



# Le Traducteur

Pharmacie canadienne ▶ Recherche ▶ Politiques en matière de santé ▶ Pratique ▶ Amélioration de la santé

## Rôles des pharmaciens dans l'équipe de la prise en charge de douleur

Que ce soit pour optimiser le traitement ou pour prévenir les conséquences inattendues de la prise d'analgésiques puissants, les pharmaciens sont des ressources importantes dans la prise en charge de la douleur chez les patients. Bien que le rôle de ces derniers dans la prise en charge de la douleur ait d'abord été abordé dans le numéro de l'été 2012 de la revue *Le Traducteur*<sup>1</sup>, cette responsabilité en rapide évolution dans la pratique de la pharmacie a engendré un certain nombre de modèles novateurs qui mettent en évidence le rôle particulier du pharmacien. Tandis que les pharmaciens canadiens acceptent l'élargissement de leur pratique, c'est l'occasion de mettre leurs services à contribution pour aider les patients à prendre en charge leur douleur.

Ce numéro de la revue *Le Traducteur* présente quatre différentes démarches pour favoriser la participation des pharmaciens dans la prise en charge de la douleur chronique :

- Prise en charge de la douleur chronique orchestrée par un pharmacien : essai comparatif exploratoire, avec répartition aléatoire, mené au Royaume-Uni (*Pharmacist-led management of chronic pain: a randomized controlled exploratory trial from the UK*)
- Étude portant sur une intervention instaurée par des pharmaciens chez des patients atteints d'arthrose (*Pharmacist-initiated Intervention Trial in osteoarthritis*)
- Consultation sur la douleur orchestrée par des pharmaciens chez des personnes souffrant de toxicomanie en concomitance (*A pharmacist-led pain consultation for patients with concomitant substance use disorders*)
- Importance des pharmaciens dans la transmission de données probantes aux patients atteints de lombalgie (*The impact of pharmacists in translating evidence to patients with low back pain*)

<sup>1</sup>Le traducteur, été 2012, 6:3

## Prise en charge de la douleur chronique orchestrée par un pharmacien : essai comparatif exploratoire, avec répartition aléatoire, mené au Royaume-Uni

Bruhn H, Bond CM, Elliott AM, et al. Pharmacist-led management of chronic pain in primary care; results from a randomized controlled exploratory trial. *BMJ Open* 2013;3:e002361

**Le problème :** Au Royaume-Uni, on estime que 80 % des personnes souffrant de douleurs chroniques signalent encore la présence de douleur après 4 ans de suivi<sup>1</sup>. La plupart des patients consultent des médecins de premier recours pour la prise en charge de la douleur, où la pierre angulaire du traitement demeure la pharmacothérapie par des analgésiques. La prescription

sous-optimale pourrait expliquer la piètre maîtrise de la douleur et les conséquences indésirables souvent observées dans le traitement de la douleur. La prescription d'analgésiques par les pharmaciens, qui sont des experts en pharmacothérapie ayant une compréhension approfondie des schémas polypharmaceutiques utilisés dans la prise en charge de la douleur chro-

nique, pourrait grandement améliorer les résultats chez les patients atteints de douleur chronique non attribuable au cancer. Toutefois, il n'existe aucune comparaison rigoureuse des résultats de la prescription de médicaments par des personnes autres que des médecins (y compris les pharmaciens) par rapport au traitement habituel fourni par un omnipraticien.



## Prise en charge de la douleur chronique orchestrée par un pharmacien : essai comparatif exploratoire, avec répartition aléatoire, mené au Royaume-Uni (suite)

**Une solution :** Les résultats du recours à l'un de deux modèles orchestrés par un pharmacien dans la prise en charge de la douleur chronique ont été comparés à ceux du traitement standard fourni par un omnipraticien. Les pharmaciens ayant participé au volet prescription ont examiné la pharmacothérapie dans le dossier papier de chaque patient avant de procéder à une consultation en personne. Les patients avaient tenu un journal de la douleur qui a été utilisé au cours de la consultation. Le pharmacien rédigeait toute ordonnance nécessaire et convenait avec le patient d'un plan de traitement. Dans le volet analyse, les pharmaciens ont surtout examiné la pharmacothérapie analgésique dans le dossier papier avant de dresser un plan de soins pharmaceutiques comportant des recommandations détaillées sur la modification de la pharmacothérapie. Ce plan était transmis à l'omnipraticien du patient pour être mis en œuvre, mais aucun médicament n'était prescrit par le pharmacien. Dans le volet traitement habituel, les patients ont reçu les soins standards de leur omnipraticien. Les principaux paramètres d'évaluation étaient le score à l'échelle SF-12<sup>2</sup> pour les éléments physiques et mentaux et le score global à l'indice de l'évolution de la santé (*Health Utilities Index*). Les paramètres d'évaluation secondaires étaient composés des scores à l'échelle globale d'évaluation de la douleur chronique (*Chronic Pain Grade*<sup>3</sup> [CPG]) et aux sous-échelles portant sur l'intensité de la douleur et l'invalidité ainsi que des scores relatifs à la dépression et à l'anxiété de l'échelle HADS<sup>4</sup>.

