivick et al. [21] ont rapporté que, dans quinze pays d'Europe, les patients souffraient de douleur depuis deux à 15 ans et qu'un patient sur cinq en souffrait depuis plus d'une vingtaine d'années. Il est clair que la douleur n'est pas suffisamment soulagée et contrôlée [21, 31].

La douleur ne peut pas être traitée sans tenir compte des comorbidités qui y sont associées. Bon nombre de nos participants à l'étude souffraient de dépression, d'anxiété et de troubles du sommeil. Ces comorbidités peuvent entraîner une situation d'isolement total [6, 21] et ainsi contribuer à aggraver ces désordres psychologiques. Gureje et al. [6]. ont clairement démontré une association entre la douleur chronique et les troubles psychologiques. En outre, une association entre l'intensité de la douleur et la détresse psychologique a été démontrée selon des données issues de l'Enquête nationale sur la santé de la population canadienne de 1996 portant sur l'Alberta [10, 32]. Dépression et anxiété représentent souvent un message de détresse envoyé aux proches et aux soignants. Dans leur revue systématique, Tang et Crane [194] ont mis en lumière le risque élevé de suicide chez les patients souffrant de DCNC, avec un risque relatif de trois, comparativement aux patients souffrant de douleur aiguë. Outre la chronicité, la sévérité de la douleur et la mauvaise qualité du sommeil, Tang et Crane [194] ont identifié la dépression concomitante à la douleur comme un facteur de risque sérieux qui favorise les idées suicidaires ou même les tentatives de suicide. Ainsi, les patients souffrant de DCNC nécessitent un suivi particulier qui tient compte de leurs désordres psychosociaux, ce qui complexifie la prise en charge de ces patients.

Tous les patients de notre étude étaient sous analgésiques au moment du recrutement, conformément aux critères d'inclusion. Toutefois, l'analyse de leur pharmacothérapie révèle que, sur une période d'une année, ces patients ont reçu une moyenne de quatre analgésiques différents et 23,3% en ont reçu plus de six. Malgré tout, le niveau de douleur rapporté est demeuré modéré à sévère. Il est vrai cependant que les patients recrutés

devaient présenter un score 4 sur l'échelle de douleur. Étant donné que nous ne sommes pas dans la mesure de documenter la justesse de prise des médicaments par les patients, devant cet état de fait, on peut se questionner quant à la relative efficacité des traitements.

3 Les lacunes observées

Il a souvent été rapporté dans la littérature que la prise en charge de la douleur chronique est sous optimale [1, 21]. Nos résultats révèlent des lacunes possibles au niveau de la continuité des soins offerts à cette clientèle ainsi qu'au niveau de la qualité de la pharmacothérapie.

3.1 La continuité des soins

La DCNC est traitée essentiellement en première ligne [1, 6, 10], où un patient sur cinq aurait rapporté souffrir de douleur chronique [1]. Avoir une ordonnance active d'analgésique d'un médecin de famille faisait partie des critères d'inclusion des patients à l'étude. Sur une période d'une année, une proportion importante de patients ont reçu des analgésiques prescrits par trois médecins de famille ou plus. On peut penser que ce résultat est le reflet de la pénurie de médecins de famille qui sévit dans notre système. Plusieurs de ces patients n'ont peut-être pas de médecin de famille attiré ou ont de la difficulté à obtenir un rendez-vous avec leur médecin. Pour une consultation rapide, ils doivent donc se présenter dans les cliniques sans rendez-vous ou à l'urgence. Un sondage effectué par le Centre de recherche Décima [195] à la demande du *Collège des médecins de famille du Canada* en septembre 2006 révélait qu'environ cinq millions de Canadiens, soit 17% de la population, n'ont pas de médecins de famille et que deux millions en ont cherché un sans succès. Au Québec, le nombre de patients orphelins se multiplie. Un patient sur trois n'a pas de médecin de famille, une proportion deux fois plus élevée qu'ailleurs au Canada [195]. L'*Agence d'évaluation des technologies et des modes d'interventions* a critiqué

l'organisation des soins offerts aux patients atteints de DCNC et l'a qualifiée de « fragmentée » [10]. On reconnaît également qu'il s'agit d'une barrière importante face à l'optimisation de la prise en charge de la DCNC. Le *Collège des médecins de famille du Canada* a dénoncé, dans son rapport de 2004 [196], le manque d'accès au « *continuum des soins* », insistant sur l'importance de l'optimisation de la prestation des soins dans ce contexte de ressources limitées. En effet, selon le Collège, le médecin doit « *se concentrer sur la prestation de la gamme complète du continuum des soins pour [16] patients, à partir des soins globaux et continus dispensés par les médecins de famille jusqu'aux interventions épisodiques des spécialistes.* » [196].

Dans notre étude, peu d'analgésiques ont été prescrits par des médecins dont la spécialité est reliée à la prise en charge de la douleur, tels que les rhumatologues, les neurologues, les physiatres et les anesthésiologistes. Ce résultat pourrait s'expliquer par la difficulté d'accès aux soins spécialisés. Selon l'*Agence d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé*, l'accès aux soins spécialisés est une préoccupation majeure pour les patients qui souffrent de DCNC [10]. Les délais d'attente y sont souvent longs [10]. Ces délais seraient estimés à six mois dans une clinique de soins tertiaires du *Toronto Western Hospital* [197]. En Alberta, les patients référés par des médecins de famille à une clinique anti-douleur peuvent fréquemment attendre 12 mois avant la première consultation [10]. Ce délai peut atteindre les trois ans dans d'autres cliniques du Canada [198]. Dans l'attente d'un rendez-vous avec un spécialiste de la douleur, beaucoup de patients sont redirigés vers d'autres médecins non spécialistes de la douleur ou entreprennent des traitements non pharmacologiques [10]. Force est de constater que de très nombreux patients ne sont pas pris en charge au bon pallier de soins; plusieurs des patients suivis en première ligne devraient non seulement être suivis par un spécialiste, mais également par des équipes multidisciplinaires.

Dans un système de santé où la continuité des soins est fragmentée, les pharmaciens sont appelés à jouer un rôle essentiel pour optimiser la pharmacothérapie. Le pharmacien est un professionnel de la santé accessible et qui connaît bien la pharmacothérapie de ses

patients [199, 200]. L'expérience acquise dans deux études antérieures, l'étude ProFiL [181] et l'étude TEAM [180], indique que plus de 85% des patients se procurent tous leurs médicaments d'ordonnance à une seule pharmacie, ce qui permet au pharmacien de tisser des liens solides avec ses patients et de bien suivre leurs traitements. En outre, selon les résultats de la présente étude, la moitié des patients s'est présentée au moins 16 fois à la pharmacie pour obtenir des analgésiques au cours de l'année, ce qui représente autant d'occasions pour le pharmacien pour effectuer le suivi de ses patients. Mentionnons finalement que le pharmacien a la responsabilité d'optimiser l'usage des médicaments de vente libre.

3.2 La qualité des soins reçus

3.2.1 Faible couverture analgésique

Dans notre étude, les opioïdes ont été prescrits au moins une fois au deux tiers des patients. Parmi eux, seulement 40% ont reçus suffisamment de médicaments pour couvrir 80% de l'année. En fait, en moyenne, ils ont reçu suffisamment d'opioïdes pour couvrir six mois de traitement seulement. Ainsi, même chez les patients qui souffrent de DCNC modérée à sévère, l'usage des opioïdes n'est pas continu pour la majorité des patients.

3.2.2 Dosage faible chez les patients sous opioïdes

La dose moyenne quotidienne en équivalent morphine orale est estimée à 73,4 mg. Ce dosage est similaire à celui rapporté par Gomes et al. [201] dans le cadre d'une étude transversale chez les patients souffrant de DCNC et issus d'un milieu socio-économique défavorisé. Dans cette étude, la dose moyenne en équivalent morphine orale a été considérée comme faible à modérée. En réalité, il n'y a pas de définition claire de ce que représente une dose élevée d'opioïde, car théoriquement une dose plafond limitant l'effet

thérapeutique du médicament n'existe pas comme c'est le cas avec d'autres analgésiques comme l'acétaminophène ou les AINS [8, 12]. Par consensus, une dose supérieure à 200 mg équivalent morphine est considérée élevée [8, 12]. Dans notre étude, 92% des patients sous opioïdes avaient des doses considérées faibles à modérées. L'augmentation des doses des opioïdes prescrits tout en respectant les schémas de titration recommandés est une alternative possible et envisageable afin d'atteindre le niveau d'analgésie recherché [12], compte tenu du niveau la sévérité de la douleur chez la population à l'étude. Cependant, la présence d'effets secondaires significatifs limite l'augmentation des doses [8, 12].

3.2.3 Des effets secondaires prévalents

Les effets secondaires reliés à la prise des analgésiques tels que rapportés par les patients sont prévalents, en particulier les effets gastro-intestinaux qui touchent la quasi-totalité de la population à l'étude. Nombreux sont les patients qui ont rapporté des effets secondaires d'intensité modérée à sévère. Ceci n'est pas surprenant étant donné que les analgésiques les plus utilisés sont les AINS et les opioïdes. Ces derniers sont connus pour leurs effets secondaires qui touchent particulièrement le système digestif [74, 110, 116, 153, 202-204]. Les effets secondaires ont souvent été associés à l'arrêt du traitement analgésique [153, 205]. Noble et al. [153] ont réalisé une revue systématique afin d'identifier les meilleures études ayant évalué l'efficacité et l'innocuité des opioïdes utilisés à long terme chez les patients avec DCNC. Ils ont rapporté que 32,5% et 17,5% des patients prenant des opioïdes par voies orale et transdermique, respectivement, ont arrêté leur traitement suite à des effets secondaires intolérables. Certains patients préféreraient même endurer leur douleur plutôt que de souffrir de constipation [206, 207]. Selon Kalso et al. [116], l'arrêt du traitement analgésique est plus courant chez les patients sous opioïdes que les patients sous placebo, d'où l'importance de la prise en charge des effets secondaires reliés aux analgésiques.

3.2.4 Des effets secondaires souvent non traités

Afin de décrire la prévention et le traitement des effets secondaires des analgésiques, nous avons recensé les médicaments reçus pour traiter la constipation, les nausées et les vomissements, et les douleurs et brûlures d'estomac. Nos résultats ont démontré que le traitement pharmacologique de ces effets gastro-intestinaux est absent dans la plupart des cas. Thieffn et Schwalm [151] ont mené récemment une étude transversale auprès de 318 médecins français de première ligne et 2 576 patients afin de décrire l'usage des gastroprotecteurs chez les patients traités aux AINS. Ils en ont conclu que les gastroprotecteurs sont sous utilisés chez les patients à risque de complications gastro-intestinales dans 40% des cas malgré les recommandations [67, 68]. Dans deux études de cohortes au Québec [208] et en Ontario [209], Williams et al. ont rapporté qu'en 2005, parmi les patients adultes sous opioïdes dans chacune des deux provinces, les deux tiers et la moitié respectivement n'ont pas reçu, de façon concomitante, des laxatifs et des gastroprotecteurs afin de prévenir des problèmes gastro-intestinaux associés aux opioïdes tel que recommandé dans les guides de pratique clinique.

3.3 Satisfaction des patients

Compte tenu des lacunes observées au niveau de la continuité et de la qualité des soins et des traitements, il n'est pas étonnant que les patients soient en général peu satisfaits. Les scores de satisfaction rapportés par les patients face aux différents domaines décrits par le *Pain Treatment Satisfaction Scale* [171] sont relativement faibles, surtout en ce qui concerne l'information quant à la douleur et son traitement.

Dans la littérature, il existe des résultats contradictoires concernant la satisfaction des patients. Dans une étude descriptive chez des patients souffrant de DC, Hirsh et al. [22] ont rapporté que le niveau de satisfaction général était élevé et que la satisfaction face à la qualité des soins était significativement plus élevée que celle face à la qualité du traitement. Par contre, Breivick et al. [21], en décrivant la DCNC chez des patients de 15 pays de

l'Europe, ont rapporté que bon nombre des participants ont exprimé de l'insatisfaction face à l'efficacité de leur traitement ainsi que face au médecin qui traite leur douleur. Toutefois, la comparaison directe entre les résultats est difficile en raison des différences méthodologiques entre les études, en particulier l'échelle de mesure utilisée [21, 22, 171].

3.4 Barrières à l'optimisation des soins et des traitements

Afin de véritablement influencer la prestation des soins et le système de santé, le modèle d'application et de transfert des connaissances adopté par les Instituts de recherche en santé du Canada, le *Knowledge to Action* [210], suggère qu'il est primordial d'identifier les obstacles qui contraignent l'optimisation des soins pour développer des interventions efficaces. Les attitudes des patients et des cliniciens face à la douleur et son traitement se sont révélées être au cœur de la problématique associée à la prise en charge sous optimale de la DCNC. En effet, elles ont été décrites comme des déterminants majeurs du choix de la thérapie, de l'adhésion au traitement et de la satisfaction [166, 167, 211-213].

3.4.1 Les barrières, préjugés et croyances des patients

Bon nombre des patients de notre étude croient que la douleur ne peut être traitée adéquatement et que, quoi qu'ils fassent, ils devront vivre avec cette douleur. Breivick et al. [21] ont rapporté dans leur étude que près d'un participant sur cinq pense que la douleur fait partie intégrante de leur vie. Cette attitude face à la douleur et son traitement n'est pas surprenante de la part de patients qui présentent des douleurs importantes depuis plusieurs années. De nombreuses études ont d'ailleurs observé une association entre les perceptions de la maladie et les issues cliniques [9, 20, 166-168]. Dans l'étude de Foster et al. [166], les patients souffrant de douleurs lombaires qui avaient l'impression que leur douleur était incontrôlable répondaient moins bien au traitement.

De plus, nombreux sont les patients qui croient que les analgésiques sont nuisibles pour la santé et créent inévitablement une dépendance. Adriaensen et al. [211] ont rapporté que les inquiétudes des patients concernant les effets secondaires des opioïdes, en particulier la tolérance et la dépendance, représentent des barrières face à l'usage chronique des opioïdes en cas de DCNC. Leurs peurs et croyances engendrent des attitudes d'évitement qui sont prédictives de l'inobservance au traitement [9]. Ceci pourrait expliquer la faible proportion des patients de notre étude qui ont reçu suffisamment d'opioïdes pour couvrir au minimum 80% de leur année. Il a été rapporté dans des études précédentes que les patients sont réticents à prendre des opioïdes et hésitent à initier un traitement par crainte de développer de la dépendance [117, 212, 213]. Dans ce contexte, il paraît pertinent et utile de mieux les informer quant à l'efficacité et l'innocuité de ces traitements et changer ainsi leurs fausses croyances qui limitent la prise en charge de la DCNC.

3.4.2 Les connaissances, croyances et attitudes des cliniciens

Les croyances et les craintes des patients sont également partagées par les cliniciens, ce qui influence grandement leurs décisions thérapeutiques, en particulier en ce qui concerne la prescription d'opioïdes. La réticence des cliniciens englobe la prescription de doses élevées d'opioïdes ainsi que des traitements à long terme. Elle a souvent pour origine l'anxiété et l'inquiétude face à l'apparition des effets secondaires potentiels reliés à l'usage de ces analgésiques, en particulier le risque de dépendance [31]. À plusieurs reprises [155, 157, 161, 162], les cliniciens ont rapporté que bon nombre de leurs patients sous opioïdes ont déjà expérimenté des épisodes de dépendance reliés à leur traitement, ce qui représente pour eux une source de frustration importante. Les répercussions réglementaires et légales ainsi que la charge administrative associée à la documentation de la prescription d'opioïdes et du suivi continu des patients limitent aussi la prescription de ces analgésiques [31, 155]. Dans l'étude de Breuer et al. [163], presque 30% des médecins de famille participants ont

admis prescrire moins d'opioïdes qu'ils ne le pensent adéquat à cause des contraintes réglementaires.

D'autre part, les cliniciens de première ligne ont souvent soulevé le besoin en formation continue concernant les techniques d'évaluation de la douleur et les recommandations des guides de pratique clinique [155-158]. Dans le cadre du Programme ACCORD, les connaissances et les attitudes des médecins de famille et des pharmaciens communautaires des patients de notre cohorte en ce qui concerne la DCNC et son traitement ont été évaluées. Des lacunes importantes ont été identifiées chez les médecins et les pharmaciens [159]. Tous (110 pharmaciens et 137 médecins de famille) ont exprimé leur besoin d'une formation continue.

