

GPC Prise en charge de la douleur chronique en première ligne de soins

Mise à jour 2017

Henrard Gilles, Cordyn Sam, Chaspierre Alain, Kessels Thomas,
Mingels Sarah, Vanhalewyn Michel

À la demande du groupe de travail pour le développement des
recommandations de première ligne

Version validée: Février 2017

EBM PracticeNet
Groupe de travail
Réalisation de
Recommandations
de Première Ligne



Contribution du patient et évaluation par le médecin généraliste

Les guides de bonne pratique médicale sont indicatifs en tant que soutien et constituent un point de repère lors de la prise de décisions diagnostiques ou thérapeutiques en médecine générale. Pour le médecin généraliste, ils résument la meilleure prise en charge d'un point de vue scientifique pour le patient moyen. En outre, il convient de prendre en compte le contexte du patient, qui constitue un partenaire équivalent lors de la prise de décisions. C'est pourquoi le médecin généraliste clarifie la demande du patient par une communication adaptée et l'informe sur tous les aspects des éventuelles options thérapeutiques. Il peut donc arriver que le médecin généraliste et le patient fassent ensemble un meilleur choix autre de manière responsable et raisonnée. Pour des raisons pratiques, ce principe n'est pas chaque fois soulevé dans les guides de bonne pratique, mais est mentionné ici de manière explicite.

Table des matières

INTRODUCTION	3
OBJECTIFS POURSUIVIS	3
DÉFINITIONS	4
CONTEXTE	5
PUBLIC CIBLE DU GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE	5
POPULATION DE PATIENTS CIBLÉE	5
QUESTIONS CLINIQUES	6
QUESTION 1 : QUEL EST L'INTÉRÊT D'ADOPTER UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LE PATIENT, FAVORISANT NOTAMMENT SA « CAPACITÉ D'AGIR » (NOTION D'EMPOWERMENT) ?	7
QUESTION 2 : QUELS SONT LES ASPECTS À ABORDER LORS DE L'ÉVALUATION DE LA SITUATION ?	11
QUESTION 3 : QUELLES PLACES ACCORDER AUX DIFFÉRENTES APPROCHES NON-MÉDICAMENTEUSES ?	14
3.1 KINÉSITHÉRAPIE / GYMNASTIQUE MÉDICALE	14
3.2 THÉRAPIE MANUELLE ET PHYSIOTECHNIQUE	17
3.2.1 THÉRAPIE MANUELLE	17
3.2.2 PHYSIOTECHNIQUE	19
3.3 . INTERVENTIONS/THÉRAPIES PSYCHOLOGIQUES	22
3.3.1 FORMATION SUR LA DOULEUR	22
3.3.2 THÉRAPIES DE RELAXATION	24
3.3.2 THÉRAPIE COMPORTEMENTALE COGNITIVE	25
3.3.4 MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE, ACCEPTATION ET ENTRAÎNEMENT DE L'ATTENTION	27
3.4 TRAITEMENTS ALTERNATIFS	27
3.4.1 ACUPUNCTURE	28
3.4.2 THÉRAPIE NUTRITIONNELLE	31
QUESTION 4 : QUELLE PLACE ACCORDER AUX DIFFÉRENTES THÉRAPEUTIQUES MÉDICAMENTEUSES ?	32
4.1 LES MOLÉCULES PRINCIPALEMENT UTILISÉES DANS LE TRAITEMENT DES DOULEURS NOCICEPTIVES	33
4.1.1 LE PARACETAMOL	33
3.1.2 LES AINS PAR VOIE GÉNÉRALE	34
4.1.3 LES AINS TOPIQUES	36
4.2 L'USAGE DES OPIOIDES FAIBLES	37
4.2.1 LA CODÉINE	37
4.2.2 LE TRAMADOL	38
4.3 L'USAGE DES OPIOÏDES FORTS	38
4.2 LES MOLÉCULES PRINCIPALEMENT UTILISÉES DANS LE TRAITEMENT DES DOULEURS NEUROPATHIQUES	42
4.2.1 LES ANTIÉPILEPTIQUES	42
4.2.1.1 LA GABAPENTINE ET LA PRÉGABALINE	42

4.2.2 LES ANTIDÉPRESSEURS	43
4.2.2.1 LES ANTIDÉPRESSEURS TRICYCLIQUES	43
4.2.2.2 LES SNRIS	44
QUESTION 5 : QUEL EST LA PLUS-VALUE D'UNE PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE ?	46
RÉSUMÉ DES MESSAGES-CLÉS	49
MÉTHODOLOGIE ET PROCESSUS DE RÉVISION PAR LES PAIRS	52
PLANIFICATION DE LA MISE À JOUR	53
AGENDA DE RECHERCHE	53
LISTE DES AUTEURS ET DÉCLARATIONS DES CONFLITS D'INTÉRÊT	54
TRADUCTION ET RÉDACTION	54
ANNEXES	55
ANNEXE 1 : DESCRIPTION DE LA MÉTHODE PRAGMATIQUE ET ABRÉGÉE POUR ATTRIBUER UN GRADE AUX RECOMMANDATIONS	55
ANNEXE 2 : EXEMPLE D'EXPLICATIONS À DONNER EN CONSULTATION POUR PROMOUVOIR LA GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE PAR LE PATIENT LUI-MÊME	56
ANNEXE 3 : EXEMPLE D'ÉCHELLES D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR	57
ANNEXE 4 : TABLEAU D'ÉQUIVALENCE DES OPIOÏDES (TIRÉ DE SIGN 2013)	57
ANNEXE 5 : SITES INTERNET UTILES	58