Après six mois, on a noté une amélioration significative du score à l'échelle globale

La prescription et l'analyse des analgésiques par le pharmacien pourraient améliorer efficacement les résultats liés à la douleur

CPG dans le volet prescription ( $p = 0,003$ ) et dans le volet analyse ( $p = 0,001$ ), mais non dans le volet traitement habituel. On n'a signalé aucune amélioration statistiquement significative des scores liés aux éléments physiques à l'échelle SF-12, sauf dans le volet traitement habituel, mais on a observé une détérioration significative dans ce même volet des scores liés aux éléments mentaux de l'échelle SF-12 ( $p = 0,002$ ) et des scores relatifs à la dépression de l'échelle HADS-D ( $p = 0,03$ ). Les scores à l'échelle HADS ont révélé une amélioration statistiquement significative tant pour la dépression ( $p = 0,022$ ) que pour l'anxiété ( $p = 0,007$ ) dans le volet prescription. Ces scores ont également été significatifs entre les groupes ( $p = 0,022$  et  $p = 0,045$ , respectivement).

**Les implications :** Il s'agissait du premier essai comparatif exploratoire, avec répartition aléatoire, visant précisément à évaluer la prise en charge de la douleur chronique orchestrée par un pharmacien comparativement aux soins habituels prodigués par un omnipraticien. C'était aussi le premier essai à évaluer les résultats cliniques de la prescription de médicaments par un pharmacien indépendant comparativement à la prescription par un médecin. Les résul-

tats laissent supposer que le pharmacien prescripteur (et peut-être aussi seulement l'analyse menée par un pharmacien) pourrait améliorer efficacement les résultats liés à la douleur et être acceptable pour les patients et la plupart des professionnels de la santé. Les résultats liés à l'échelle CPG ont révélé un effet graduel dans les trois volets de l'étude, indiquant une discrimination en ce qui a trait à la tendance et à la robustesse de l'amélioration, ce qui laisse supposer que les bienfaits maximaux ont été obtenus dans le volet prescription par le pharmacien. Toutefois, selon les résultats des sous-échelles, il est évident que l'amélioration du score à l'échelle globale CPG était attribuable à une diminution de l'intensité de la douleur et non à une amélioration de l'invalidité liée à la douleur. Au départ, la plupart des patients avaient obtenu un score se situant dans les valeurs normales à l'échelle HADS, mais les données laissent croire à de meilleurs résultats au suivi chez les patients du volet prescription. L'absence de différence statistique quant aux scores liés à l'état de santé général à l'échelle SF-12 entre tous les groupes pourrait signifier que l'intervention n'a eu aucune incidence sur l'état de santé général ou que la puissance de l'étude était insuffisante pour déceler l'effet. Enfin, malgré une bonne observance thérapeutique signalée par les patients au départ, les pharmaciens ont amélioré les résultats relatifs à la douleur dans le volet prescription. Si cette constatation n'est pas attribuable à l'observance, elle pourrait être liée aux changements de médicaments ou à la sensibilisation du patient en ce qui a trait au moment optimal pour administrer les analgésiques.

**Contexte ou méthodes de recherche:** Au Royaume-Uni, les pharmaciens peuvent devenir prescripteurs indépendants (ce qui équivaudrait, au Canada, à l'autorisation de prescrire) et avoir ainsi légalement l'autorisation de prescrire tout médicament vendu seulement sur ordonnance dans leurs champs de compétence établis.

Il existe aussi une compétence additionnelle de prescripteur qui permet au pharmacien de prescrire des médicaments selon un plan de prise en charge clinique établi en partenariat avec le médecin et le patient (ressemblant aux accords collectifs de prescription au Québec). Seuls les pharmaciens prescripteurs indépen-

dants pouvaient participer à cette étude. Puisqu'il s'agissait d'un essai pilote exploratoire servant de base à un essai comparatif ultérieur avec répartition aléatoire, aucun calcul de puissance en bonne et due forme n'a été mené. En raison de la nature de l'intervention, la répartition dans les groupes ne s'est pas faite à l'insu.

<sup>1</sup> Elliott AM, Smith BH, Hannaford P, et al. The course of chronic pain in the community: results of a 4-year follow-up study. *Pain* 2002;99:299-307.