4 Les avenues pour améliorer la prise en charge de la DCNC

4.1 La multidisciplinarité et l'interdisciplinarité des services de soins

Des *soins* multidisciplinaires, tels que définis par l'*Agence d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé* [10], sont des soins offerts en parallèle à un patient par plusieurs professionnels de la santé de disciplines différentes (anesthésiologistes, spécialistes de la douleur, infirmières, psychologues, physiothérapeutes, etc.). Ces professionnels ne travaillent pas nécessairement de concert. L'interdisciplinarité se distingue de la multidisciplinarité par l'interaction entre les professionnels dans le processus de prise en charge du patient. Ensemble, ils représentent une équipe de soins intégrée et se rencontrent fréquemment pour discuter des cas de patients qu'ils partagent. Les objectifs de ces approches, en douleur chronique, englobent la réduction de la sévérité de la douleur ainsi que l'amélioration de la qualité de vie du patient, notamment du fonctionnement physique, psychosocial et professionnel.

L'importance de la multidisciplinarité dans la prise en charge de la DCNC a été louée par l'*International Association for the Study of Pain* [214] qui reconnaît qu'« *une approche multidisciplinaire de diagnostic et de traitement est la méthode privilégiée de prestation de soins aux patients souffrant de douleurs chroniques, qu'elle qu'en soit la cause* » p 04.

La *Veteran Health Administration Strategy* [215] est une stratégie de collaboration interprofessionnelle pour la prise en charge de la douleur élaborée par la *Veteran Health Administration* et représente l'un des modèles de soins réussis. Dans un objectif de gérer la douleur de façon globale et uniforme dans tous les établissements de la *Veteran Health Administration*, des cliniques ont été ouvertes, des équipes multidisciplinaires ont été formées, des lignes directrices ont été rédigées et du matériel éducatif a été diffusé. L'amélioration des compétences et des connaissances, tant des patients que des cliniciens, ainsi que l'encouragement de la recherche ont été des éléments clés de cette stratégie. La *Veteran Health Administration* a même investi dans une plateforme de technologies de l'information afin de faciliter l'accès à des modèles informatisés d'évaluation de la douleur et des soins offerts. Cette initiative a entraîné la diminution du niveau de douleur chez les patients, l'amélioration de l'accès aux soins spécialisés, du recours aux plans de soins documentés et de l'éducation des patients [215]. Au Canada, certains programmes multidisciplinaires existent tels que le *Chronic Pain Management Group Treatment Program* [216], offert au *Centre de réadaptation de L'Hôpital d'Ottawa*, qui a démontré les effets positifs d'une approche intégrée sur la condition physique et le bien-être émotionnel des patients souffrant de DC. Généralement, ces modèles de soins sont appliqués dans les centres spécialisés anti-douleur et de réadaptation étant donné la disponibilité des ressources appropriées [10].

L'extrapolation de ce modèle en soins de première ligne est prometteuse. Dans différentes études, cette collaboration s'est avérée efficace et a entraîné une nette amélioration des paramètres de suivi dans différents contextes de maladies chroniques [181, 217, 218]. Toutefois, son implantation représente un défi majeur dans un contexte de

pénurie de professionnels, de fragmentation des soins et de manque de coordination entre les différentes disciplines. Tel que mentionné par *l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé*, la prestation de services interdisciplinaires fait ressortir la nécessité d'une communication continue et d'une coordination des soins [10].

4.2 L'éducation thérapeutique

« L'éducation thérapeutique », selon la définition de *l'Organisation mondiale de la Santé* [219] est « un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient ». Elle comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins et les comportements de santé et de maladies du patient [219]. Elle vise, d'une part, à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement et à vivre plus sainement et, d'autre part, à aider le soignant à acquérir les connaissances nécessaires et à mieux comprendre les enjeux et les besoins du patient [220].

4.2.1 Éducation du patients et l'aide à l'autogestion

L'autogestion est une des principales recommandations des guides de pratique clinique [67, 221-223]. Dans un contexte de maladies chroniques telles que le diabète ou l'hypertension artérielle, les programmes de formation des patients ont démontré un bénéfice notable en particulier au regard de l'adhésion au traitement et de l'atteinte des objectifs thérapeutiques recherchés [220, 224, 225]. En effet, il a été rapporté qu'un patient mieux informé est un patient plus motivé qui collabore plus activement à ses soins et observe mieux ses prescriptions médicales [220].

Cependant, dans le domaine de la douleur chronique, les programmes de formation et d'intervention auprès des patients n'ont pas toujours été associés à des résultats positifs.

En douleur chronique d'origine cancéreuse, les programmes de formation et d'intervention auprès des patients inclus dans la méta-analyse de Bennett et al. [226] ont démontré une amélioration des connaissances et des croyances des patients concernant la douleur et son traitement ainsi qu'une réduction du niveau de la douleur, sans améliorer pour autant l'adhésion au traitement analgésique ou réduire l'impact fonctionnel de la douleur.

En DCNC, les stratégies d'information décrites dans la littérature portaient souvent sur l'éducation quant à la maladie associée à la douleur telle que l'arthrite, l'évaluation de la douleur et la gestion de son impact psychosocial, le traitement pharmacologique et non pharmacologique, les médicaments en vente libre ou la gestion des effets secondaires [227-235]. L'impact de ces différentes interventions était généralement statistiquement significatif, mais cliniquement modeste et à court terme [230, 231, 234]. Certaines améliorations ont été notées telles qu'une légère réduction du niveau de la douleur, la diminution du nombre moyen d'effets secondaires des analgésiques et une certaine amélioration des capacités fonctionnelles des patients, de leurs croyances ainsi que de leur satisfaction [227-235]. En Belgique, un programme de formation multidisciplinaire comportementale et cognitive auprès de patients a entraîné une amélioration de la perception de la douleur sans arriver à avoir un impact sur la sévérité de la dépression [228]. En Suède, un tel programme de formation, donné à des patients souffrant de douleur neuropathique, a démontré, après douze mois de suivi, une réduction du niveau d'anxiété et de dépression et une amélioration de la qualité du sommeil [232].

Plusieurs médecins doutent de la capacité de leurs patients à s'autogérer. De plus, le manque de temps de consultation fait que les cliniciens négligent l'éducation de leurs patients, d'où l'intérêt de la formation des patients à participer à leur propre prise en charge

[236]. Certains programmes d'aide à l'autogestion ont été adoptés par les associations de support aux patients comme le *Programme d'initiative personnelle contre l'arthrite* (PIPA) [237], développé par l'Université de Stanford. Ce programme a été adopté et mis sur pieds par La Société de l'arthrite depuis une quinzaine d'années. Il a été conçu pour aider les patients arthritiques à mieux comprendre leur maladie et à acquérir la confiance nécessaire pour s'impliquer activement dans leur traitement. Il comprend six séances de groupe hebdomadaires de deux heures sous forme d'ateliers. Ces ateliers couvrent des stratégies pour atténuer la douleur, des techniques de relaxation, des suggestions pour des habitudes de vie plus saine et des informations sur les options de traitement. Ce programme a démontré une diminution de la douleur, une meilleure qualité de vie, une réduction du recours aux services médicaux et une satisfaction importante chez les patients qui souffrent d'arthrite [237].

4.2.2 Programmes de formation et d'interventions auprès des cliniciens

Tel que mentionné dans le rapport du *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec* [238], le processus d'apprentissage à l'intention des cliniciens est au cœur de la collaboration interprofessionnelle, notamment l'apprentissage des compétences et des responsabilités respectives de chaque intervenant.

En douleur, différentes stratégies ont été mises en place afin d'améliorer les connaissances des cliniciens concernant la douleur et son traitement [217, 239-244], l'adhésion aux recommandations des guides de pratique et l'usage des opioïdes pour la DCNC. Le programme *COPE* [239], une formation en ligne pour les résidents en médecine interne, met en application une approche collaborative avec le patient basée sur le respect des recommandations en vigueur entourant la prescription des opioïdes à long terme en DCNC. Cette formation a démontré une amélioration plus importante des connaissances comparativement au groupe contrôle. Selon les participants, le programme leur a permis d'identifier plus efficacement les patients à risque de dépendance et de prescrire avec plus

d'aisance des opioïdes dans le cadre d'un suivi multidisciplinaire. Le programme *CURATA* [242] a révélé des lacunes importantes concernant la prévention et le suivi de la toxicité gastro-intestinale associée à l'usage des AINS dans le traitement de l'arthrite. L'intervention, basée sur des données probantes, a non seulement amélioré les connaissances des médecins quant à la prise en charge de l'arthrite et des effets secondaires des analgésiques utilisés, mais aussi changé les attitudes des médecins quant à la douleur et son traitement [242]. Le *Getting a Grip on Arthritis*[®] [244] est un programme de formation interprofessionnelle sous forme d'ateliers offerts aux cliniciens de première ligne à travers tout le Canada. Cette initiative nationale de grande envergure financée par Santé Canada avait pour objectif l'amélioration de la prise en charge de l'arthrite en soins de première ligne, en particulier l'application et l'adhésion aux guides de pratique clinique. Les résultats, modestes mais prometteurs, ont fait ressortir l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans la prise en charge de l'arthrite et ont confirmé les besoins des cliniciens en formation continue pour améliorer les soins offerts en première ligne aux patients arthritiques.

Tous ces résultats suggèrent que les programmes de formation et d'interventions auprès des cliniciens sont efficaces pour améliorer l'évaluation et le suivi des patients souffrant de DCNC.

5 Recommandations pour améliorer la prise en charge de la DCNC en première ligne

Cette étude nous a permis de dresser le portrait de la DCNC en première ligne au sein du RUIS de l'Université de Montréal, et plus spécifiquement de décrire la pharmacothérapie chez la clientèle atteinte de DCNC. Ces données peuvent guider le développement d'un programme de formation et d'interventions qui réponde véritablement aux besoins des patients et des cliniciens de la première ligne.

En se basant sur les résultats de notre étude et notre revue de la littérature, voici nos principales recommandations concernant ce programme de formation et d'interventions :

❖ **Recommandation 1** : *Le programme de formation et d'interventions devrait être basé sur une approche interdisciplinaire.*

Compte tenu des problèmes observés au niveau de la continuité et de la qualité des soins et des comorbidités importantes (dépression, anxiété, trouble du sommeil) chez cette clientèle, une approche interdisciplinaire, soutenue, intégrée et centrée sur le patient devrait être au cœur du programme de formation et d'interventions. Ainsi, des professionnels de la santé des différentes disciplines impliquées dans la prise en charge de la DC pourraient collaborer et dispenser des soins de façon concertée.

❖ **Recommandation 2** : *Le rôle du pharmacien communautaire devrait être élargi.*

Compte tenu des problèmes observés au niveau de la pharmacothérapie (soulagement inadéquat de la douleur, prévalence élevée d'effets secondaires non traités, insatisfaction des patients face à leur traitement) et de l'accessibilité du pharmacien communautaire, il apparaît essentiel que le pharmacien assume un rôle plus important dans la prise en charge de la pharmacothérapie. Le pharmacien est, en effet, en mesure d'évaluer de façon régulière l'évolution de la douleur de son patient et d'ajuster en conséquent les doses des analgésiques afin d'atteindre l'analgésie recherchée. Il a, entre autres, la responsabilité d'identifier tout risque de pharmacodépendance et de gérer les effets secondaires des médicaments. Il peut conseiller directement le patient et lui donner les informations nécessaires qui vont dissiper ses craintes. La formation auprès des pharmaciens devrait englober les aspects physiologiques et pharmacologiques de la douleur, de même que les enjeux sociaux et éthiques. Les ordonnances individuelles, les ordonnances collectives ainsi que les plans de soins documentés représentent des modalités permettant au pharmacien de s'impliquer dans le suivi de la pharmacothérapie de son patient.

❖ **Recommandation 3** : *Les stratégies de formation devraient être basées sur les guides de pratique clinique et les outils de formation devraient être accessibles.*

Compte tenu des problèmes reliés à la qualité des traitements offerts, en particulier en ce qui concerne le recours aux opioïdes dans le traitement de la DCNC (dosage et durée du traitement), ainsi que la prophylaxie ou le traitement des effets secondaires des analgésiques, nous suggérons que le programme de formation porte sur les différentes modalités de traitement en adoptant des pratiques fondées sur des données probantes comme le recours aux guides de pratique clinique. Des outils facilement accessibles et applicables tels que des algorithmes thérapeutiques clairs permettraient aux médecins de prescrire avec plus d'aisance des doses d'opioïdes adaptées au niveau de douleur du patient, et ce, sur une longue période. Tel que mentionné dans la littérature, il est important que les stratégies de formation couvrent les techniques de diagnostics et d'évaluation de la douleur par l'application de grilles d'évaluation validées. L'internet est un moyen de formation et de diffusion de l'information à distance permettant aux cliniciens d'améliorer leurs connaissances et leurs savoir-faire.

❖ **Recommandation 4** : *Faire de l'autogestion de la douleur par le patient un des objectifs de la formation.*

Compte tenu des craintes et des croyances exprimées par les patients quant à la douleur et son traitement, nous suggérons que la formation leur offre les connaissances adéquates et surtout adaptées sur la nature, l'origine et l'évolution de sa douleur, les modalités de traitement pharmacologique et non pharmacologique et les effets secondaires des différents analgésiques utilisés. D'autre part, étant donné la large proportion des patients de notre étude qui ont recours aux médicaments en vente libre, la formation devrait aussi porter sur l'automédication et le potentiel d'interaction entre les médicaments. Ceci permettra de changer leurs fausses croyances en ce qui concerne le traitement de la douleur et limitera l'usage abusif de certains analgésiques en vente libre. Par ailleurs, dans un modèle de soins axé sur le

patient, ce dernier doit participer activement à sa propre prise en charge. Nous suggérons donc que la formation insiste sur l'importance de l'autogestion de la douleur et oriente le patient pour y arriver. La formation devrait lui offrir des outils d'informations comme des dépliants, des outils d'évaluation de la douleur d'application facile, ainsi qu'un carnet de santé qui sera utilisé par le patient pour faire le suivi de sa douleur et indiquer ses objectifs et ses plans d'action.

6 La seconde phase du Programme ACCORD

Dans le cadre du Programme ACCORD, et lors d'un atelier d'une journée, il a été rapporté que, dans un contexte de pénurie de cliniciens, la prise en charge de la douleur chronique ne constitue malheureusement pas une priorité pour plusieurs. Selon les participants à l'atelier, offrir une formation continue interprofessionnelle basée sur la collaboration interdisciplinaire et promouvoir l'autogestion par les patients sont des avenues à explorer afin d'améliorer la qualité des soins et des services offerts. C'est dans ce contexte que le programme AGIR – AutoGestion pour les patients arthrosiques supporté par une équipe Interdisciplinaire Régionale – a été développé par une équipe multidisciplinaire constituée de pharmaciens communautaires, d'infirmiers, de médecins de famille, de médecins spécialistes, de physiothérapeute et de chercheurs. Le programme offre des sessions de formation à l'intention des patients et des cliniciens. Dans le cadre du programme, des cours magistraux et une séance de consultation personnalisée sont offerts aux patients. Les cours portent sur la physiopathologie de l'arthrose, l'impact de la douleur et les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques. Ces cours sont soutenus par un carnet de santé dans lequel les patients définissent leurs objectifs de traitement et leur plan d'action. La session de formation à l'intention des cliniciens, portant notamment sur les recommandations des guides de pratiques cliniques et les fausses croyances entourant la douleur chronique et son traitement, ont pour but d'améliorer les connaissances et compétences des cliniciens et de les initier à la collaboration interprofessionnelle.

En somme, le programme AGIR propose un modèle de soins simple, innovateur et réaliste conçu pour demander peu de temps et d'espace aux professionnels et améliorer l'implication active des patients dans leur propre prise en charge. Un essai clinique est envisagé afin d'évaluer l'efficacité de ce programme à l'échelle régionale. Dans le cas où ce programme influence positivement la qualité de vie des patients, il serait envisageable de l'utiliser à l'échelle provinciale pour d'autres types de DCNC.