Introduction

Objectifs poursuivis

L'objectif de ce GPC est de fournir aux professionnels de première ligne des outils pour améliorer la qualité des soins proposés en Belgique dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique, y compris une meilleure évaluation du patient et de la situation, une prise en charge multidisciplinaire, pas seulement basée sur une approche médicamenteuse par étapes, mais aussi sur une approche non-médicamenteuse.

Ce guide est une mise à jour de la recommandation de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) de 2004 ¹, dont la nouveauté est notamment d'être présentée sous la forme de réponses à des questions cliniques.

Ce guide a été réalisé à la demande du groupe de travail « Réalisation de Recommandations de Première Ligne », subventionné par l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). Ce dernier a participé au choix des thèmes bénéficiant du développement d'une GPC, mais n'a interféré à aucun moment avec l'indépendance rédactionnelle des auteurs.

Les explications sur le système des niveaux de preuve et de gradation des recommandations utilisé dans ce GPC sont reprises dans *les annexes*.

1

http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/Recommandations_de_bonne_pratique/RBP_Douleur_Chronique.pdf

Définitions

La définition de la douleur la plus communément adoptée est celle de l' « International Association for the study of Pain » (IASP) ² pour qui la douleur est « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes* ».

Toujours selon cette association, la douleur neuropathique consiste en « *une douleur causée par une lésion ou une maladie du système nerveux somatosensoriel* ³ ». Elle est avant tout une description clinique (et non un diagnostic) et la lésion ou la maladie sous-jacente, à rechercher, peut être périphérique ou centrale. Par opposition, la « douleur nociceptive » est « *due à une lésion tissulaire non nerveux et l'activation des nocicepteurs* ». La douleur peut bien entendu être mixte.

La définition de la douleur chronique retenue dans ce guide est celle utilisée dans le guide SIGN 2013 ⁴, c-à-d « *toute douleur présente depuis plus de 12 semaines indépendamment du processus physiopathologique sous-jacent* ».

La notion de fibromyalgie est encore prise en compte dans le cadre de ce guide. Elle est classiquement définie comme une douleur présente depuis au moins 3 mois, diffuse (c.-à-d. présente au niveau axial, de chaque côté du corps et de part et d'autre de la taille), avec des douleurs suscitées par la palpation d'au moins 11 sur 18 points anatomiques prédéfinis ⁵. Plus récemment, des critères diagnostics basés sur deux scores cliniques (le 'Widespread Pain Index' et le 'Symptom Score') ont été proposés ⁶. Le terme n'apparaît pas dans la taxonomie de l'IASP citée ci-dessus. La notion de

² Classification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy, edited by H. Merskey and N. Bogduk, IASP Press, Seattle, ©1994. Disponible sur : <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>

³ Jensen TS, Baron R, Haanpää M, et coll. A new definition of neuropathic pain. Pain 2011; 152(10):2204-5. [DOI: 10.1016/j.pain.2011.06.017]

⁴ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013. (SIGN publication no. 136). [December 2013]. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>

⁵ Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et coll. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum 1990;33:160-72.

⁶ Wolfe F, et coll. The American college of rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and mesuarement of symptom severity. Arthritis Care Res 2010;62:600-10.

sensibilisation, réactivité augmentée des neurones nociceptifs centraux ou périphériques à un influx normal, n'apparaît pas dans nos guides sources, mais est de plus en plus souvent mise en avant.

Contexte

La douleur chronique est un problème fréquent. Près de 18% de la population souffrirait d'une douleur chronique modérée à sévère ⁷, avec un impact important en terme de qualité de vie ⁸. Si tous ces malades ne consultent pas un professionnel de la santé, quand ils le font, c'est les soins de première ligne qui sont le plus souvent impliqués. Or, la douleur chronique représente un défi clinique majeur, avec une large palette d'interventions possibles, face à laquelle les professionnels sont parfois démunis.

Public cible du Guide de Pratique Clinique

Ce GPC s'adresse aux professionnels de la première ligne de soins qui, dans l'exercice de leur pratique, sont confrontés à la mise au point et/ou au suivi de patients douloureux chroniques. Nous pensons en premier lieu, mais de manière non exhaustive, aux médecins généralistes, aux infirmiers, aux kinésithérapeutes, aux pharmaciens et aux psychologues.