<sup>2</sup> Ware JE, Kosinski M, Turner-Bowker DM, et al. *User's manual for the SF-12v2 health survey*. 2nd edn. QualityMetric, Incorporated, 2009.

<sup>3</sup> Von Korff FJ, Ormel M, Keefe J, et al., Grading the Severity of chronic pain. *Pain* 1992;50:133-49.

<sup>4</sup> Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.

# Étude portant sur une intervention instaurée par des pharmaciens chez des patients atteints d'arthrose du genou

Marra CA, Grubisic M, Cibere J, Grindrod KA, Woolcott, JC, Gastonguay L, Esdaile JM. Cost-Utility Analysis of a Multidisciplinary Strategy to Manage Osteoarthritis of the Knee: Economic Evaluation of a Cluster Randomized Controlled Trial Study. *Arthrit Care Res.* 2014 June; 66 (6): 810-816

**Le problème :** L'arthrose, la forme la plus fréquente d'arthrite, est une maladie dégénérative des articulations. Évolutive et irréversible, elle se caractérise par une perte de cartilage articulaire s'accompagnant de douleur et de dysfonctionnement articulaires<sup>1</sup>. Dix pour cent des hommes et 13 % des femmes de plus de 59 ans présentent une arthrose symptomatique du genou<sup>2</sup>, les prévisions indiquant une augmentation de 50 % de la prévalence au cours des 10 à 20 prochaines années<sup>3</sup>. À titre de maladie à évolution lente, l'arthrose est constamment sous-diagnostiquée et sous-traitée en Amérique du Nord. Bon nombre de patients ne consultent pas, et ceux qui le font obtiennent un mauvais diagnostic à plusieurs reprises ou sont pris en charge de façon sous-optimale<sup>4</sup>.

**Une solution :** Par le passé, la collaboration multidisciplinaire dans la prise en charge de la douleur chronique s'est révélée bénéfique<sup>5</sup>. Des études antérieures ont montré que les pharmaciens réussissaient à reconnaître l'arthrose du genou qui n'avait jamais été diagnostiquée<sup>6</sup>, laissant supposer une amélioration de l'arthrose du genou lorsqu'il y a une collaboration interprofessionnelle orchestrée par un pharmacien. Entre 2007 et 2008, des pharmaciens de 32 pharmacies communautaires situées à Vancouver ont recruté 139 patients présentant une douleur au genou en utilisant des méthodes de recrutement passives. Les participants et les pharmaciens étaient

Les patients tirent des bienfaits quantifiables de la collaboration interprofessionnelle entre pharmaciens, médecins et physiothérapeutes

répartis dans un groupe témoin (GT) ou un groupe intervention (GI). Les pharmaciens du GT ont fourni les soins habituels, soit la remise d'une brochure d'information de La Société de l'arthrite sur l'arthrose du genou. Les participants du GI ont eu droit à des consultations individuelles avec un pharmacien, au cours desquelles ce dernier fournissait des renseignements et des conseils sur l'arthrose du genou, examinait la pharmacothérapie et dirigeait le patient vers un programme d'exercices personnalisé dirigé par un physiothérapeute. En plus d'orienter le patient vers un physiothérapeute, le pharmacien collaborait avec le médecin de premier recours du patient en établissant la forte probabilité d'arthrose du genou et en offrant des recommandations sur la pharmacothérapie.

L'évaluation de la qualité globale du traitement de l'arthrose du genou (fondée sur les indicateurs de qualité dans la prise en charge de l'arthrose du genou de l'Arthritis Foundation)<sup>7</sup> constituait le principal paramètre d'évaluation. Au terme de l'étude après 6 mois, le taux de réussite pour l'ensemble des indicateurs de qualité était 45,2

% plus élevé dans le GI que dans le GT ( $p < 0,0001$ ), les taux ayant été significativement plus élevés pour chacun des indicateurs d'évaluation de la douleur et d'évaluation fonctionnelle, l'exercice, la sensibilisation, la perte de poids et les radiographies du genou. Les paramètres d'évaluation secondaires, mesurés au départ et après 3 et 6 mois, comprenaient l'évaluation fonctionnelle ainsi que l'évaluation de la douleur et de la qualité de vie à l'aide d'outils désignés tels que les échelles WOMAC, LEFS et HUI3. Dans le GI, on a observé une amélioration significative des scores liés à la fonction et à la douleur de l'échelle WOMAC après 3 et 6 mois ( $p < 0,01$  pour tous), du score lié à la douleur à l'échelle HUI3 au départ et après 3 et 6 mois ( $p < 0,05$  pour tous), et même que des scores à l'échelle LEFS après 6 mois ( $p > 0,05$ ).