Conclusion

Notre étude a permis de dresser le portrait actuel des patients souffrant de DCNC et suivis en première ligne. Il s'agit sans contredit d'une clientèle fragile et affaiblie par plusieurs années de douleur. Ces patients présentent des incapacités fonctionnelles importantes et une souffrance psychologique indéniable. Plusieurs lacunes au niveau de leur pharmacothérapie ont été identifiées. Pour ces patients, maintenir le statu quo n'est pas une alternative raisonnable.

En se basant sur nos résultats, dans le cadre du Programme ACCORD, un programme de formation et d'interventions est actuellement en développement. Par le biais d'une équipe interdisciplinaire régionale, nous espérons ainsi mieux supporter l'autogestion des soins par les patients, améliorer les connaissances et les compétences des cliniciens de la première ligne et stimuler la collaboration interprofessionnelle.

Bien que ce type de programme soit prometteur, son implantation à ce premier pallier de la hiérarchie du système de santé représente un défi majeur. Compte tenu des réformes en cours dans le domaine de la première ligne québécoise, notamment la création des groupes de médecine de famille et l'élargissement des rôles des infirmières et des pharmaciens, cette approche constitue une alternative simple, et réalisable en première ligne.

Bibliographie

1. Moulin DE, Clark AJ, Speechley M, and Morley-Forster PK. Chronic pain in Canada - prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Res Manag* 2002; 7(4): 179-84.
2. Statistics Canada. Health Indicators. Catalogue no.82-221-XIE, Volume 2002, No1. Ottawa, Canada.
3. Statistics Canada Housing Family and Social Statistics Division. A profile of disability in Canada. 89-577-XIE-1-24 2001.
4. Gouvernement du Québec. Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006: les analyses - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Publications du Québec. 2006. Québec, Gouvernement du Québec.
5. Millar WJ. Chronic pain. *Health Rep* 1996; 7(4): 47-53, 51-8.
6. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, and Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA* 1998; 280(2): 147-51.
7. Lynch ME and Watson CP. The pharmacotherapy of chronic pain: a review. *Pain Res Manag* 2006; 11(1): 11-38.
8. Collège des médecins du Québec. Douleur chronique et opioïdes: L'essentiel. Mai 2009 Date d'accès: Mai 2011; Disponible au: http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~~/media/75D08BE5562E45199E184536F9371876.ashx?sc_lang=fr-CA&21127.
9. Nguyen C, Poireau S, Revel M, and Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Rev Rhum* 2009; 76(6): 537-542.
10. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse): Organisation des services de santé. Rapport préparé par Patricia L. Dobkin et Lucy J Boothroyd. *ETMIS* 2006; 2(4): 1-97.
11. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT, Jr., Shekelle P, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007; 147(7): 478-91.

12. Chou R, Fanciullo GJ, Fine PG, Adler JA, Ballantyne JC, Davies P, et al. Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. *J Pain* 2009; 10(2): 113-30.
13. American Geriatrics Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *Pain Med* 2009; 10(6): 1062-83.
14. Attal N, Cruccu G, Baron R, Haanpaa M, Hansson P, Jensen TS, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *Eur J Neurol* 2010; 17(9): 1113-e88.
15. Jovey R, Ennis J, Gardner-Nix J, Goldman B, Hays H, and Lynch M. Use of Opioid analgesics for treatment of chronic noncancer pain - A consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society, 2002. *Pain Res Manage* 2003; 8(A): 3A-14A.
16. Moulin DE, Clark AJ, Gilron I, Ware MA, Watson CP, Sessle BJ, et al. Pharmacological management of chronic neuropathic pain - consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society. *Pain Res Manag* 2007; 12(1): 13-21.
17. O'Connor AB and Dworkin RH. Treatment of neuropathic pain: an overview of recent guidelines. *Am J Med* 2009; 122(10 Suppl): S22-32.
18. Trescot AM, Helm S, Hansen H, Benyamin R, Glaser SE, Adlaka R, et al. Opioids in the management of chronic non-cancer pain: an update of American Society of the Interventional Pain Physicians' (ASIPP) Guidelines. *Pain Physician* 2008; 11(2 Suppl): S5-S62.
19. Gross DP, Ferrari R, Russell AS, Battie MC, Schopflocher D, Hu RW, et al. A population-based survey of back pain beliefs in Canada. *Spine (Phila Pa 1976)* 2006; 31(18): 2142-5.
20. Glattacker M, Heyduck K, and Meffert C. Illness beliefs, treatment beliefs and information needs as starting points for patient information-Evaluation of an intervention for patients with chronic back pain. *Patient Educ Couns Epub ahead of print*.
21. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, and Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10(4): 287-333.

22. Hirsh AT, Atchison JW, Berger JJ, Waxenberg LB, Lafayette-Lucey A, Bulcourf BB, et al. Patient satisfaction with treatment for chronic pain: predictors and relationship to compliance. *Clin J Pain* 2005; 21(4): 302-10.
23. International Association for the Study of Pain Subcommittee on Taxonomy. Classification of chronic pain. Description of chronic pain syndroms and definitions of pain terms. *Pain Suppl* 1966; 3: S1-S226.
24. Merskey H. Logic, truth and language in concepts of pain. *Qual Life Res* 1994; 3 (Suppl 1): S69-76.
25. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire., Février 1999, ANAES Service des Recommandations et Références Professionnelles.
26. World Health Organization. A new understanding of chronic pain. In: Kaplun A, editor. Health promotion and chronic illness. Discovering a new quality of health. Copenhagen: WHO Regional Publications 1992: 141-226.
27. Niv D and Devor M. Chronic pain as a disease in its own right. *Pain Pract* 2004; 4(3): 179-81.
28. Practice guidelines for chronic pain management. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, Chronic Pain Section. *Anesthesiology* 1997; 86(4): 995-1004.
29. Harstall C and Ospina M. How prevalent is chronic pain? *Pain Clinical Updates* 2003; xi(2): 1-4.
30. Jacques E. Six main types of chronic pain. Novembre 2009 Date d'accès: Juillet 2011; Disponible au: http://pain.about.com/od/typesofchronicpain/ss/pain_classifications_6.htm.
31. Boulanger A, Clark AJ, Squire P, Cui E, and Horbay GL. Chronic pain in Canada: have we improved our management of chronic noncancer pain? *Pain Res Manag* 2007; 12(1): 39-47.
32. Schopflocher D, Borowski H, Harstall C, Juzwishin D, Ospina M, and Taenzer P. Chronic Pain in Alberta: A portrait from the 1996 National Population Health Survey and the 2001 Canadian Community Health Survey. 2003:1-26 Edmonton, Alberta, Canada, Health Surveillance, Alberta Health.

33. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, and Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in community. *Lancet* 1999; 354(9186): 1248-52.
34. Rapoport J, Jacobs P, Bell NR, and Klarenbach S. Refining the measurement of the economic burden of chronic diseases in Canada. *Chronic Dis Can* 2004; 25(1): 13-21.
35. Tsang A, Von Korff M, Lee S, Alonso J, Karam E, Angermeyer MC, et al. Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *J Pain* 2008; 9(10): 883-91.
36. Ramage-Morin PL. Douleur chronique chez les personnes âgées au Canada. *Statistiques Canada catalogue 82-003. Rapports sur la santé mars* 2008; 19(1): 1-18.
37. Furlan AD, Sandoval JA, Mailis-Gagnon A, and Tunks E. Opioids for chronic noncancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects. *CMAJ* 2006; 174(11): 1589-94.
38. Hasselstrom J, Liu-Palmgren J, and Rasjo-Wraak G. Prevalence of pain in general practice. *Eur J Pain* 2002; 6(5): 375-85.
39. Helmik C, Felson d, Lawrence R, Gabriel S, Hirsch R, Kwoh C, et al. National Arthritis Data Workgroup. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part I. *Arthritis Rheum* 2008; 58: 15-25.
40. Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, Arnold LM, Choi H, Deyo RA, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. *Arthritis Rheum* 2008; 58(1): 26-35.
41. Gilron I, Watson CP, Cahill CM, and Moulin DE. Neuropathic pain: a practical guide for the clinician. *CMAJ* 2006; 175(3): 265-75.
42. Bowsher D. Neurogenic pain syndromes and their management. *Br Med Bull* 1991; 47(3): 644-66.
43. Davies M, Brophy S, Williams R, and Taylor A. The prevalence, severity, and impact of painful diabetic peripheral neuropathy in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2006; 29(7): 1518-22.

44. Boulton AJ, Vinik AI, Arezzo JC, Bril V, Feldman EL, Freeman R, et al. Diabetic neuropathies: a statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2005; 28(4): 956-62.
45. Oaklander AL and Rissmiller JG. Postherpetic neuralgia after shingles: an under-recognized cause of chronic vulvar pain. *Obstet Gynecol* 2002; 99(4): 625-8.
46. Maguire MF, Ravenscroft A, Beggs D, and Duffy JP. A questionnaire study investigating the prevalence of the neuropathic component of chronic pain after thoracic surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2006; 29(5): 800-5.
47. Katusic S, Williams DB, Beard CM, Bergstralh EJ, and Kurland LT. Epidemiology and clinical features of idiopathic trigeminal neuralgia and glossopharyngeal neuralgia: similarities and differences, Rochester, Minnesota, 1945-1984. *Neuroepidemiology* 1991; 10(5-6): 276-81.
48. Ohayon MM and Schatzberg AF. Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(1): 39-47.
49. Wilson KG, Mikail SF, D'Eon JL, and Minns JE. Alternative diagnostic criteria for major depressive disorder in patients with chronic pain. *Pain* 2001; 91(3): 227-34.
50. Sartorius N, Ustun TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, et al. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care'. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50(10): 819-24.
51. Ohayon MM. Relationship between chronic painful physical condition and insomnia. *J Psychiatr Res* 2005; 39(2): 151-9.
52. Sutton DA, Moldofsky H, and Badley EM. Insomnia and health problems in Canadians. *Sleep* 2001; 24(6): 665-70.
53. Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, Brugha T, De Graaf R, and Alonso J. Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. *J Affect Disord* 2006; 92(2-3): 185-93.
54. Kumpusalo E, Mantyselka P, and Takala J. Chronic pain in primary care. *Fam Pract* 2000; 17(4): 352.

55. Blyth M, March L, Nicholas M, and Cousins M. Chronic pain, work performance and litigation. *Pain* 2003; 103: 41-47.
56. Tarride J, Collet J, and Choinière M. The economic burden of neuropathic pain in Canada. *J Med Econ* 2006; 9: 55-68.
57. Turk DC. Chronic non-malignant pain patients and health economic consequences. *Eur J Pain* 2002; 6(5): 353-5.
58. Berger A, Dukes EM, and Oster G. Clinical characteristics and economic costs of patients with painful neuropathic disorders. *J Pain* 2004; 5(3): 143-9.
59. van Leeuwen MT, Blyth FM, March LM, Nicholas MK, and Cousins MJ. Chronic pain and reduced work effectiveness: the hidden cost to Australian employers. *Eur J Pain* 2006; 10(2): 161-6.
60. Dworkin RH, O'Connor AB, Backonja M, Farrar JT, Finnerup NB, Jensen TS, et al. Pharmacologic management of neuropathic pain: evidence-based recommendations. *Pain* 2007; 132(3): 237-51.
61. Christo PJ, Li S, Gibson SJ, Fine P, and Hameed H. Effective treatments for pain in the older patient. *Curr Pain Headache Rep* 2011; 15(1): 22-34.
62. Manchikanti L, Singh V, Datta S, Cohen SP, and Hirsch JA. Comprehensive review of epidemiology, scope, and impact of spinal pain. *Pain Physician* 2009; 12(4): E35-70.
63. Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Jackson AC, and Houlden RL. Nortriptyline and gabapentin, alone and in combination for neuropathic pain: a double-blind, randomised controlled crossover trial. *Lancet* 2009; 374(9697): 1252-61.
64. Gilron I and Max MB. Combination pharmacotherapy for neuropathic pain: current evidence and future directions. *Expert Rev Neurother* 2005; 5(6): 823-30.
65. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. *Arthritis Rheum* 2000; 43(9): 1905-15.
66. Jordan KM, Arden NK, Doherty M, Bannwarth B, Bijlsma JW, Dieppe P, et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for

International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2003; 62(12): 1145-55.

67. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthr Cartilage* 2008; 16(2): 137-62.
68. Schnitzer TJ. Update on guidelines for the treatment of chronic musculoskeletal pain. *Clin Rheumatol* 2006; 25 (Suppl 1): S22-9.
69. Katz WA and Barkin RL. Dilemmas in chronic/persistent pain management. *Dis Mon* 2010; 56(4): 233-50.
70. Stefanacci R. The Pains of Pain Management Today. *Clinical Geriatrics* 2009; September: 24-25.
71. Simon LS, Lipmann AG, Jacox AK, and al. Pain in osteoarthritis, rheumatoid arthritis and juvenile chronic arthritis. In: *Clinic Practice Guideline, no.2*. American Pain Society (APS), Glenview, IL. 2002: p179.
72. Hochberg MC. What a difference a year makes: reflections on the ACR recommendations for the medical management of osteoarthritis. *Curr Rheumatol Rep* 2001; 3(6): 473-8.
73. Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, Scholten RJ, and van Tulder MW. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: an updated Cochrane review. *Spine (Phila Pa 1976)* 2008; 33(16): 1766-74.
74. Barkin RL, Beckerman M, Blum SL, Clark FM, Koh EK, and Wu DS. Should nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) be prescribed to the older adult? *Drug Aging* 2010; 27(10): 775-89.
75. Barkin RL and Buvanendran A. Focus on the COX-1 and COX-2 agents: renal events of nonsteroidal and anti-inflammatory drugs-NSAIDs. *Am J Ther* 2004; 11(2): 124-9.
76. Fishman SM. Pain and politics: DEA, Congress, and the courts, oh my! *Pain Med* 2006; 7(1): 87-8.

77. Dworkin RH, O'Connor AB, Audette J, Baron R, Gourlay GK, Haanpaa ML, et al. Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: an overview and literature update. *Mayo Clin Proc* 2010; 85(3 Suppl): S3-14.
78. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2008; 67(4): 536-41.
79. Turk DC, Wilson HD, and Cahana A. Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet* 2011; 377(9784): 2226-35.
80. Chamberlin KW, Cottle M, Neville R, and Tan J. Oral oxymorphone for pain management. *Ann Pharmacother* 2007; 41(7): 1144-52.
81. Chou R, Fanciullo GJ, Fine PG, Miaskowski C, Passik SD, and Portenoy RK. Opioids for chronic noncancer pain: prediction and identification of aberrant drug-related behaviors: a review of the evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine clinical practice guideline. *J Pain* 2009; 10(2): 131-46.
82. Finnerup NB, Otto M, McQuay HJ, Jensen TS, and Sindrup SH. Algorithm for neuropathic pain treatment: an evidence based proposal. *Pain* 2005; 118(3): 289-305.
83. Mullican WS and Lacy JR. Tramadol/acetaminophen combination tablets and codeine/acetaminophen combination capsules for the management of chronic pain: a comparative trial. *Clin Ther* 2001; 23(9): 1429-45.
84. Boulanger A, Arsenault P, Béland A, Bélanger A, Cloutier C, Dion D, et al. Algorithme et traitement de la douleur neuropathique. Recommandations d'un forum québécois sur la douleur neuropathique. *MedActuel DPC* 2008; 8(12): 25-30.
85. Budd K. Chronic pain--challenge and response. *Drugs* 1994; 47 Suppl 1: 33-8.
86. Barnung SK, Treschow M, and Borgbjerg FM. Respiratory depression following oral tramadol in a patient with impaired renal function. *Pain* 1997; 71(1): 111-2.
87. Katz WA. Pharmacology and clinical experience with tramadol in osteoarthritis. *Drugs* 1996; 52 Suppl 3: 39-47.