L'évaluation des raisons des visites en pharmacie qui ont mené à l'admission du patient à l'essai a permis d'établir que 60 % des patients venaient chercher un médicament vendu sur ordonnance, dont 15 % ont précisé un analgésique, et que 16 % s'étaient rendus à la pharmacie pour acheter un médicament en vente libre, dont 78 % ont précisé un analgésique. Des fiches d'information déposées sur les comptoirs des pharmacies ont permis de recruter 52 % des participants, les affiches ou les affichettes d'étagère installées dans la pharmacie ont mis 38 % des participants au courant de l'étude et l'interaction avec le pharmacien, l'aide-pharmacien ou le technicien a permis

## Appel de résumés de recherches et de pratiques novatrices 2015

### RECHERCHE SUR LES PRATIQUES PHARMACEUTIQUES

Nous invitons les chercheurs et les praticiens à soumettre leurs résumés de recherche\* sur la pratique pharmaceutique de pointe pour être considérés pour la présentation de communications orales et par affichage au Congrès 2015 des pharmaciens du Canada.

### INNOVATION DANS LES PRATIQUES PHARMACEUTIQUES

Les pharmaciens qui ont mis en œuvre des idées ou des services avant-gardistes dans leur pharmacie sont invités à soumettre un résumé pour la Vitrine innovation du Congrès 2015 des pharmaciens du Canada.

### DATES IMPORTANTES

**5 janvier 2015**

Date limite pour la soumission des résumés

**28-31 mai 2015**

Congrès 2015 des pharmaciens du Canada, à Ottawa, ON



ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA

CANADIAN PHARMACISTS ASSOCIATION



ASSOCIATION DES PHARMACIENS DE L'ONTARIO

ONTARIO PHARMACISTS ASSOCIATION

Les consignes pour la soumission de résumés et d'autres détails se trouvent au [www.pharmacists.ca/conference](http://www.pharmacists.ca/conference) ou peuvent être obtenues en écrivant à [research@pharmacists.ca](mailto:research@pharmacists.ca)

\*Les résumés peuvent être soumis en français ou en anglais.

## Étude portant sur une intervention instaurée par des pharmaciens chez des patients atteints d'arthrose du genou (suite)

de recruter 15 % des participants. Au total, les suivis mensuels pharmacien-patient ont permis de transmettre aux médecins 355 commentaires documentés sur la douleur, les médicaments et l'exercice.

**Les implications :** Il s'agit de la première étude visant à évaluer la prise en charge multidisciplinaire de l'arthrose du genou mise en œuvre par des pharmaciens communautaires. La remise de 355 rapports aux médecins et les résultats révélant une amélioration de 45 % de la qualité globale

des soins pour l'arthrose du genou dans le GI indiquent clairement que les patients tirent des bienfaits quantifiables de la collaboration interprofessionnelle entre pharmaciens, médecins et physiothérapeutes. Parmi les patients qui s'étaient rendus à la pharmacie pour se procurer des produits en vente libre, 78 % recherchaient des produits analgésiques. Cette situation traduit le rôle essentiel du pharmacien dans la détection de l'arthrose du genou non diagnostiquée chez cette population de patients. Plus de la moitié des parti-

cipants ont pris connaissance de l'étude grâce à des fiches d'information, ce qui laisse supposer que les patients participent et s'intéressent activement à l'amélioration de leur état de santé si on leur en donne l'occasion. Enfin, le contact mensuel du pharmacien avec le patient a fourni une preuve des bienfaits associés au rôle élargi de collaborateur du pharmacien, de même qu'une stratégie économique permettant de réduire des lacunes dans le traitement de l'arthrose du genou.

### Contexte ou méthodes de recherche:

Des critères d'admission et d'exclusion rigoureux ont été établis pour l'étude. Les échelles WOMAC et LEFS ont été conçues pour évaluer exclusivement les patients atteints d'arthrite, alors que l'échelle HUI3 a été conçue pour la population générale. Aucune différence relative aux données

sur l'âge et le sexe n'a été notée entre le GI et le GT, mais certaines inégalités ont été observées. Plus précisément, 71 % et 59 % des participants ont signalé un revenu > 50 000 \$ par année dans le GI et GT, respectivement. De plus, 86 % des patients du GI et 79 % des patients du GT ont déclaré avoir fait des études

postsecondaires. La population asiatique était également plus importante dans le GI (21 %) que dans le GT (9 %). Ces légères différences ont probablement contribué à certains des résultats observés. Les pharmaciens n'ont reçu aucun incitatif financier.

<sup>1</sup> Martel-Pelletier J, Boileau C, Pelletier JP, et al. Cartilage in normal and osteoarthritis conditions. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2008;22:351-84.