88. Moulin D. Use of methadone for neuropathic pain. *Pain Res Manag* 2003; 8(3): 131-2.
89. Gagnon B, Almahrezi A, and Schreier G. Methadone in the treatment of neuropathic pain. *Pain Res Manag* 2003; 8(3): 149-54.
90. Chou R, Clark E, and Helfand M. Comparative efficacy and safety of long-acting oral opioids for chronic non-cancer pain: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26(5): 1026-48.
91. Lynch ME. A review of the use of methadone for the treatment of chronic noncancer pain. *Pain Res Manag* 2005; 10(3): 133-44.
92. Maxwell JC, Pullum TW, and Tannert K. Deaths of clients in methadone treatment in Texas: 1994-2002. *Drug Alcohol Depend* 2005; 78(1): 73-81.
93. Cruciani RA, Sekine R, Homel P, Lussier D, Yap Y, Suzuki Y, et al. Measurement of QTc in patients receiving chronic methadone therapy. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29(4): 385-91.
94. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guidelines: Assessment and Management of Chronic Pain. 2008 Date d'accès: Juillet 2010; Disponible au: http://www.icsi.org/pain_chronic_assessment_and_management_of_14399/pain_chronic_assessment_and_management_of_guideline.html.
95. Verdu B, Decosterd I, Buclin T, Stiefel F, and Berney A. Antidepressants for the treatment of chronic pain. *Drugs* 2008; 68(18): 2611-32.
96. Lynch ME. Antidepressants as analgesics: a review of randomized controlled trials. *J Psychiatry Neurosci* 2001; 26(1): 30-6.
97. Tan T, Barry P, Reken S, and Baker M. Pharmacological management of neuropathic pain in non-specialist settings: summary of NICE guidance. *BMJ* 2010; 340: c1079.
98. Attal N, Cruccu G, Haanpaa M, Hansson P, Jensen TS, Nurmikko T, et al. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. *Eur J Neurol* 2006; 13(11): 1153-69.
99. Gronseth G, Cruccu G, Alksne J, Argoff C, Brainin M, Burchiel K, et al. Practice parameter: the diagnostic evaluation and treatment of trigeminal neuralgia (an

- evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the European Federation of Neurological Societies. *Neurology* 2008; 71(15): 1183-90.
100. Dworkin RH, Backonja M, Rowbotham MC, Allen RR, Argoff CR, Bennett GJ, et al. Advances in neuropathic pain: diagnosis, mechanisms, and treatment recommendations. *Arch Neurol* 2003; 60(11): 1524-34.
 101. Mason L, Moore RA, Derry S, Edwards JE, and McQuay HJ. Systematic review of topical capsaicin for the treatment of chronic pain. *BMJ* 2004; 328(7446): 991.
 102. Matthews P, Derry S, Moore RA, and McQuay HJ. Topical rubefacients for acute and chronic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2009(3): CD007403.
 103. Hippisley-Cox J, Coupland C, and Logan R. Risk of adverse gastrointestinal outcomes in patients taking cyclo-oxygenase-2 inhibitors or conventional non-steroidal anti-inflammatory drugs: population based nested case-control analysis. *BMJ* 2005; 331(7528): 1310-6.
 104. Kearney PM, Baigent C, Godwin J, Halls H, Emberson JR, and Patrono C. Do selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors and traditional non-steroidal anti-inflammatory drugs increase the risk of atherothrombosis? Meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2006; 332(7553): 1302-8.
 105. Rostom A, Goldkind L, and Laine L. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and hepatic toxicity: a systematic review of randomized controlled trials in arthritis patients. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005; 3(5): 489-98.
 106. Caldwell B, Aldington S, Weatherall M, Shirtcliffe P, and Beasley R. Risk of cardiovascular events and celecoxib: a systematic review and meta-analysis. *J R Soc Med* 2006; 99(3): 132-40.
 107. Antman EM, Bennett JS, Daugherty A, Furberg C, Roberts H, and Taubert KA. Use of nonsteroidal antiinflammatory drugs: an update for clinicians: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2007; 115(12): 1634-42.
 108. British Columbia Medical Association and British Columbia Ministry of Health Services Advisory Subcommittee. *Osteoarthritis in Peripheral Joints - Diagnosis and Treatment*. September 2008 Date d'accès: Octobre 2009; Disponible au: <http://www.bcguidelines.ca/pdf/oa.pdf>.

109. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Treatment of Osteoarthritis of the Knee (non arthroplasty). Full Guidelines. December 2008 Date d'accès; Disponible au: <http://www.aaos.org/research/guidelines/OAKguideline.pdf>.
110. Tielemans MM, Eikendal T, Jansen JB, and van Oijen MG. Identification of NSAID users at risk for gastrointestinal complications: a systematic review of current guidelines and consensus agreements. *Drug Saf* 2010; 33(6): 443-53.
111. Rostom A, Moayyedi P, and Hunt R. Canadian consensus guidelines on long-term nonsteroidal anti-inflammatory drug therapy and the need for gastroprotection: benefits versus risks. *Aliment Pharmacol Ther* 2009; 29: 481-496.
112. Juurlink DN, Gomes T, Ko DT, Szmitko PE, Austin PC, Tu JV, et al. A population-based study of the drug interaction between proton pump inhibitors and clopidogrel. *CMAJ* 2009; 180(7): 713-8.
113. Tannenbaum H, Bombardier C, Davis P, and Russell AS. An evidence-based approach to prescribing nonsteroidal antiinflammatory drugs. Third Canadian Consensus Conference. *J Rheumatol* 2006; 33(1): 140-57.
114. Benyamin R, Trescot AM, Datta S, Buenaventura R, Adlaka R, Sehgal N, et al. Opioid complications and side effects. *Pain Physician* 2008; 11(2 Suppl): S105-20.
115. Bannwarth B. Risk-benefit assessment of opioids in chronic noncancer pain. *Drug Saf* 1999; 21(4): 283-96.
116. Kalso E, Edwards JE, Moore RA, and McQuay HJ. Opioids in chronic non-cancer pain: systematic review of efficacy and safety. *Pain* 2004; 112(3): 372-80.
117. Candiotti KA and Gitlin MC. Review of the effect of opioid-related side effects on the undertreatment of moderate to severe chronic non-cancer pain: tapentadol, a step toward a solution? *Curr Med Res Opin* 2010; 26(7): 1677-84.
118. Nicholson B. Responsible prescribing of opioids for the management of chronic pain. *Drugs* 2003; 63(1): 17-32.
119. Moulin DE, Iezzi A, Amireh R, Sharpe WK, Boyd D, and Merskey H. Randomised trial of oral morphine for chronic non-cancer pain. *Lancet* 1996; 347(8995): 143-7.

120. Panchal SJ, Muller-Schwefe P, and Wurzelmann JI. Opioid-induced bowel dysfunction: prevalence, pathophysiology and burden. *Int J Clin Pract* 2007; 61(7): 1181-7.
121. Bell TJ, Panchal SJ, Miaskowski C, Bolge SC, Milanova T, and Williamson R. The prevalence, severity, and impact of opioid-induced bowel dysfunction: results of a US and European Patient Survey (PROBE 1). *Pain Med* 2009; 10(1): 35-42.
122. Collett BJ. Opioid tolerance: the clinical perspective. *Br J Anaesth* 1998; 81(1): 58-68.
123. Silverman SM. Opioid induced hyperalgesia: clinical implications for the pain practitioner. *Pain Physician* 2009; 12(3): 679-84.
124. Chu LF, Angst MS, and Clark D. Opioid-induced hyperalgesia in humans: molecular mechanisms and clinical considerations. *Clin J Pain* 2008; 24(6): 479-96.
125. Savage SR, Joranson DE, Covington EC, Schnoll SH, Heit HA, and Gilson AM. Definitions related to the medical use of opioids: evolution towards universal agreement. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26(1): 655-67.
126. Collett BJ. Chronic opioid therapy for non-cancer pain. *Br J Anaesth* 2001; 87(1): 133-43.
127. Nicholson B and Passik SD. Management of chronic noncancer pain in the primary care setting. *South Med J* 2007; 100(10): 1028-36.
128. Michna E, Jamison RN, Pham LD, Ross EL, Janfaza D, Nedeljkovic SS, et al. Urine toxicology screening among chronic pain patients on opioid therapy: frequency and predictability of abnormal findings. *Clin J Pain* 2007; 23(2): 173-9.
129. Fishbain DA, Cole B, Lewis J, Rosomoff HL, and Rosomoff RS. What percentage of chronic nonmalignant pain patients exposed to chronic opioid analgesic therapy develop abuse/addiction and/or aberrant drug-related behaviors? A structured evidence-based review. *Pain Med* 2008; 9(4): 444-59.
130. Buskila D, Abramov G, Biton A, and Neumann L. The prevalence of pain complaints in a general population in Israel and its implications for utilization of health services. *J Rheumatol* 2000; 27(6): 1521-5.

131. Von Korff M, Wagner EH, Dworkin SF, and Saunders KW. Chronic pain and use of ambulatory health care. *Psychosom Med* 1991; 53(1): 61-79.
132. Blyth FM, March LM, and Cousins MJ. Chronic pain-related disability and use of analgesia and health services in a Sydney community. *Med J Aust* 2003; 179(2): 84-7.
133. Mantyselka P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinamaki H, et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain* 2001; 89(2-3): 175-80.
134. Becker N, Bondegaard Thomsen A, Olsen AK, Sjogren P, Bech P, and Eriksen J. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain* 1997; 73(3): 393-400.
135. Clark JD. Chronic pain prevalence and analgesic prescribing in a general medical population. *J Pain Symptom Manage* 2002; 23(2): 131-7.
136. Dewar A, White M, Posade ST, and Dillon W. Using nominal group technique to assess chronic pain, patients' perceived challenges and needs in a community health region. *Health Expect* 2003; 6(1): 44-52.
137. Sadowski CA, Carrie AG, Grymonpre RE, Metge CJ, and St John P. Access and intensity of use of prescription analgesics among older Manitobans. *Can J Clin Pharmacol* 2009; 16(2): e322-30.
138. Veillette Y, Dion D, Altier N, and Choiniere M. The treatment of chronic pain in Quebec: a study of hospital-based services offered within anesthesia departments. *Can J Anaesth* 2005; 52(6): 600-6.
139. Schappert SM and Burt CW. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 2001-02. *Vital Health Stat* 13 2006(159): 1-66.
140. Stagnitti MN. Trends in outpatient prescription analgesics utilization and expenditures for the U.S. civilian noninstitutionalized population, 1996 and 2006. Date d'accès: Juillet 2011; Disponible au: http://www.meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st235/stat235.pdf.
141. Olsen Y, Daumit GL, and Ford DE. Opioid prescriptions by U.S. primary care physicians from 1992 to 2001. *J Pain* 2006; 7(4): 225-35.

142. Rolita L and Freedman M. Over-the-counter medication use in older adults. *J Gerontol Nurs* 2008; 34(4): 8-17.
143. Vallerand AH, Fouladbakhsh JM, and Templin T. Self-treatment of pain in a rural area. *J Rural Health* 2004; 20(2): 166-72.
144. Roumie CL and Griffin MR. Over-the-counter analgesics in older adults: a call for improved labelling and consumer education. *Drug Aging* 2004; 21(8): 485-98.
145. Riley-Doucet CK, Fouladbakhsh JM, and Vallerand AH. Canadian and American self-treatment of pain: a comparison study. *Rural Remote Health* 2004; 4(3): 286.
146. Feinberg D. ACPA Medications and Chronic Pain. Supplement 2007 Date d'accès: July 2011; Disponible au: <http://www.thecpa.org>.
147. McDermott AM, Toelle TR, Rowbotham DJ, Schaefer CP, and Dukes EM. The burden of neuropathic pain: results from a cross-sectional survey. *Eur J Pain* 2006; 10(2): 127-35.
148. Gilron I, Bailey J, Weaver DF, and Houlden RL. Patients' attitudes and prior treatments in neuropathic pain: a pilot study. *Pain Res Manag* 2002; 7(4): 199-203.
149. O'Connor AB. Neuropathic pain: quality-of-life impact, costs and cost effectiveness of therapy. *Pharmacoeconomics* 2009; 27(2): 95-112.
150. Gislason GH, Rasmussen JN, Abildstrom SZ, Schramm TK, Hansen ML, Fosbol EL, et al. Increased mortality and cardiovascular morbidity associated with use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in chronic heart failure. *Arch Intern Med* 2009; 169(2): 141-9.
151. Thieffn G and Schwalm MS. Underutilization of gastroprotective drugs in patients receiving non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Dig Liver Dis* 2011; 43(3): 209-14.
152. Olsen Y and Daumit GL. Chronic pain and narcotics: a dilemma for primary care. *J Gen Intern Med* 2002; 17(3): 238-40.
153. Noble M, Tregear SJ, Treadwell JR, and Schoelles K. Long-term opioid therapy for chronic noncancer pain: a systematic review and meta-analysis of efficacy and safety. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35(2): 214-28.

154. Breivik H. Opioids in chronic non-cancer pain, indications and controversies. *Eur J Pain* 2005; 9(2): 127-30.
155. Ponte CD and Johnson-Tribino J. Attitudes and knowledge about pain: an assessment of West Virginia family physicians. *Fam Med* 2005; 37(7): 477-80.
156. Stannard C and Johnson M. Chronic pain management--can we do better? An interview-based survey in primary care. *Curr Med Res Opin* 2003; 19(8): 703-6.
157. Morley-Forster PK, Clark AJ, Speechley M, and Moulin DE. Attitudes toward opioid use for chronic pain: a Canadian physician survey. *Pain Res Manag* 2003; 8(4): 189-94.
158. Allaria-Lapierre V, Blanc V, Jacquème B, Horte C, and Chanut C. Prise en charge ambulatoire de la douleur chronique. *Prat Organ Soins* 2007; 38(1): 21-29.
159. Leroux-Lapointe V, Choinière M, Dion D, Lamarre D, Thiffault R, Lussier D, et al. Programme ACCORD: knowledge, attitudes and beliefs of community pharmacists about non-cancer chronic pain. 13th World Congress on Pain. International Association for the Study of Pain. Montreal, Québec, 29 août-2 septembre 2010 (affiche). [Date d'accès Septembre 2011]; Disponible au: <http://posters.fl000.com/Image?posterID=508&type=poster>.
160. Vallerand A and Nowak L. Chronic opioid therapy for nonmalignant pain: the patient's perspective. Part I--life before and after opioid therapy. *Pain Manag Nurs* 2009; 10(3): 165-72.
161. Dobscha SK, Corson K, Flores JA, Tansill EC, and Gerrity MS. Veterans affairs primary care clinicians' attitudes toward chronic pain and correlates of opioid prescribing rates. *Pain Med* 2008; 9(5): 564-71.
162. Potter M, Schafer S, Gonzalez-Mendez E, Gjeltema K, Lopez A, Wu J, et al. Opioids for chronic nonmalignant pain. Attitudes and practices of primary care physicians in the UCSF/Stanford Collaborative Research Network. University of California, San Francisco. *J Fam Pract* 2001; 50(2): 145-51.
163. Breuer B, Cruciani R, and Portenoy RK. Pain management by primary care physicians, pain physicians, chiropractors, and acupuncturists: a national survey. *South Med J* 2010; 103(8): 738-47.

164. Nwokeji ED, Rascati KL, Brown CM, and Eisenberg A. Influences of attitudes on family physicians' willingness to prescribe long-acting opioid analgesics for patients with chronic nonmalignant pain. *Clin Ther* 2007; 29 Suppl: 2589-602.
165. Foster NE, Thomas E, Bishop A, Dunn KM, and Main CJ. Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain* 2010; 148(3): 398-406.
166. Foster NE, Bishop A, Thomas E, Main C, Horne R, Weinman J, et al. Illness perceptions of low back pain patients in primary care: what are they, do they change and are they associated with outcome? *Pain* 2008; 136(1-2): 177-87.
167. Bishop A, Foster NE, Thomas E, and Hay EM. How does the self-reported clinical management of patients with low back pain relate to the attitudes and beliefs of health care practitioners? A survey of UK general practitioners and physiotherapists. *Pain* 2008; 135(1-2): 187-95.
168. Mardby AC, Akerlind I, and Jorgensen T. Beliefs about medicines and self-reported adherence among pharmacy clients. *Patient Educ Couns* 2007; 69(1-3): 158-64.
169. Unni EJ and Farris KB. Unintentional non-adherence and belief in medicines in older adults. *Patient Educ Couns*; 83(2): 265-8.
170. Lebow J. Consumer satisfaction with mental health treatment. *Psychol Bull* 1982; 91(2): 244-59.
171. Evans CJ, Trudeau E, Mertzanis P, Marquis P, Pena BM, Wong J, et al. Development and validation of the Pain Treatment Satisfaction Scale (PTSS): a patient satisfaction questionnaire for use in patients with chronic or acute pain. *Pain* 2004; 112(3): 254-66.
172. Slade SC and Keating JL. Measurement of participant experience and satisfaction of exercise programs for low back pain: a structured literature review. *Pain Med* 2010; 11(10): 1489-99.
173. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. American Pain Society Quality of Care Committee. *JAMA* 1995; 274(23): 1874-80.
174. Gureje O, Simon GE, and Von Korff M. A cross-national study of the course of persistent pain in primary care. *Pain* 2001; 92(1-2): 195-200.