<sup>2</sup> Hughes SL, Dunlop D. The prevalence and impact of arthritis in older persons. *Arthritis Care Res* 1995;8:257-64.

<sup>3</sup> Hootman J, Bolen J, Helmick C, et al. Prevalence of doctor-diagnosed arthritis and arthritis-attributable activity limitation: United States, 2003-2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2006;55:1129.

<sup>4</sup> Grindrod KA, Marra CA, Colley L, et al. After patients are diagnosed with knee osteoarthritis, what do they do? *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010;62:510-5.

<sup>5</sup> Padiyara RS, D'Souza JJ, Rihani RS. Clinical pharmacist intervention and the proportion of diabetes patients attaining prevention objectives in a multispecialty medical group. *J Manag Care Pharm* 2011;17:456-62.

<sup>6</sup> Marra CA, Tsuyuki RT, Soon JA, et al. Design of a randomized trial of a multidisciplinary intervention for knee osteoarthritis: pharmacist initiated intervention trial in osteoarthritis (PhIT-OA). *CPJ* 2008; 141:33-9.

<sup>7</sup> MacLean CH. Quality indicators for the management of osteoarthritis in vulnerable elders. *Ann Intern Med* 2001;135:711-21.

## Consultation sur la douleur orchestrée par des pharmaciens chez des personnes souffrant de toxicomanie en concomitance

Andrews LB, Bridgeman MB, Dalal KS, Abazia D, Lau C, Goldsmith DF and St John D. Implementation of a pharmacist-driven pain management consultation service for hospitalised adults with a history of substance abuse. *Int J Clin Pract*. 2013 Dec; 67 (12): 1342-9

**Le problème :** Le Capital Health Regional Medication Centre (CHRMC) étant un hôpital urbain à Trenton, New Jersey, la fréquence de toxicomanie chez les patients qui le fréquentent est élevée. Les infirmières de l'unité médico-chirurgicale du CHRMC font souvent l'objet d'intimidation par les patients qui demandent des doses additionnelles d'analgésiques. Certains professionnels de la santé ne sont pas suffisamment formés pour distinguer les véritables symptômes associés à la douleur des comportements toxicomaniaques. Ce type de comportements manipulateurs peut aussi être observé chez les patients présentant une pseudodépendance, alors que leur demande de médicaments vendus sur ordonnance vise véritablement le soulagement de la douleur<sup>1</sup>. Par conséquent, les professionnels de la santé sont exposés à des menaces de poursuites par les patients si leurs besoins en matière de maîtrise de la douleur ne sont pas comblés.

**Une solution :** Forts de leurs connaissances en pharmacocinétique et en pharmacodynamie, les pharmaciens cliniciens peuvent jouer un rôle essentiel dans le choix d'une



La participation des pharmaciens à la prise en charge de la douleur aiguë et de la toxicomanie a amélioré l'innocuité et la maîtrise de la douleur

pharmacothérapie réduisant au minimum l'emploi abusif et optimisant la maîtrise de la douleur. Depuis 2006, les pharmaciens du CHRMC ont travaillé en étroite collaboration avec les médecins et les infirmières dans un environnement interprofessionnel, afin de prendre en charge la douleur en optimisant le traitement opioïde et en utilisant des options autres que les opioïdes (p. ex., AINS, tramadol, relaxants muscu-

laire et anxiolytiques). Afin de favoriser la confiance dans la prise en charge de la douleur, les pharmaciens cliniciens ont mené des séances multidisciplinaires de formation continue (p. ex., sur l'usage de la buprénorphine et du naloxone ou la transition vers un traitement de la dépendance aux opioïdes en consultation externe) ciblant particulièrement les résidents et les infirmières. Dans le cadre d'une stratégie visant à déceler les comportements manipulateurs, on a pris en considération la capacité physique du patient et son comportement en général (p. ex., signes vitaux, consommation de repas, degré de mobilité et demande de fumer à l'extérieur) lors de l'évaluation de la douleur effectuée par le patient lui-même. En cas de détection d'un comportement manipulateur constant, le médecin et l'infirmière devaient accompagner le pharmacien pour expliquer au patient les raisons ayant mené à l'adoption de la démarche de prise en charge de la douleur.

Pour assurer la cohérence entre les membres de l'équipe du service de consultation en pharmacie clinique (*Clinical Pharmacy Consult Service [CPCS]*), une



## Consultation sur la douleur orchestrée par des pharmaciens chez des personnes souffrant de toxicomanie en concomitance (suite)

stratégie de prise en charge de la douleur a été établie. Si le patient pouvait tolérer l'administration par voie orale, un analgésique oral, de préférence un médicament autre qu'un opioïde, était utilisé si cela convenait. Cette démarche visait à réduire l'usage des opioïdes par voie intraveineuse (i.v.) et l'euphorie associée à l'administration de bolus i.v. importants<sup>2</sup>. Toutefois, lorsque les opioïdes étaient nécessaires, la méthode d'administration privilégiée était la pompe d'analgésie actionnée par le patient (PCA). Cette méthode s'est révélée efficace pour maîtriser la douleur et favoriser l'innocuité en réduisant l'exposition totale au médicament. Après un examen attentif de la documentation actuelle, des protocoles de prise en charge de la douleur et des recommandations de l'American Pain Society, l'équipe du CPCS a créé et distribué une fiche de poche révisée par des pairs sur la PCA. Cette fiche de référence fournissait aux médecins et aux pharmaciens des directives sur l'activation de la PCA, la posologie équianalgésique des différents agents (p.

ex., de la morphine et de l'oxycodone) et les stratégies de conversion entre les diverses présentations (p. ex., de l'administration orale à l'administration topique).

Au cours du premier mois de l'essai pilote, l'administration intermittente d'opioïde par voie i.v. a été remplacée par la PCA chez 15 patients. Pendant cette transition, sept de ces patients ont présenté des comportements menaçants, alors que deux ont tenté de modifier la pompe. À la fin du programme pilote de trois mois, le recours à l'administration intermittente d'opioïdes par voie i.v. avait diminué de façon significative. Entre le début et la fin de l'essai pilote, il y a eu une réduction de 25 % et de 42 % de l'usage intermittent de morphine et d'hydromorphone, respectivement. Par la suite, les membres de l'équipe ont aussi remarqué une baisse correspondante des comportements perturbateurs et intimidants. Selon les résultats d'un sondage mené auprès du personnel infirmier et des médecins pour connaître leurs impressions sur ce programme, les pharmaciens

ont permis de renforcer la confiance de ces derniers dans la prise en charge de la douleur aiguë chez les toxicomanes et de favoriser la cohérence entre les membres de l'équipe.

**Les implications :** En raison de la nature subjective de la douleur et de l'absence de mesures objectives, la prise en charge de la douleur chez les adultes ayant des antécédents de toxicomanie est une tâche fort complexe. En mettant en œuvre une démarche normalisée et systématique dans le choix et la posologie des analgésiques, les pharmaciens ont permis de réduire l'administration intermittente d'opioïdes par voie i.v. et de modifier les comportements toxicomaniaques des patients. La participation des pharmaciens à la prise en charge de la douleur aiguë et de la toxicomanie a non seulement amélioré l'innocuité et la maîtrise de la douleur, mais a aussi permis d'augmenter les connaissances et la confiance des médecins et des infirmières.

### Contexte ou méthodes de recherche :

Les praticiens indépendants et les pharmaciens cliniciens autorisés du CHRMC ont lancé une consultation officielle sur papier et par voie électronique, une ligne d'assistance et un contact direct avec le pharmacien désigné dans la prise en charge de la douleur pour les patients

répondant à des critères particuliers. Ces patients comprenaient ceux auxquels on avait prescrit une dose quotidienne supérieure à 8 mg d'hydromorphone ou à 25 mg de morphine par voie i.v. ou ceux recevant l'hydromorphone ou la morphine exclusivement par doses intermittentes dont la douleur n'était pas maîtrisée

adéquatement. Une fois le plan de traitement de la douleur passé en revue et approuvé par le médecin, les schémas recommandés étaient traités comme une ordonnance verbale. Tous les schémas d'analgésiques visaient à réduire le score de la douleur à < 4/10.

1. Weissman DE, Haddox JD. Opioid pseudoaddiction—an iatrogenic syndrome. *Pain* 1989; 36: 363-6.  
2. Macintyre PE. Safety and efficacy of patient-controlled analgesia. *Br J Anaesth* 2001; 87: 36-46.

## Transmettre les données probantes sur la prise en charge des lombalgies dans une ressource axée sur le consommateur et destinée à un usage en pharmacies communautaires : un essai comparatif avec échantillonnage en grappes et répartition aléatoire

Slater H, Briggs AM, Watkins K, Chua J, Smith AJ (2013) *Translating evidence for low back pain management into a consumer-focused resource for use in community pharmacies: a cluster-randomised controlled trial*. PLoS ONE 8(8): e71918. doi:10.1371/journal.pone.0071918