175. American Pain Society. Chronic Pain in America: Roadblocks to relief. Janvier 1999 Date d'accès: Juillet 2010; Disponible au: http://www.ampainsoc.org/resources/roadblocks/conclude_road.htm.
176. Consortium RUIS de l'Université de Montréal. Date d'accès; Disponible au: <http://www.ruis.umontreal.ca/a-propos-du-ruis-de-ludem/territoire.html>.
177. Cleeland CS and Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore* 1994; 23(2): 129-38.
178. Kosinski M, Janagap CC, Gajria K, and Schein J. Psychometric testing and validation of the Chronic Pain Sleep Inventory. *Clin Ther* 2007; 29 Suppl: 2562-77.
179. Zigmond AS and Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67(6): 361-70.
180. Villeneuve J, Genest J, Blais L, Vanier MC, Lamarre D, Fredette M, et al. A cluster randomized controlled Trial to Evaluate an Ambulatory primary care Management program for patients with dyslipidemia: the TEAM study. *Cmaj* 2008; 182(5): 447-55.
181. Lalonde L, Normandeau M, Lamarre D, Lord A, Berbiche D, Corneille L, et al. Evaluation of a training and communication-network nephrology program for community pharmacists. *Pharm World Sci* 2008; 30(6): 924-33.
182. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. *Atlas de la Santé et des Services sociaux du Québec* Date d'accès: Janvier 2009; Disponible au: http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=7.
183. Tyler EJ, Jensen MP, Engel JM, and Schwartz L. The reliability and validity of pain interference measures in persons with cerebral palsy. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83(2): 236-9.
184. McDowell I, *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. 3rd ed 2006, Oxford ; Toronto: Oxford University Press.
185. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, and Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2002; 52(2): 69-77.

186. Castro MM, Quarantini L, Batista-Neves S, Kraychete DC, Daltro C, and Miranda-Scippa A. Validity of the hospital anxiety and depression scale in patients with chronic pain. *Rev Bras Anesthesiol* 2006; 56(5): 470-7.
187. Korff MV, Saunders K, Thomas Ray G, Boudreau D, Campbell C, Merrill J, et al. De facto long-term opioid therapy for noncancer pain. *Clin J Pain* 2008; 24(6): 521-7.
188. Jouini G, Choinière M, Dion D, Martin E, Lussier D, Perreault S, et al. ACCORD: validation of a French version of the pain treatment satisfaction scale in primary care patients with non-cancer chronic pain., in *Canadian Association for Population Therapeutics (CAPT) 2010 Annual Conference*. Winter 2010, Can J Clin Pharmacol Winter 2010; 17(1):e-116; 26: Toronto, Ontario.
189. Gunnarsdottir S, Donovan HS, Serlin RC, Voge C, and Ward S. Patient-related barriers to pain management: the Barriers Questionnaire II (BQ-II). *Pain* 2002; 99(3): 385-96.
190. Barcellos de Souza J, Vanasse A, Cissé A, Asghari S, Dion D, Choinière M, et al. Portrait de la douleur chronique au Canada: les femmes souffrent-elles plus que les hommes? *Douleur Analg* 2009; 22: 134-9.
191. Fillingim RB. Individual differences in pain responses. *Curr Rheumatol Rep* 2005; 7(5): 342-7.
192. Thomsen AB, Sorensen J, Sjogren P, and Eriksen J. Chronic non-malignant pain patients and health economic consequences. *Eur J Pain* 2002; 6(5): 341-52.
193. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, and Cousins MJ. Chronic pain and frequent use of health care. *Pain* 2004; 111(1-2): 51-8.
194. Tang NK and Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med* 2006; 36(5): 575-86.
195. Collège des médecins de famille du Canada. Sondage d'opinion publique sur les temps d'attente. [Sondage effectué par le Centre de recherche Décima pour le Collège]. Mississauga, Ontario: Collège des médecins de famille du Canada;2006.
196. Collège des médecins de famille du Canada. La médecine familiale au Canada une vision d'avenir. Novembre 2004 Date d'accès: septembre 2011; Disponible au: http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/FAMILY_MEDICINE_IN_CANADA_French.pdf.

197. Mailis-Gagnon A, Yegneswaran B, Lakha SF, Nicholson K, Steiman AJ, Ng D, et al. Pain characteristics and demographics of patients attending a university-affiliated pain clinic in Toronto, Ontario. *Pain Res Manag* 2007; 12(2): 93-9.
198. Clark AJ, Beauprie I, Clark LB, and Lynch ME. A triage approach to managing a two year wait-list in a chronic pain program. *Pain Res Manag* 2005; 10(3): 155-7.
199. Wallace JM. The pharmacist's role in managing chronic opioid therapy. *Curr Pain Headache Rep* 2006; 10(4): 245-52.
200. Ratka A. The role of a pharmacist in ambulatory cancer pain management. *Curr Pain Headache Rep* 2002; 6(3): 191-6.
201. Gomes T, Juurlink DN, Dhalla IA, Mailis-Gagnon A, Paterson JM, and Mamdani MM. Trends in opioid use and dosing among socio-economically disadvantaged patients. *Open Med* 2011; 5(1): e13-22.
202. Sostres C, Gargallo CJ, Arroyo MT, and Lanas A. Adverse effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs, aspirin and coxibs) on upper gastrointestinal tract. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2010; 24(2): 121-32.
203. Lanas A, Tornero J, and Zamorano JL. Assessment of gastrointestinal and cardiovascular risk in patients with osteoarthritis who require NSAIDs: the LOGICA study. *Ann Rheum Dis* 2010; 69(8): 1453-8.
204. Porreca F and Ossipov MH. Nausea and vomiting side effects with opioid analgesics during treatment of chronic pain: mechanisms, implications, and management options. *Pain Med* 2009; 10(4): 654-62.
205. Gehling M, Hermann B, and Tryba M. Meta-analysis of dropout rates in randomized controlled clinical trials: opioid analgesia for osteoarthritis pain. *Schmerz* 2011; 25(3): 296-305.
206. Choi YS and Billings JA. Opioid antagonists: a review of their role in palliative care, focusing on use in opioid-related constipation. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24(1): 71-90.
207. Cherny N, Ripamonti C, Pereira J, Davis C, Fallon M, McQuay H, et al. Strategies to manage the adverse effects of oral morphine: an evidence-based report. *J Clin Oncol* 2001; 19(9): 2542-54.

208. Williams RE, Bosnic N, Sweeney CT, Duncan AW, Levine KB, Brogan M, et al. Prevalence of opioid dispensings and concurrent gastrointestinal medications in Quebec. *Pain Res Manag* 2008; 13(5): 395-400.
209. Williams RE, Bosnic N, Duncan AW, Brogan M, and Cook SF. Prevalence of opioid dispensings and concurrent gastrointestinal medications in an elderly population from Ontario, Canada. *J Opioid Manag* 2008; 4(4): 193-200.
210. Straus S, Tetroe J, and Graham ID. Knowledge translation in health care. Moving from evidence to practice. 2009, London: Wiley-Blackwell.
211. Adriaensen H, Vissers K, Noorduyn H, and Meert T. Opioid tolerance and dependence: an inevitable consequence of chronic treatment? *Acta Anaesthesiol Belg* 2003; 54(1): 37-47.
212. Auret K and Schug SA. Underutilisation of opioids in elderly patients with chronic pain: approaches to correcting the problem. *Drug Aging* 2005; 22(8): 641-54.
213. Blake S, Ruel B, Seamark C, and Seamark D. Experiences of patients requiring strong opioid drugs for chronic non-cancer pain: a patient-initiated study. *Br J Gen Pract* 2007; 57(535): 101-8.
214. International Association for the Study of Pain. Desirable characteristics for pain treatment facilities. 1990 Date d'accès: October 2011; Disponible au: <http://www.iasp-pain.org/desirabl.html>
215. Cleeland CS, Reyes-Gibby CC, Schall M, Nolan K, Paice J, Rosenberg JM, et al. Rapid improvement in pain management: the Veterans Health Administration and the institute for healthcare improvement collaborative. *Clin J Pain* 2003; 19(5): 298-305.
216. Chronic Pain Management Group Treatment Program. Date d'accès: Octobre 2011; Disponible au: <http://www.ottawahospital.on.ca/wps/portal/Base/TheHospital/ClinicalServices/DeptPgrmCS/Programs/RehabilitationCentre/ServicesAndClinics/ChronicPainManagementGroupTreatmentPrgm/>
217. Dobscha SK, Corson K, Perrin NA, Hanson GC, Leibowitz RQ, Doak MN, et al. Collaborative care for chronic pain in primary care: a cluster randomized trial. *JAMA* 2009; 301(12): 1242-52.

218. Villeneuve J, Genest J, Fredette M, Blais L, Perreault S, Berbiche D, et al. A cluster randomized controlled trial to evaluate an ambulatory primary care management program for patients with dyslipidemia : TEAM study. *Circulation* 2008; 228(18 Suppl 2): S1151.
219. Rapport de l'OMS-Europe. Therapeutic Patient Education — Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease 1996.
220. Scheen AJ, Bourguignon JP, and Guillaume M. Therapeutic education: a solution to reduce therapeutic inertia and noncompliance. *Rev Med Liege* 2010; 65(5-6): 250-5.
221. Jordan KM, Sawyer S, Coakley P, Smith HE, Cooper C, and Arden NK. The use of conventional and complementary treatments for knee osteoarthritis in the community. *Rheumatology (Oxford)* 2004; 43(3): 381-4.
222. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part I: critical appraisal of existing treatment guidelines and systematic review of current research evidence. *Osteoarthr Cartilage* 2007; 15(9): 981-1000.
223. Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, Abramson S, Altman RD, Arden NK, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: part III: Changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthr Cartilage* 2010; 18(4): 476-99.
224. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, and Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care* 2002; 25(7): 1159-71.
225. Deakin T, McShane CE, Cade JE, and Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2005(2): CD003417.
226. Bennett MI, Bagnall AM, and Jose Closs S. How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain? Systematic review and meta-analysis. *Pain* 2009; 143(3): 192-9.
227. Bennett MI, Bagnall AM, Raine G, Closs SJ, Blenkinsopp A, Dickman A, et al. Educational interventions by pharmacists to patients with chronic pain: systematic review and meta-analysis. *Clin J Pain* 2011; 27(7): 623-30.

228. Morlion B, Kempke S, Luyten P, Coppens E, and Van Wambeke P. Multidisciplinary pain education program (MPEP) for chronic pain patients: preliminary evidence for effectiveness and mechanisms of change. *Curr Med Res Opin* 2011; 27(8): 1595-601.
229. Turner JA, Ersek M, and Kemp C. Self-efficacy for managing pain is associated with disability, depression, and pain coping among retirement community residents with chronic pain. *J Pain* 2005; 6(7): 471-9.
230. Petkova VB. Education for arthritis patients: a community pharmacy based pilot project. *Pharmacy Practice (internet)* 2009; 7(2): 88-93.
231. Riemsma RP, Kirwan JR, Taal E, and Rasker JJ. Patient education for adults with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2003(2): CD003688.
232. Norrbrink Budh C, Kowalski J, and Lundeberg T. A comprehensive pain management programme comprising educational, cognitive and behavioural interventions for neuropathic pain following spinal cord injury. *J Rehabil Med* 2006; 38(3): 172-80.
233. Ahles TA, Wasson JH, Seville JL, Johnson DJ, Cole BF, Hanscom B, et al. A controlled trial of methods for managing pain in primary care patients with or without co-occurring psychosocial problems. *Ann Fam Med* 2006; 4(4): 341-50.
234. Williams NH, Amoakwa E, Belcher J, Edwards RT, Hassani H, Hendry M, et al. Activity Increase Despite Arthritis (AIDA): phase II randomised controlled trial of an active management booklet for hip and knee osteoarthritis in primary care. *Br J Gen Pract* 2011; 61(589): e452-8.
235. Von Korff M, Moore JE, Lorig K, Cherkin DC, Saunders K, Gonzalez VM, et al. A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine (Phila Pa 1976)* 1998; 23(23): 2608-15.
236. Blakeman T, Macdonald W, Bower P, Gately C, and Chew-Graham C. A qualitative study of GPs' attitudes to self-management of chronic disease. *Br J Gen Pract* 2006; 56(527): 407-14.
237. La Société de l'arthrite. Programme d'initiative personnelle contre l'Arthrite (PIPA). Date d'accès: Septembre 2011; Disponible au: <http://www.arthrite.ca/local%20programs/ca/programs%20and%20services/asmp/default.asp?s=1>.

238. Pineault R, Tousignant P, Roberge D, Lamarche P, Reinharz D, Larouche D, et al. Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec. 2005 Date d'accès: September 2011; Disponible au: http://www.greas.ca/publication/pdfrapport/rapport_detaille_francais.pdf.
239. Sullivan MD, Gaster B, Russo J, Bowlby L, Rocco N, Sinex N, et al. Randomized trial of web-based training about opioid therapy for chronic pain. *Clin J Pain*; 26(6): 512-7.
240. Kowacs PA, Twardowschy CA, Piovesan EJ, Dal-Pra Ducci R, Cirino RH, Hamdar F, et al. General practice physician knowledge about headache: evaluation of the municipal continual medical education program. *Arq Neuropsiquiatr* 2009; 67(3A): 595-9.
241. Harris JM, Jr., Elliott TE, Davis BE, Chabal C, Fulginiti JV, and Fine PG. Educating generalist physicians about chronic pain: live experts and online education can provide durable benefits. *Pain Med* 2008; 9(5): 555-63.
242. Beaulieu M, Choquette D, Rahme E, Bessette L, and Carrier R. CURATA: A patient health management program for the treatment of osteoarthritis in Quebec: an integrated approach to improving the appropriate utilization of anti-inflammatory/analgesic medications. *Am J Manag Care* 2004; 10(8): 569-75.
243. Ray WA, Stein CM, Byrd V, Shorr R, Pichert JW, Gideon P, et al. Educational program for physicians to reduce use of non-steroidal anti-inflammatory drugs among community-dwelling elderly persons: a randomized controlled trial. *Med Care* 2001; 39(5): 425-35.
244. Lineker SC, Bell MJ, and Badley EM. Evaluation of an inter-professional educational intervention to improve the use of arthritis best practices in primary care. *J Rheumatol* 2011; 38(5): 931-7.

ANNEXE I : Liste des analgésiques documentés

Classe thérapeutique	Dénomination commune internationale
Dérivé para-aminophénolique	Acétaminophène
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	
	Acide acétylsalicylique
Acides acétiques	Diclofénac Étodolac Indométhacine Kétorolac Nabumétone
Acides propioniques	Ibuprofène Fénopropène Flurbiprofène Kétopropène Naproxène Oxaprazin
Fénamates	Acide méfénamique Meclofénamate
Oxicams	Piroxicam Méloxiam
Coxibs	Célécoxib
Opioïdes	
Agoniste de la morphine (Morphine-like agonists)	Morphine Hydromorphone Oxymorphone Lévorphanol Codéine Hydrocodone Oxycodone
Agoniste de la mépéridine (Meperidine-like agonists)	Mépéridine Fentanyl
Agoniste de la méthadone (Methadone-like agonists)	Méthadone Propoxyphène
Dérivés agonistes antagonistes (Agonist-Antagonist derivatives)	Pentazocine Butorphanol Nalbuphine Buprenorphine
Antagonistes	Naloxone
Analgésique à action centrale	Tramadol
Dérivés benzomorphiniques	Pentazocine
Cannabinoïdes synthétiques	Nabilone Dronabilone
Cannabinoïdes naturels	Tétra-hydrocannabinol et cannabidiol

Anticonvulsivants	
Analogues de l'ac gamma-aminobutyrique	Gabapentine Prégabaline
Dérivés de l'imino-stilbène	Carbamazépine Oxcarbazépine
Dérivés de l'acide carboxylique	Acide valproïque
Autres anticonvulsivants	Lamotrigine Topiramate Divalproex
Antidépresseurs	
Antidépresseurs tri et tétra-cycliques	Amitriptyline Nortriptyline Clomipramine Imipramine Désipramine Mirtazapine Doxépine Trimipramine Maprotiline
Inhibiteurs de recapture de la sérotonine	Citalopram Escitalopram Fluoxétine Fluvoxamine Paroxétine Sertraline Trazodone
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline	Venlafaxine Duloxétine
Autres antidépresseurs	Bupropion
Relaxants musculaires	
Benzodiazépines	Diazépam Tétrazépam
Dérivés de l'acide gamma-aminobutyrique	Baclofen
Dérivés de l'acide carbamique	Méthocarbamol
Myorelaxants à action centrale	Cyclobenzaprine Tizanidine
Autres relaxants musculaires	Thiocolchicoside

ANNEXE II : Questionnaire téléphonique

ÉTUDE ACCORD – VOLET 2A

*La douleur chronique non cancéreuse
en soins de première ligne :
Portrait de la situation*

ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE POUR LES PATIENTS FRANCOPHONES

Chercheuses :

Lyne Lalonde, Ph.D.