**Le problème :** La lombalgie persistante continue de représenter un problème complexe et difficile pour les consommateurs en Australie et ailleurs dans le monde<sup>1</sup>. Les coûts croissants des services de santé visant à alléger le fardeau associé aux lombalgies en matière d'économie et de santé sont insoutenables<sup>2</sup>. De plus, il est urgent de réévaluer la prise en charge des lombalgies en contexte de soins primaires. L'une des stratégies d'amélioration vise à inciter les patients à jouer un rôle plus actif dans la prise en charge de leur douleur. Pour y arriver, les consommateurs doivent avoir accès à des renseignements sur la santé fiables, accessibles et compréhensibles au sein même de la collectivité<sup>2,3</sup>. Toutefois, on ignore actuellement ce qui constituerait, en soins primaires, une mise en œuvre réaliste et efficace de la diffusion de renseignements

fiables aux consommateurs sur les lombalgies, il faut donc combler cette lacune.

**Une solution :** Un essai comparatif avec échantillonnage en grappes et répartition aléatoire a été mené pour établir l'efficacité : (i) d'une brochure sur les lombalgies destinée aux consommateurs comparativement aux soins habituels fournis en pharmacie dans l'amélioration des croyances liées aux lombalgies chez les clients présentant une lombalgie et fréquentant des pharmacies communautaires et (ii) de la remise d'une brochure avec ou sans renforcement verbal additionnel des principaux messages de la brochure par le pharmacien. Les pharmacies (grappes) ont été réparties de façon aléatoire en trois groupes : 1) patients qui recevraient le traitement habituel (groupe témoin); 2)

patients qui recevraient une brochure d'information sur les lombalgies et des conseils transmis de vive voix pour renforcer les principaux messages (groupe intervention 1) et 3) patients qui recevraient une brochure d'information sur les lombalgies sans conseil additionnel de vive voix (groupe intervention 2).

Les principaux paramètres individuels d'évaluation ont été mesurés avant l'intervention (T0), puis deux (T1) et huit semaines (T2) après l'intervention. Ces paramètres incluaient les effets de l'intervention sur les croyances liées aux lombalgies ainsi qu'à l'appréhension et à l'évitement (en lien avec le travail ou l'activité physique). Le conditionnement pour les scores initiaux n'a révélé aucune différence significative quant aux croyances relatives aux lombalgies entre l'un ou l'autre des groupes

## Transmettre les données probantes sur la prise en charge des lombalgies dans une ressource axée sur le consommateur et destinée à un usage en pharmacies communautaires ... (suite)

intervention ou entre les groupes intervention et le groupe témoin après deux ou huit semaines. Toutefois, après le rajustement des scores initiaux, les comportements d'évitement et d'appréhension liés au travail ont été significativement moins fréquents chez les consommateurs des groupes intervention qui avaient reçu la brochure (avec ou sans conseils), comparativement à ceux du groupe témoin après huit semaines. On n'a pas noté de différence significative entre les patients des groupes intervention, qu'ils aient reçu la brochure avec ou sans conseils.

Les paramètres d'évaluation secondaires n'ont révélé aucune différence significative quant à l'intensité de la douleur après deux ou huit semaines entre les groupes ayant reçu la brochure et le groupe témoin ou entre les deux groupes ayant reçu la brochure avec ou sans conseils. On n'a pas non plus observé de différence significative concernant l'invalidité entre les groupes ayant reçu la brochure et le groupe témoin ou entre les groupes ayant reçu la brochure avec ou sans conseils.

Pour ce qui est de l'utilité de la brochure évaluée sur une échelle d'impression globale de l'utilité perçue (*Global perceived impression of usefulness* [GPIU]), les pharmaciens

ont coté la brochure comme étant utile (sur une échelle d'évaluation numérique de 11 points [de 0 à 10], où 0 signifie tout à fait inutile et 10, extrêmement utile; score moyen sur l'échelle GPIU de 7,1 [avec conseils] et de 7,4 [sans conseil]) tout comme les consommateurs (scores moyens à l'échelle GPIU de 6,2 après 2 semaines et de 5,7 après huit semaines pour la brochure avec conseils alors que ceux qui n'ont reçu que la brochure ont obtenu un score moyen plus faible mesuré aux mêmes moments à l'échelle GPIU, soit 5,3 et 4,9, respectivement).