Faculté de pharmacie – Université de Montréal

Équipe de recherche en soins de première ligne – Centre de santé et de services sociaux de Laval

Manon Choinière, Ph.D.

Faculté de médecine – Université de Montréal

Dominique Dion, M.D.

Faculté de médecine – Université de Montréal

INSTRUCTIONS À L'INTERVIEWER :

Ce questionnaire est conçu pour une entrevue téléphonique. Le texte en **ITALIQUE** représente les directives aux interviewers et **ne doit pas** être lu aux patients.

Pour toutes les questions, s'il vous plaît utiliser les codes suivants au besoin :

666..... Le patient est incapable de donner une réponse
777..... Le patient refuse de répondre
888..... La question ne s'applique pas au patient
999..... La question n'a pas été posée

IDENTIFICATION DU PATIENT

INITIALES DU PATIENT

Tdebut : Heure du début de l'entrevue : _____ hre _____ min

SECTION A

A1. Depuis combien de temps ressentez-vous votre douleur?

SPÉCIFIEZ LE NOMBRE D'ANNÉES ET DE MOIS (EX. : 00 ANNÉE ET 06 MOIS)

années mois

A2. À quelle fréquence avez-vous eu de la douleur au cours des 7 derniers jours?

₁ Continuellement..... Allez à la question A3

₂ Occasionnellement..... Allez à la question A2a

₃ Jamais..... Allez à la question A2b

A2a. Approximativement combien de jours au cours des 7 derniers jours avez-vous ressenti de la douleur?

_____ jours..... Allez à la question A3

A2b. Combien de jours au cours du dernier mois avez-vous ressenti de la douleur?

_____ jours..... Allez à la question A3

A3. Quelles sont les circonstances qui sont à l'origine de votre douleur?

NE LISEZ PAS LES CHOIX. COCHEZ LA OU LES CASE(S) CORRESPONDANT À LA OU AUX RÉPONSE(S) DONNÉES PAR LE PATIENT.

_{A3a1} Accident de travail

_{A3a2} Accident avec véhicule motorisé

_{A3a3} Accident à la maison

_{A3a4} Accident de sport

_{A3a5} Durant ou à la suite d'un cancer

_{A3a6} Durant ou à la suite d'une maladie (autre que le cancer)

A3a6b Spécifiez la maladie : _____

A3a7 À la suite d'une chirurgie

A3a7b Spécifiez la chirurgie : _____

A3a8 Mouvement répétitif / trauma

A3a9 Événement stressant

A3a10 Aucun événement précis

A3a11 Autre raison ou événement

A3a11b Spécifiez : _____

A4. À quels endroits avez-vous mal habituellement?

NE LISEZ PAS LES CHOIX. COCHEZ DANS LA LISTE SUIVANTE LA OU LES RÉPONSES DONNÉES PAR LE PATIENT.

A4a1 Tête

A4a2 Mâchoire

A4a3 Cou

A4a4 Épaule droite

A4a5 Épaule gauche

A4a6 Bras droit

A4a7 Bras gauche

A4a8 Coude droit

A4a9 Coude gauche

A4a10 Avant-bras droit

A4a11 Avant-bras gauche

A4a12 Poignet droit

A4a13 Poignet gauche

A4a14 Main droite

A4a15 Main gauche

A4a16 Poitrine

A4a17 Abdomen

A4a18 Haut du dos

A4a19 Milieu du dos

A4a20 Bas du dos

A4a21 Hanche droite

A4a22 Hanche gauche

A4a23 Jambe droite

A4a24 Jambe gauche

A4a25 Cuisse droite

A4a26 Cuisse gauche

A4a27 Genou droit

A4a28 Genou gauche

A4a29 Mollet droit

A4a30 Mollet gauche

A4a31 Cheville droite

A4a32 Cheville gauche

A4a33 Pied droit

A4a34 Pied gauche

A4a35 Membre fantôme

A4a36 Autres :

A4a36b Spécifiez : _____

A5. Je vais vous lire une liste de diagnostics qui pourraient être à l'origine de votre douleur. S'il vous plaît, arrêtez-moi chaque fois que je nomme un diagnostic qui correspond à votre condition.

- | | | | |
|--------------|--|---|---|
| A5a1 | Douleur lombaire chronique (douleur au bas du dos) | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₀ Non |
| A5a2 | Douleur cervicale chronique (douleur au cou) | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₀ Non |
| A5a3 | Arthrose ou ostéoarthrite (douleur associée à l'usure d'un genou, d'une hanche...) | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₀ Non |
| A5a4 | Arthrite rhumatoïde | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₀ Non |
| A5a5 | Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₀ Non |
| A5a6 | Neuropathie diabétique | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₀ Non |
| A5a7 | Douleur suite à un zona | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₀ Non |
| A5a8 | Côlon irritable | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₀ Non |
| A5a9 | Maux de tête chroniques ou migraine | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₀ Non |
| A5a10 | Tendinite | <input type="checkbox"/> ₁ Oui | <input type="checkbox"/> ₀ Non |

A5a11. Avez-vous reçu un ou plusieurs autres diagnostics pouvant être à l'origine de votre douleur?

₁ Oui ₀ Non (*Allez à la section suivante*)

A5a11b Si oui, spécifiez _____

SECTION B

Pour les questions suivantes, s'il vous plaît tenez compte uniquement de l'endroit où la douleur interfère le plus avec votre quotidien. Sur une échelle de 0 à 10, où 0 représente « aucune douleur » et 10 représente « la pire douleur possible », quel est le chiffre qui décrit le mieux :

B1. La douleur que vous ressentez **maintenant**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucune douleur La pire douleur possible

B2. La douleur que vous avez ressentie **en moyenne ou en général** au cours des 7 derniers jours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucune douleur La pire douleur possible

B3. La **pire** douleur que vous avez ressentie au cours des 7 derniers jours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucune douleur La pire douleur possible

SECTION C

Pour les prochaines questions, s'il vous plaît répondez en utilisant une échelle de 0 à 10, où 0 signifie « n'interfère pas » et 10 signifie « interfère complètement ».

SI LE PATIENT N'À PAS RESENTI DE DOULEUR AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, RÉPONDEZ " 0 " SUR L'ÉCHELLE.

C1. Au cours des 7 derniers jours, quel chiffre décrit le mieux dans quelle mesure votre douleur a interféré avec votre **activité générale**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'interfère pas Interfère complètement

C2. Au cours des 7 derniers jours, dans quelle mesure votre douleur a interféré avec votre **humeur**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'interfère pas Interfère complètement

C3. Votre **capacité à marcher**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'interfère pas Interfère complètement

C4. Votre **travail habituel (incluant le travail à la maison et à l'extérieur)**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'interfère pas Interfère complètement

C5. Vos **relations avec les autres**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'interfère pas Interfère complètement

C6. Votre **sommeil**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'interfère pas Interfère complètement

C7. Votre **joie de vivre**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'interfère pas Interfère complètement

C8. Vos **soins personnels**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'interfère pas Interfère complètement

C9. Vos activités récréatives?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'interfère pas Interfère complètement

C10. Vos activités sociales?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'interfère pas Interfère complètement

SECTION D

Pour les questions suivantes, s'il vous plaît tenez compte uniquement de **l'endroit où la douleur interfère le plus** avec votre quotidien.

Votre douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes?

- | | Non | Oui |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| D1. Brûlure | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| D2. Sensation de froid douloureux | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| D3. Décharges électriques | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |

Dans la même région, la douleur est-elle associée à un ou plusieurs des symptômes suivants?

- | | Non | Oui |
|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| D4. Fourmillements | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| D5. Picotements | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| D6. Démangeaisons | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |
| D7. Engourdissements | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ |

SECTION E

Pour chacune des questions suivantes, sur une échelle de 0 à 10, où 0 représente « jamais » et 10 représente « toujours », sélectionnez le nombre qui décrit le mieux l'importance avec laquelle votre douleur a affecté votre sommeil au cours des 4 dernières semaines.

- E1.** Au cours des 4 dernières semaines, quel chiffre représente le mieux à quelle fréquence avez-vous eu des **problèmes à vous endormir** à cause de votre douleur? S'il vous plaît, répondez en sélectionnant un nombre entre 0 et 10, où 0 représente « jamais » et 10 représente « toujours ».

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Jamais Toujours

- E2.** Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu **besoin de somnifère** pour vous aider à vous endormir?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Jamais Toujours

- E3.** Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été **réveillé par votre douleur au cours de la nuit**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Jamais Toujours

- E4.** Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été **réveillé par votre douleur le matin**?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Jamais Toujours

- E5.** Dans les 4 dernières semaines, quelle a été la **qualité globale de votre sommeil**? S'il vous plaît, répondez en sélectionnant un nombre entre 0 et 10, où 0 représente « très mauvaise » et 10 représente « excellente ».

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Très mauvaise Excellente

E6. Aviez-vous des problèmes de sommeil avant l'apparition de votre douleur?

₀ Non

₁ Oui

₆₆₆ Je ne me souviens pas

SECTION F

F1. Présentement, avez-vous un travail rémunéré?

₀ Non.....*Allez à la section G*

₁ Oui

₇₇₇ Refus de répondre..... *Allez à la section G*

F2. Au cours des six derniers mois, combien de jours de travail avez-vous manqués à cause de votre douleur ou à cause de rendez-vous médicaux ou de traitements pour la douleur?

jours

₇₇₇ Refus de répondre

F3. Au cours des six derniers mois, dans quelle mesure votre douleur a interféré avec votre **productivité au travail**? S'il vous plaît, répondez en choisissant un chiffre entre 0 et 10, où 0 représente « *n'interfère pas* » et 10 représente « *interfère toujours* ».

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N'interfère pas										Interfère toujours

SI LE PATIENT RÉPOND 0.....*ALLEZ À LA QUESTION G1*

SI LE PATIENT NE RÉPOND PAS 0.....*ALLEZ À LA QUESTION F3B*

F3b. Au cours des six derniers mois, quel pourcentage de votre **productivité au travail** avez-vous perdu, en moyenne, **à cause de votre douleur**? S'il vous plaît répondez en utilisant une échelle de 0 % à 100 % ou 0 % représente « aucune perte de productivité » alors que 100 % représente « la perte de toute productivité ».

%

₇₇₇ Refus de répondre

₆₆₆ Incapable de répondre

SECTION G

G1. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous pris des **médicaments vendus sans ordonnance** ou des **produits naturels** pour soulager votre **douleur**?

₀ Non..... Allez à la question G2

₁ Oui..... Complétez le tableau ci-dessous

Quels <u>médicaments vendus sans ordonnance</u> ou <u>produits naturels</u> avez-vous pris?	À quelle fréquence l'avez-vous utilisé?
G1a1	G1a2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année
G1b1	G1b2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année
G1c1	G1c2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année
G1d1	G1d2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année
G1e1	G1e2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année
G1f1	G1f2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année

G2. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous pris des **médicaments vendus sans ordonnance** ou des **produits naturels** pour soulager la **constipation**?

- ₀ Non.....*Allez à la question G3*
₁ Oui.....*Complétez le tableau ci-dessous*

Quels <u>médicaments vendus sans ordonnance</u> ou <u>produits naturels</u> avez-vous pris?	À quelle fréquence l'avez-vous utilisé?
G2a1	G2a2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année
G2b1	G2b2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année
G2c1	G2c2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année
G2d1	G2d2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année
G2e1	G2e2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année
G2f1	G2f2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année

G3. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous pris des **médicaments vendus sans ordonnance** ou des **produits naturels** pour soulager la **nausée ou les vomissements**?

- ₀ Non.....*Allez à la question G4*
₁ Oui.....*Complétez le tableau ci-dessous*

Quels <u>médicaments vendus sans ordonnance</u> ou <u>produits naturels</u> avez-vous pris?	À quelle fréquence l'avez-vous utilisé?
G3a1	G3a2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année

Quels <u>médicaments vendus sans ordonnance</u> ou <u>produits naturels</u> avez-vous pris?	À quelle fréquence l'avez-vous utilisé?
G3b1	G3b2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année
G3c1	G3c2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année
G3d1	G3d2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année
G3e1	G3e2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année
G3f1	G3f2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année

G4. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous pris des **médicaments vendus sans ordonnance** ou des **produits naturels** pour soulager les **brûlures d'estomac**?

- ₀ Non.....*Allez à la section H*
₁ Oui.....*Complétez le tableau ci-dessous*

Quels <u>médicaments vendus sans ordonnance</u> et <u>produits naturels</u> avez-vous pris?	À quelle fréquence l'avez-vous utilisé?
G4a1	G4a2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année
G4b1	G4b2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année
G4c1	G4c2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année
G4d1	G4d2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année

Quels <u>médicaments vendus sans ordonnance</u> et <u>produits naturels</u> avez-vous pris?	À quelle fréquence l'avez-vous utilisé?
G4e1	G4e2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année
G4f1	G4f2 <input type="checkbox"/> ₁ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₂ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par année

SECTION H

H. Techniques psychologiques

Je vais vous lire une liste de **techniques psychologiques** qui peuvent être utilisés pour soulager la douleur. S'il vous plaît, arrêtez-moi chaque fois que je nomme une technique que vous avez déjà utilisée par le passé.

Techniques psychologiques	Avez-vous déjà utilisé cette technique?	L'avez-vous utilisée dans les <u>six derniers mois</u> ?	À quelle fréquence l'avez-vous utilisée dans les <u>six derniers mois</u> ?
H1. Technique de relaxation ou de respiration	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Technique suivante</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Technique suivante</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H2. Méditation	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Technique suivante</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Technique suivante</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H3. Hypnose	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Technique suivante</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Technique suivante</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H4. Imagerie mentale	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Technique suivante</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Technique suivante</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H5. Technique de distraction / Penser à autre chose	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Technique suivante</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Technique suivante</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année

Techniques psychologiques	Avez-vous déjà utilisé cette technique?	L'avez-vous utilisée dans les <u>six derniers mois</u> ?	À quelle fréquence l'avez-vous utilisée dans les <u>six derniers mois</u> ?
H6. Psychothérapie individuelle	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Technique suivante</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Technique suivante</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H7. Psychothérapie de groupe	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Technique suivante</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Technique suivante</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H8. Groupe de support (patients uniquement)	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Technique suivante</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Technique suivante</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H9. Avez-vous utilisé une ou plusieurs autres techniques psychologiques?		<input type="checkbox"/> ₁ Oui..... <i>Allez à la question H9a</i> <input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Allez à la question H10</i>	
Techniques psychologiques	Avez-vous déjà utilisé cette technique?	L'avez-vous utilisée dans les <u>six derniers mois</u> ?	À quelle fréquence l'avez-vous utilisée dans les <u>six derniers mois</u> ?
Laquelle? H9a. _____	H9aa <input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Technique suivante</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Technique suivante</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
Laquelle? H9b. _____	H9bb <input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Technique suivante</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Technique suivante</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année

H. Traitements physiques

Maintenant, je vais vous lire une liste de **traitements physiques** qui peuvent être utilisés pour soulager la douleur. S'il vous plaît, arrêtez-moi chaque fois que je nomme un traitement que vous avez déjà utilisé par le passé.

Traitements physiques	Avez-vous déjà utilisé ce traitement?	L'avez-vous utilisé dans les <u>six derniers mois</u> ?	À quelle fréquence l'avez-vous utilisé dans les <u>six derniers mois</u> ?
H10. Physiothérapie	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H11. Ergothérapie	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H12. Hydrothérapie / aquathérapie / bain chaud	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H13. Électrostimulation (TENS)	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H14. Stimulation intramusculaire	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H15. Ultrasons	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H16. Biofeedback	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année

Traitements physiques	Avez-vous déjà utilisé ce traitement?	L'avez-vous utilisé dans les <u>six derniers mois</u> ?	À quelle fréquence l'avez-vous utilisé dans les <u>six derniers mois</u> ?
H17. Acupuncture	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H18. Massothérapie / Massage	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H19. Chiropraxie	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H20. Ostéopathie	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H21. Toucher thérapeutique	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H22. Réflexologie	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H23. Reiki	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H24. Thérapie magnétique	<input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₂ à tous les jours <input type="checkbox"/> ₃ quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> ₄ quelques fois par mois <input type="checkbox"/> ₅ quelques fois par année
H25. Avez-vous utilisé un ou plusieurs autres traitements physiques?		<input type="checkbox"/> ₁ Oui..... <i>Allez à la question H25a</i> <input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Allez à la section I</i>	

Traitements physiques	Avez-vous déjà utilisé ce traitement?	L'avez-vous utilisé dans les <u>six derniers mois</u> ?	À quelle fréquence l'avez-vous utilisé dans les <u>six derniers mois</u> ?
Lequel? H25a. _____	H25aa <input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> 2 à tous les jours <input type="checkbox"/> 3 quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> 4 quelques fois par mois <input type="checkbox"/> 5 quelques fois par année
Lequel? H25b. _____	H25bb <input type="checkbox"/> ₀ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> ₁ Non <i>Traitement suivant</i> <input type="checkbox"/> Oui. ... <i>Colonne suivante</i>	<input type="checkbox"/> 2 à tous les jours <input type="checkbox"/> 3 quelques fois par semaine <input type="checkbox"/> 4 quelques fois par mois <input type="checkbox"/> 5 quelques fois par année

SECTION I

I. Professionnels de la santé

Je vais vous lire une liste de **professionnels de la santé** qui peuvent être consultés pour des problèmes de douleurs. S'il vous plaît, arrêtez-moi chaque fois que je nomme un professionnel que vous avez consulté **pour votre douleur** au cours des **6 derniers mois**.

	Non	Oui
I1. Anesthésiste	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I2. Neurologue	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I3. Neurochirurgien	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I4. Orthopédiste / chirurgien orthopédique	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I5. Spécialiste en physiothérapie et réhabilitation	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I6. Psychiatre	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I7. Rhumatologue	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I8. Omnipraticien (médecin de famille)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I9. Ergothérapeute	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I10. Physiothérapeute	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I11. Psychologue	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I12. Infirmière	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I13. Travailleur social	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I14. Acupuncteur	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

	Non	Oui
I15. Chiropraticien	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I16. Massothérapeute	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I17. Ostéopathe	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I18. Kinésiothérapeute	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I19. Naturopathe	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I20. Homéopathe	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I21. Radiologiste (pour intervention, par ex. infiltration)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I22. Gynécologue	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I23. Dentiste	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I24. Clinique de douleur	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
I25. Avez-vous consulté un autre type de professionnel que ceux nommés dans la liste précédente?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui.....Allez à la question I25a <input type="checkbox"/> ₀ Non.....Allez à la question J1	
I25a. Lequel?		
I25b. Lequel?		

SECTION J

J. Problèmes de santé

Je vais vous lire une liste de **problèmes de santé**. S'il vous plaît, arrêtez-moi chaque fois que je nomme un problème de santé que vous avez.

	Non	Oui
J1. Diabète		
J1a. <input type="checkbox"/> ₁ Type 1		
<input type="checkbox"/> ₂ Type 2	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
<input type="checkbox"/> ₆₆₆ Je ne sais pas		
<input type="checkbox"/> ₈₈₈ Ne s'applique pas		
J2. Hypertension	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
J3. Cholestérol élevé (dyslipidémie)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

	Non	Oui
J4. Crise cardiaque (angine / infarctus)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
J5. Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
J6. Accident vasculaire cérébral (AVC)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
J7. Problème de thyroïde	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
J8. Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
J9. Maladie ulcéreuse (maladie de Crohn, colite ulcéreuse, ulcère d'estomac)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
J10. Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
J11. Asthme	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
J12. Anxiété	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
J13. Dépression	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
J14. Maux de tête chroniques / migraine	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
J15. Zona	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
J16. Sclérose en plaques	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
J17. Syndrome d'impatiences musculaires de l'éveil (Restless leg syndrome)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
J18. Bruxisme (grincement ou serrement des dents durant le sommeil)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
J19. Ronflement chronique	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
J20. Cancer	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
J21. Avez-vous eu d'autres problèmes de santé que ceux nommés dans la liste précédente?	<input type="checkbox"/> ₀ Non.....Allez à la section K <input type="checkbox"/> ₁ Oui.....Allez à la question J21a	
J21a. Lequel?		
J21b. Lequel?		

SECTION K

Pour compléter nos analyses statistiques, je vais vous poser quelques questions vous concernant ainsi que votre famille. Si vous préférez ne pas répondre à une question, s'il vous plaît me le faire savoir et nous irons directement à la prochaine.

K1. Quelle est votre date de naissance?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
j	j		m	m		a	a	a	a

K2. Sexe

- ₁ Femme
₂ Homme

K3. Comment pourriez-vous décrire vos origines ethniques?

COCHEZ LA RÉPONSE OU LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUE(NT) LE MIEUX. NE PAS LIRE LES CHOIX

- _{K3a1} **Blanc** (personne ayant des ancêtres originaires d'Europe, Afrique du Nord ou Moyen Orient)
_{K3a2} **Noir** (personne ayant des ancêtres originaires d'Afrique ou d'ethnicité noire)
_{K3a3} **Amérindien** (personne ayant des ancêtres originaires d'un groupe ou tribu des premières nations d'Amérique du Nord)
_{K3a4} **Hispanique** (Mexicain, Porto Ricain, Cubain, Amérique centrale ou du Sud)
_{K3a5} **Asiatique** (personne ayant des ancêtres originaires d'Orient, d'Asie, d'Inde, Îles du Pacifique, c.-à-d., Chine, Japon, Philippines, Corée, Samoa, etc.)
_{K3a6} **Autre**
(**K3b6.** spécifiez) _____
₇₇₇ **Refus de répondre**

K4. Quelle est votre langue maternelle? (*NE PAS LIRE LES CHOIX*)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Français | <input type="checkbox"/> ₅ Portugais | <input type="checkbox"/> ₉ Japonais |
| <input type="checkbox"/> ₂ Anglais | <input type="checkbox"/> ₆ Allemand | <input type="checkbox"/> ₁₀ Vietnamien |
| <input type="checkbox"/> ₃ Espagnol | <input type="checkbox"/> ₇ Arabe | <input type="checkbox"/> ₁₁ Autre |
| <input type="checkbox"/> ₄ Italien | <input type="checkbox"/> ₈ Chinois | K4b. Spécifiez : _____ |
| | | <input type="checkbox"/> ₇₇₇ Refus de répondre |

K5. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous ayez complété? (*NE PAS LIRE LES CHOIX*)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ₀ Aucun | <input type="checkbox"/> ₂ Secondaire (12 ^e année) | <input type="checkbox"/> ₄ Universitaire |
| <input type="checkbox"/> ₁ Primaire (6 ^e année) | <input type="checkbox"/> ₃ École technique, collégial | <input type="checkbox"/> ₇₇₇ Refus de répondre |

K6. Avec qui habitez-vous? (NE PAS LIRE LES CHOIX)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Seul(e) | <input type="checkbox"/> ₄ Petit(s)-enfant(s) | <input type="checkbox"/> ₇ Colocataire(s) |
| <input type="checkbox"/> ₂ Conjoint(e) | <input type="checkbox"/> ₅ Parent(s) | <input type="checkbox"/> ₈ Pas de condition de vie stable |
| <input type="checkbox"/> ₃ Enfant(s) | <input type="checkbox"/> ₆ Frère(s) / soeur(s) etc. | <input type="checkbox"/> ₉ Autre |
- K6b** Spécifiez : _____

K7. Quel est votre statut civil? (NE PAS LIRE LES CHOIX)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Célibataire | <input type="checkbox"/> ₄ Veuf(ve) |
| <input type="checkbox"/> ₂ Marié(e) / union libre | <input type="checkbox"/> ₇₇₇ Refus de répondre |
| <input type="checkbox"/> ₃ Séparé(e) / divorcé(e) | |

K8. Quel est votre statut d'emploi actuel? (COCHEZ LA RÉPONSE OU LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUE(NT) LE MIEUX. NE PAS LIRE LES CHOIX)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> _{K8a1} Travail à temps complet | <input type="checkbox"/> _{K8a8} Sans emploi |
| <input type="checkbox"/> _{K8a2} Travail à temps partiel | <input type="checkbox"/> _{K8a9} Mise à pied |
| <input type="checkbox"/> _{K8a3} Reste à la maison | <input type="checkbox"/> _{K8a10} Bénévole |
| <input type="checkbox"/> _{K8a4} Étudiant(e) | <input type="checkbox"/> _{K8a11} Autre |
| <input type="checkbox"/> _{K8a5} Retraité(e) | K8b11 Spécifiez : _____ |
| <input type="checkbox"/> _{K8a6} Invalidité temporaire | <input type="checkbox"/> ₇₇₇ Refus de répondre |
| <input type="checkbox"/> _{K8a7} Invalidité permanente | |

K9. Parmi les choix suivants, quelle catégorie représente le mieux votre revenu familial annuel avant la déduction des impôts?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₀ Moins de 20 000 \$ | <input type="checkbox"/> ₅ 80 000 – 99 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> ₁ 20 000 – 34 999 \$ | <input type="checkbox"/> ₆ 100 000 – 119 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> ₂ 35 000 – 49 999 \$ | <input type="checkbox"/> ₇ 120 000 \$ et plus |
| <input type="checkbox"/> ₃ 50 000 – 64 999 \$ | <input type="checkbox"/> ₇₇₇ Refus de répondre |
| <input type="checkbox"/> ₄ 65 000 – 79 999 \$ | |

SECTION L

L1. Quelle est votre **principale source de revenu**? (SÉLECTIONNEZ UN SEUL CHOIX. NE PAS LIRE LES CHOIX)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Revenu d'un emploi ou salaire | <input type="checkbox"/> ₈ Prestations d'invalidité du régime de pension du Canada |
| <input type="checkbox"/> ₂ Prestations de la CSST (Commission de la santé et sécurité au travail) | <input type="checkbox"/> ₉ Assurance emploi |
| <input type="checkbox"/> ₃ Prestations de la SAAQ (Société d'assurance automobile du Québec) | <input type="checkbox"/> ₁₀ Assistance sociale |
| <input type="checkbox"/> ₄ Prestations de la IVAQ (Indemnisation des victimes d'actes criminels) | <input type="checkbox"/> ₁₁ Économies personnelles ou investissements |
| <input type="checkbox"/> ₅ Prestations d'invalidité de l'employeur | <input type="checkbox"/> ₁₂ Revenu assuré pour handicap sévère |
| <input type="checkbox"/> ₆ Prestations d'invalidité d'un programme d'assurance privée | <input type="checkbox"/> ₁₃ Membre de la famille |
| <input type="checkbox"/> ₇ Pension de retraite | <input type="checkbox"/> ₁₄ Autre |

L1b. Spécifiez : _____

₇₇₇ Refus de répondre

L2. Recevez-vous, actuellement, des prestations d'invalidité?

- ₀ Non.....Allez à la question L3
- ₁ Oui.....Allez à la question L2a
- ₇₇₇ Refus de répondre.....Allez à la question L3

L2a. Recevez-vous, actuellement, des prestations d'invalidité de :

- | | | |
|---|---|---|
| L2a1 La CSST (Commission de la santé et sécurité au travail) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| L2a2 La SAAQ (Société d'assurance automobile du Québec) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| L2a3 L'IVAC (Indemnisation des victimes d'actes criminels) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| L2a4 Votre employeur | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| L2a5 Vos assurances personnelles | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |

L3. Y a-t-il des démarches en cours pour obtenir des prestations d'invalidité?

- ₀ Non.....Allez à la question M1
₁ Oui.....Allez à la question L3a
₇₇₇ Refus de répondre.....Allez à la question M1

L3a. Y a-t-il des démarches en cours pour obtenir des prestations d'invalidité de la part de :

- | | | |
|---|---|---|
| L3a1 La CSST (Commission de la santé et sécurité au travail) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| L3a2 La SAAQ (Société d'assurance automobile du Québec) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| L3a3 L'IVAC (Indemnisation des victimes d'actes criminels) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| L3a4 Votre employeur | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| L3a5 Vos assurances personnelles | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |

S'IL VOUS PLAÎT INSCRIRE TOUS LES COMMENTAIRES ET INFORMATIONS ADDITIONNELLES QUE VOUS JUGEZ IMPORTANTS EN TANT QU'INTERVIEWER :

M1. Questionnaire complété par : **M2.** Date de l'entrevue (jj-mm-aaaa)
(initiales de l'intervieweur)

____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Tfin. Heure de fin d'entrevue : _____ *hre* _____ *min*

ANNEXE III : Questionnaire auto-administré

PROGRAMME ACCORD - VOLET 2A

*La douleur chronique non cancéreuse
en soins de première ligne :
Portrait de la situation*

QUESTIONNAIRE MAISON À L'INTENTION DES PATIENTS

Chercheuses :

Lyne Lalonde, Ph.D.

Faculté de pharmacie – Université de Montréal

Équipe de recherche en soins de première ligne – Centre de santé et de services sociaux de Laval

Manon Choinière, Ph.D.

Faculté de médecine – Université de Montréal

Dominique Dion, M.D.

Faculté de médecine – Université de Montréal

NUMÉRO DE PATIENT

_____ . _____ . _____

INITIALES DU PATIENT

COMMENT COMPLÉTER CE QUESTIONNAIRE

Chère participante et cher participant,

Merci d'avoir accepté de participer au projet **ACCORD**. Votre opinion est importante. Elle nous aidera à développer des soins qui répondent davantage à vos besoins et vos attentes.

Voici quelques directives concernant ce questionnaire :

- ✓ Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Répondez aux questions au meilleur de votre connaissance.
- ✓ Dans la mesure du possible, vous devez compléter vous-même ce questionnaire. Néanmoins, si vous avez de la difficulté à écrire ou à lire, un membre de votre famille ou un ami peut vous aider. Cependant, cette personne ne doit pas influencer vos réponses.
- ✓ Si vous avez des questions au sujet de l'étude ou du questionnaire, n'hésitez surtout pas à contacter la coordonnatrice de cette étude :

Madame Elisabeth Martin
Coordonnatrice
Équipe de recherche en soins de première ligne
Centre de santé et de services sociaux de Laval
Hôpital de la Cité-de-la-Santé
- ✓ N'oubliez pas de nous retourner le **formulaire de consentement signé** et ce **questionnaire complété** dans l'enveloppe pré-affranchie.

Tel qu'entendu, en contrepartie du temps que vous aurez consacré à compléter nos questionnaires, une compensation financière (25,00 \$) vous sera accordée.

Merci encore de votre excellente collaboration !

SECTION A

Veillez indiquer à quel point vous êtes en accord avec chacun des énoncés suivants concernant votre problème de douleur en utilisant l'échelle suivante :

S'il vous plaît, encerclez le chiffre qui correspond à votre réponse.