**Les implications :** L'utilisation des pharmacies communautaires comme porte d'entrée en soins primaires pour la transmission des données probantes aux consommateurs atteints de lombalgie est faisable, selon les pharmaciens ayant participé au volet intervention. De plus, la brochure a permis d'atténuer l'appréhension liée au travail concernant les lombalgies après 8 semaines. Bien que cet effet ait été de peu d'importance et que l'incidence de ce paramètre d'évaluation sur une invalidité de plus longue durée au travail ne soit pas claire, il met en évidence que le recours à une brochure, ayant un coût relativement peu

élevé et présentant des données probantes, favorise la démystification des croyances d'évitement et d'appréhension liées au travail. Par ailleurs, la brochure semble représenter un élément simple et positif d'une intervention de soins auprès des consommateurs atteints de lombalgie. Il est évident que les patients souhaitent recevoir des renseignements qui répondent à leurs besoins particuliers, mais ils ne veulent pas que ceux-ci remplacent les conseils transmis verbalement. Pour l'avenir, les trois éléments de la documentation en matière de santé (rechercher, comprendre et agir) doivent être pris en considération lorsqu'on veut inciter le patient à participer à ses soins. Les croyances et les comportements chez les patients souffrant de lombalgie persistante ne concordent pas toujours<sup>3</sup>, et les personnes souffrant de lombalgie, en particulier, ont plus de difficulté à adopter des comportements positifs dans leur mode de vie. Des études sur la façon dont les pharmaciens pourraient participer à de telles initiatives éducatives simples et collaborer avec les consommateurs et d'autres professionnels de la santé pour favoriser des changements efficaces dans la prise en charge de la lombalgie en soins primaires sont nécessaires.

**Contexte ou méthodes de recherche :** La brochure utilisée pour cette étude fournissait des données probantes sur la prise en charge de la lombalgie (conformes aux recommandations actuelles)<sup>4</sup> en mettant en évidence des messages clés destinés aux consommateurs, comme la néces-

sité de rester actif, positif et engagé. Les paramètres d'évaluation des croyances des patients ont été mesurés à l'aide du questionnaire BBQ (*Back Pain Beliefs Questionnaire*)<sup>5</sup> pour ce qui est des croyances relatives aux conséquences inévitables de la lombalgie sur le quotidien, et du ques-

tionnaire FABQ (*Fear Avoidance Beliefs Questionnaire*)<sup>6</sup> pour les croyances d'appréhension et d'évitement (comprenant deux sous échelles : PA, pour l'activité physique, et W, pour le travail). L'utilité perçue de la brochure a été mesurée à l'aide de l'échelle GPIU<sup>7</sup>.

1. Briggs AM, Bragge P, Slater H, et al. Applying a health network approach to translate evidence-informed policy into practice: A review and case study on musculoskeletal health. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 394.
2. Department of Health Western Australia (2009) Spinal pain model of care. Health Networks Branch, Perth.
3. Briggs AM, Jordan JE, Buchbinder R, et al. Health literacy and beliefs among a community cohort with and without chronic low back pain. *Pain* 2010; 150:275-83.
4. Maher CG, Williams C, Lin C. Managing low back pain in primary care. *Aust Prescr* 2011; 34: 128-32.
5. Symonds TL, Burton AK, Tillotson KM, et al. Absence resulting from low back trouble can be reduced by psychosocial intervention at the work place. *Spine* 1995;(Phila Pa 1976) 20: 2738-45.
6. Waddell G, Newton M, Henderson I, et al. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993; 52: 157-68.
7. Kamper SJ, Ostelo RW, Knol DL, et al. Global Perceived Effect scales provided reliable assessments of health transition in people with musculoskeletal disorders, but ratings are strongly influenced by current status. *J Clin Epidemiol* 2010; 63: 760-66 e761.

## Le Traducteur

### Collaborateurs

Carly Davies, étudiante en pharmacie  
Yan Li, étudiant en pharmacie  
Alysa Pompeo, étudiante en pharmacie  
Philip Emberley, D. Pharm., M.B.A.

### Réviseurs

Mary M. Bridgeman, D. Pharm., BCPS  
Hanne Bruhn, M.A. (Hon.) en psychologie,  
Ph. D. en psychologie  
Carlo Mara, B. Sc. (Pharm), ACPR, D. Pharm.,  
Ph. D., FCSHP  
Helen Slater, Ph. D., FACP  
Christine LeBlanc, B. Journalism

### Personne-ressource

Philip Emberley  
Directeur, Innovation dans la pratique  
de la pharmacie  
Association des pharmaciens du Canada  
pemberley@pharmacists.ca  
(613) 523-7877, poste 220  
1-800-917-9489  
[www.pharmacists.ca/research](http://www.pharmacists.ca/research)



ASSOCIATION DES  
PHARMACIENS  
DU CANADA

CANADIAN  
PHARMACISTS  
ASSOCIATION



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

Pour recevoir les nouveaux numéros du bulletin *Le Traducteur*, communiquez avec nous à l'adresse suivante : [research@pharmacists.ca](mailto:research@pharmacists.ca).

La diffusion et la traduction de cette publication sont possibles en partie grâce à une contribution inconditionnelle à visée éducative de Pfizer.