	C'est très faux pour moi	C'est un peu faux pour moi	Ce n'est ni vrai ni faux pour moi (ou cela ne s'applique pas pour moi)	C'est un peu vrai pour moi	C'est très vrai pour moi
A1. Il y a peu de choses que je peux faire pour soulager ma douleur.	0	1	2	3	4
A2. Ma douleur ne m'empêche pas de mener une vie active physiquement.	0	1	2	3	4
A3. La douleur que je ressens habituellement est un signal qu'un dommage est en train de se produire.	0	1	2	3	4
A4. J'ai remarqué que si je peux changer mes émotions, je peux influencer ma douleur.	0	1	2	3	4
A5. Je devrai probablement toujours prendre des médicaments contre la douleur.	0	1	2	3	4

	C'est très faux pour moi	C'est un peu faux pour moi	Ce n'est ni vrai ni faux pour moi (ou cela ne s'applique pas pour moi)	C'est un peu vrai pour moi	C'est très vrai pour moi
A6. Lorsque j'ai mal, les gens devraient me traiter avec soins et égards.	0	1	2	3	4
A7. J'ai confiance que le corps médical pourra guérir ma douleur.	0	1	2	3	4
A8. J'ai appris à contrôler ma douleur.	0	1	2	3	4
A9. Mon problème de douleur n'interfère pas avec mon niveau d'activités.	0	1	2	3	4
A10. L'exercice peut diminuer mon niveau de douleur.	0	1	2	3	4
A11. Le stress que je vis augmente ma douleur.	0	1	2	3	4

	C'est très faux pour moi	C'est un peu faux pour moi	Ce n'est ni vrai ni faux pour moi (ou cela ne s'applique pas pour moi)	C'est un peu vrai pour moi	C'est très vrai pour moi
A12. Je ne prendrai plus jamais de médicaments contre la douleur.	0	1	2	3	4
A13. Lorsque j'ai mal, je veux que ma famille me traite mieux.	0	1	2	3	4
A14. Je ne m'attends pas à une guérison médicale de ma douleur.	0	1	2	3	4

SECTION B

Nous aimerions en savoir plus sur vos attitudes face au traitement de la douleur. Nous aimerions savoir ce que vous pensez. Certaines des questions peuvent sembler similaires à d'autres, mais nous vous prions de répondre à toutes les questions.

Pour chacune des affirmations ci-dessous, veuillez s'il vous plaît encercler le numéro (0, 1, 2, 3, 4, ou 5) qui reflète le mieux votre opinion.

B1. La douleur chronique peut être soulagée.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B2. Il existe un danger de développer une accoutumance aux médicaments contre la douleur.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B3. La somnolence provoquée par les médicaments contre la douleur est difficile à contrôler.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B4. Les médicaments contre la douleur affaiblissent l'état de santé.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B5. La confusion provoquée par les médicaments contre la douleur peut être contrôlée.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B6. Lorsque vous prenez des médicaments contre la douleur, votre corps s'habitue et bientôt ils n'auront plus d'effets.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B7. L'utilisation de médicaments contre la douleur vous empêche de reconnaître d'autres douleurs.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B8. Les médicaments contre la douleur sont efficaces pour contrôler la douleur chronique.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B9. De nombreuses personnes deviennent dépendantes des médicaments contre la douleur.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B10. Les nausées provoquées par les médicaments contre la douleur peuvent être soulagées.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B11. Il est important d'être fort et de ne pas parler de sa douleur.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B12. Il est important que le médecin se concentre à guérir la maladie et qu'il ne perde pas son temps à contrôler la douleur.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B13. La prise de médicaments contre la douleur peut être mauvaise pour votre santé.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B14. Les médicaments contre la douleur vous font dire ou faire des choses gênantes.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B15. Si vous prenez des médicaments contre la douleur lorsque la douleur est faible, il est possible qu'ils ne soient pas aussi efficaces quand la douleur est plus forte.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B16. Les médicaments contre la douleur peuvent vous empêcher de savoir ce qui se passe dans votre corps.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B17. La constipation provoquée par les médicaments contre la douleur peut être soulagée.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B18. Si les médecins doivent s'occuper de la douleur, ils ne pourront pas se concentrer sur la guérison de la maladie.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B19. Les médicaments contre la douleur peuvent nuire à votre santé.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B20. Il est plus facile de supporter la douleur que les effets secondaires provoqués par les médicaments contre la douleur.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B21. Si vous utilisez des médicaments contre la douleur maintenant, ils ne seront pas aussi efficaces si vous en avez besoin plus tard.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B22. Les médicaments contre la douleur peuvent cacher des changements de votre état de santé.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B23. Les médicaments contre la douleur entraînent une forte accoutumance.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B24. Les médicaments peuvent soulager la douleur chronique.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B25. Les médecins pourraient trouver ennuyeux d'entendre parler de douleur.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B26. Se plaindre de douleur pourrait empêcher le médecin de se concentrer sur la maladie.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

B27. Si je parle de douleur, les gens vont penser que je suis une personne qui se plaint.

0	1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord

SECTION C

Cette partie du questionnaire est conçue pour nous aider à savoir comment vous vous sentez. Lisez chaque item et cochez (☑) la réponse qui est le plus près de comment vous vous êtes senti(e) dans la dernière semaine.

Ne prenez pas trop de temps pour répondre; votre réaction immédiate à chacun des items sera probablement plus précise qu'une réponse longuement réfléchie.

C1. Je me sens tendu(e) :

- ₁ La plupart du temps
- ₂ Très souvent
- ₃ De temps en temps
- ₄ Jamais

C2. Je prends encore plaisir aux choses que j'aimais avant :

- ₁ Tout à fait autant
- ₂ Pas tout à fait autant
- ₃ Un peu seulement
- ₄ Presque pas du tout

C3. J'éprouve une sorte de sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait arriver :

- ₁ Très nettement et c'est plutôt grave
- ₂ Oui, mais ce n'est pas trop grave
- ₃ Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- ₄ Pas du tout

C4. Je peux rire et voir le côté amusant des choses :

- ₁ Autant que par le passé
- ₂ Pas tout à fait autant maintenant
- ₃ Vraiment moins qu'avant
- ₄ Plus du tout

C5. Des inquiétudes me passent par la tête :

- ₁ Très souvent
- ₂ Assez souvent
- ₃ De temps en temps, mais pas trop souvent
- ₄ Seulement à l'occasion

C6. Je me sens de bonne humeur :

- ₁ Jamais
- ₂ Pas souvent
- ₃ Parfois
- ₄ La plupart du temps

C7. Je peux m'asseoir tranquille et me sentir détendu(e) :

- ₁ Oui, tout à fait
- ₂ Habituellement
- ₃ Pas souvent
- ₄ Jamais

C8. J'ai l'impression d'être au ralenti :

- ₁ Presque toujours
- ₂ Très souvent
- ₃ Parfois
- ₄ Pas du tout

C9. J'éprouve une sorte de sensation de peur comme si j'avais des « papillons » dans l'estomac :

- ₁ Jamais
- ₂ Parfois
- ₃ Assez souvent
- ₄ Très souvent

C10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- ₁ Je ne m'y intéresse plus du tout.
- ₂ Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais.
- ₃ Il se peut que je n'y fasse pas autant attention.
- ₄ J'y prête autant d'attention que par le passé.

C11. J'ai la bougeotte comme si je ne pouvais pas tenir en place :

- ₁ Oui, beaucoup
- ₂ Assez
- ₃ Pas beaucoup
- ₄ Jamais

C12. J'envisage les choses à venir avec plaisir :

- ₁ Autant qu'avant
- ₂ Plutôt moins qu'avant
- ₃ Bien moins qu'avant
- ₄ Presque jamais

C13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- ₁ Vraiment très souvent
- ₂ Assez souvent
- ₃ Pas très souvent
- ₄ Jamais

C14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une émission de radio ou de télévision :

- ₁ Souvent
- ₂ Parfois
- ₃ Peu souvent
- ₄ Très rarement

SECTION D

Information concernant la douleur et son traitement

Les questions qui suivent portent sur votre **douleur et son traitement**. S'il vous plaît, répondez à chaque question ci-dessous en cochant la case () qui représente le mieux votre opinion (cochez une seule case par question).

Quelle quantité d' <u>information</u> auriez-vous aimé recevoir à propos de :	J'aurais aimé beaucoup plus d'information	J'aurais aimé un peu plus d'information	La quantité d'information était adéquate pour moi	J'aurais aimé moins d'information	J'aurais aimé n'avoir aucune information
D1. Ma maladie ou lésion	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
D2. La (les) cause(s) de ma douleur	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
D3. Options de traitement pour ma douleur	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
D4. Médicaments contre la douleur, en général	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
D5. Effets secondaires possibles des médicaments contre la douleur	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECTION E

Soins médicaux

Les énoncés qui suivent portent sur les **soins médicaux** qui vous sont offerts par le personnel médical tel que votre médecin de famille, votre pharmacien et peut-être les infirmières de votre clinique médicale.

S'il vous plaît, répondez à chacune des questions ci-dessous en cochant la case (☐) qui représente le mieux votre opinion (cochez une seule case par question).

À quel point êtes-vous en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés suivants :	Fortement en accord	Plutôt en accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Fortement en désaccord
E1. Il est facile de poser des questions au personnel médical.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
E2. Le personnel médical fait toujours de son mieux pour ne pas que je m'inquiète.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
E3. Mon médecin est prêt à me prescrire la médication contre la douleur que je pense avoir besoin.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
E4. Le personnel médical offre des soins de suivi adéquats.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
E5. Le personnel médical ne pose pas de question sur la douleur que j'éprouve.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECTION F

Médication actuelle contre la douleur

Les énoncés qui suivent concernent votre **médication actuelle contre la douleur**. S'il vous plaît, répondez à chacune des questions ci-dessous, en cochant la case (☐) qui représente le mieux votre opinion (cochez une seule case par question).

À quel point êtes-vous en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés suivants :	Fortement en accord	Plutôt en accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Fortement en désaccord
F1. Ma médication contre la douleur a un effet positif sur ma santé physique .	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
F2. Ma médication contre la douleur m'aide à avoir une meilleure perspective de la vie .	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
F3. Ma médication contre la douleur me permet de pratiquer mes activités quotidiennes plus facilement.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
F4. Ma médication contre la douleur me permet de participer à mes activités de loisir plus souvent.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
F5. Ma médication contre la douleur me permet de faire des choses de manière indépendante .	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

À quel point êtes-vous en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés suivants :	Fortement en accord	Plutôt en accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Fortement en désaccord
F6. Ma médication contre la douleur me permet d'avoir de meilleures <u>relations avec les autres.</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
F7. Ma médication contre la douleur améliore mon <u>humeur.</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
F8. Ma médication contre la douleur me permet de mieux me <u>concentrer.</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECTION G

Effets secondaires de la médication

Les énoncés qui suivent concernent les **effets secondaires** de votre médication actuelle contre la douleur. S'il vous plaît, répondez à chacune des questions ci-dessous, en cochant la case (☑) qui représente le mieux votre opinion (cochez une seule case par question).

À cause de votre médication contre la douleur, à quel point avez-vous été <u>incommodé(e)</u> par les effets secondaires suivants :	Pas ressenti	Pas incommodé du tout	Légèrement incommodé	Modérément incommodé	Assez incommodé	Extrêmement incommodé
G1. Gain de poids non intentionnel	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G2. Fatigue excessive	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G3. Somnolence	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G4. Incapacité à se concentrer	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G5. Nausée	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G6. Diarrhée	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G7. Vertiges	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G8. Constipation	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G9. Éruption cutanée (rash)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G10. Maux d'estomac	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G11. Brûlures d'estomac	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G12. Vomissement	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G13. Confusion	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G14. Perte de mémoire	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G15. Difficulté à uriner	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

À cause de votre médication contre la douleur, à quel point avez-vous été **incommodé(e)** par les effets secondaires suivants :

	Pas ressenti	Pas incommodé du tout	Légèrement incommodé	Modérément incommodé	Assez incommodé	Extrêmement incommodé
G16. Insomnie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G17. Enflure	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G18. Vision brouillée	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G19. Perte de libido	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G20. Hallucinations	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G21. Cauchemars	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G22. Démangeaison	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

G23. Avez-vous éprouvé un ou plusieurs autres effets secondaires qui pourraient être reliés à votre médication contre la douleur?

₁ Oui, répondez à la question suivante

₀ Non, allez à la page suivante

G24. Décrivez les **autres effets secondaires** ressentis et cochez la case () qui représente le mieux à quel point vous avez été incommodé(e) par ces effets secondaires :

	Pas incommodé du tout	Légèrement incommodé	Modérément incommodé	Assez incommodé	Extrêmement incommodé
G24a. _____ (Décrivez l'effet secondaire)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G24b. _____ (Décrivez l'effet secondaire)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
G24c. _____ (Décrivez l'effet secondaire)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

G24aa.

G24bb.

G24cc.

SECTION H

Satisfaction face à votre médication actuelle contre la douleur et les soins

Les énoncés qui suivent concernent votre satisfaction face à votre **médication actuelle contre la douleur et les soins que vous recevez**. S'il vous plaît, répondez à chacune des questions ci-dessous, en **cochant la case** () qui représente le mieux votre niveau de satisfaction (cochez une seule case par question).

Quel est votre niveau de satisfaction pour chacun des éléments suivants :	Très satisfait	Satisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Insatisfait	Très insatisfait
H1. L' <u>information</u> que vous avez reçue à propos de votre douleur et son traitement	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
H2. Le <u>temps</u> que les médecins vous ont consacré durant vos visites/consultations	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
H3. Les <u>soins</u> offerts par les pharmaciens de votre pharmacie habituelle pour votre douleur et son traitement	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
H4. La <u>forme</u> de votre médication (par exemple, comprimé, capsule, timbre cutané ou injection)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
H5. La <u>fréquence</u> à laquelle vous prenez votre médication	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
H6. La <u>quantité de médicaments contre la douleur</u> que vous prenez	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Quel est votre niveau de satisfaction pour chacun des éléments suivants :	Très satisfait	Satisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Insatisfait	Très insatisfait
H7. Le temps nécessaire avant que votre médication contre la douleur fasse effet	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
H8. Le niveau ou degré de soulagement de la douleur procuré par votre médication contre la douleur	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
H9. La durée du soulagement de la douleur procurée par votre médication contre la douleur	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

H10. **En général**, quel est votre niveau de satisfaction envers votre médication actuelle contre la douleur?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅
Très satisfait **Satisfait** **Ni satisfait, ni insatisfait** **Insatisfait** **Très insatisfait**

H11. **En général**, à quel point votre **degré de soulagement de la douleur** rencontre vos attentes en termes de soulagement de douleur?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅
Excède considérablement mes attentes **Excède un peu mes attentes** **Rencontre mes attentes** **Ne rencontre pas tout à fait mes attentes** **Ne rencontre pas du tout mes attentes**

H12. Pensez-vous que votre médication actuelle contre la douleur **pourrait être** plus efficace pour soulager votre douleur?

₁ ₂ ₃ ₄ ₅
Oui, définitivement **Oui, probablement** **Je ne sais pas** **Probablement pas** **Définitivement pas**

H13. Aimerez-vous **continuer** à prendre votre médication actuelle contre la douleur?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Oui,
définitivement | Oui,
probablement | Je ne sais
pas | Probablement
pas | Définitivement
pas |

H14. Certaines personnes disent qu'elles deviennent inquiètes à l'idée de prendre une médication contre la douleur pour une **courte période de temps**. S'il vous plaît, cochez l'énoncé qui décrit le mieux votre sentiment d'inquiétude à l'idée de prendre votre médication actuelle contre la douleur sur une courte période de temps.

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Pas inquiet
du tout | Un peu
Inquiet | Modérément
inquiet | Très
inquiet | Extrêmement
inquiet |

H15. Certaines personnes disent qu'elles deviennent inquiètes à l'idée de prendre une médication contre la douleur pour une **longue période de temps**. S'il vous plaît, cochez l'énoncé qui décrit le mieux votre sentiment d'inquiétude à l'idée de prendre votre médication actuelle contre la douleur sur une longue période de temps.

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Pas inquiet
du tout | Un peu
Inquiet | Modérément
inquiet | Très
inquiet | Extrêmement
inquiet |

H16. Avez-vous déjà **utilisé** une autre médication contre la douleur?

- ₁ Oui, répondez à la question suivante
₀ Non, allez à la page suivante

H17. **Si oui**, en général, comment comparez-vous votre médication actuelle contre la douleur avec cette autre médication?

- ₁ Ma médication actuelle est bien meilleure que l'autre
₂ Ma médication actuelle est légèrement meilleure que l'autre
₃ Ma médication actuelle est semblable à l'autre
₄ Ma médication actuelle est légèrement moins bonne que l'autre
₅ Ma médication actuelle est bien moins bonne que l'autre

Vous avez terminé de compléter le questionnaire. Nous vous remercions de votre participation à notre étude.

Ne pas oublier de nous retourner le plus rapidement possible votre **questionnaire** ainsi que le **formulaire de consentement signé**. Pour ce faire, utilisez l'enveloppe pré-affranchie.

Pour que nous puissions vous faire parvenir votre compensation financière (25,00 \$), s'il vous plaît, veuillez compléter la section ci-dessous.

Prénom :	_____	
Nom :	_____	
Adresse :	_____	Apt : _____
Ville :	_____	
Province :	_____	
Code postal :	_____	
No téléphone :	_____	

Merci!