Population de patients ciblée

La population ciblée par ce GPC concerne les patients souffrant de douleur chronique. Sont exclus les patients pédiatriques, cancéreux ou suivis en soins palliatifs.

Ce guide n'aborde pas spécifiquement des syndromes douloureux chroniques propres à une situation particulière (comme par exemple les douleurs post-opératoires) ou à une localisation anatomique particulière (comme par exemple les céphalées ou encore les cervicalgies chroniques ou de manière générale la notion de « syndrome régional douloureux complexe ⁹»). Si les recommandations retenues en citent parfois (comme par exemple pour les lombalgies), cela est dû à notre méthodologie d'adaptation de guidelines préexistants (*voir méthodologie*).

⁷ Breivik H, Collett B, Ventafridda V, et coll. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10(4):287-333.

⁸ Elliott A, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999;354(9186):1248-52.

⁹ Fukushima F, et coll. Complex regional pain syndrome. *BMJ* 2014;348:g3683.

Les soins nécessitant un recours à la deuxième ou la troisième ligne de soins ne sont pas discutés.

Questions cliniques

1. Quel est l'intérêt d'adopter une approche centrée sur le patient, favorisant notamment sa « capacité d'agir » (notion d'empowerment) ?
2. Quels sont les aspects à aborder lors de l'évaluation de la situation ?
3. Quelles places accorder aux différentes approches non-médicamenteuses ?
4. Quelle place accorder aux différentes thérapies médicamenteuses ?
5. Quel est la plus-value d'une prise en charge multidisciplinaire ?

Question 1 : Quel est l'intérêt d'adopter une approche centrée sur le patient, favorisant notamment sa « capacité d'agir » (notion d'empowerment) ?

Recommandation

Une approche emprunte d'empathie et centrée sur le patient lors de la mise au point et de la prise en charge du patient douloureux chronique est propre à optimiser les chances d'évolution favorable. Cette prise en charge sera autant que possible le fruit d'une décision partagée avec le patient. (GRADE 1C)

Des ressources (dépliants, site internet, technique simple,...) favorisant la gestion par le patient lui-même de sa douleur devraient être recommandées en complément d'autres thérapies dans le traitement de la douleur chronique, notamment celles identifiées et recommandées par d'éventuelles équipes multidisciplinaires locales de prise en charge de la douleur (« centres de la douleur ») et ce à tous les stades du suivi. (GRADE 2C)

Explications

Main et coll.¹⁰, dans un article référencé par SIGN 2013¹¹, récapitule les attitudes du clinicien utiles au développement d'une approche centrée sur le patient, empreinte d'empathie, et visant si possible une décision partagée.

Il s'agit de :

1. Favoriser l'expression des problèmes et préoccupations du patient en:
 - Etablissant un contact visuel avec celui-ci et en lui témoignant de l'intérêt ;
 - Encourageant le patient à être précis quant à la séquence d'apparition de la douleur et les événements-clés qui y sont associés ;
 - Etant attentif aux indices signalant des peurs, des difficultés et en tentant de les clarifier, de les explorer ;
 - Utilisant des techniques d'écoute active comme, par exemple, le fait de reprendre, résumer ou reformuler les dires du patient ;

¹⁰ Main C, et coll. Addressing patient beliefs and expectations in the consultation. Best Pract Res Clin Rheumatol 2010;24(2-2):219-25.

¹¹ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013. (SIGN publication no. 136). [December 2013]. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>

- Explorant les représentations du patient sur les causes de sa douleur et l'impact de ses croyances sur son problème.
2. Questionner le patient sur les informations qu'il souhaite, les prioriser et les lui fournir en vérifiant que le patient les a bien comprises
 3. Discuter les options thérapeutiques en abordant explicitement jusqu'où il veut être impliqué dans les décisions.

Un article de Fukushima et coll.¹² propose un exemple d'explications qui pourrait être tenu au patient en vue de promouvoir en consultation la gestion de la douleur par le patient lui-même (voir annexe 2).

Argumentaire

Le groupe de développement de ce GPC souligne que l'adoption d'une démarche centrée sur le patient tient davantage de l'exigence éthique que de l'existence ou non de preuves scientifiques quant à un bénéfice inhérent à cette démarche. Néanmoins, disposer de preuves dans ce domaine reste tout à fait pertinent.

Selon SIGN 2013¹³, la littérature relève trois éléments qui semblent généralement améliorer le vécu de la consultation du patient douloureux chronique : une approche centrée sur le patient, une implication de celui-ci dans le processus de décision et une concordance entre ses attentes et celles du praticien quant à la prise en charge. Toutefois, il n'existe pas de preuves suffisantes (de bonne qualité) reliant la nature de l'interaction patient-praticien et des critères d'évaluation clinique de la douleur chronique. Par contre, la formation des professionnels à ces approches spécifiques augmente la satisfaction des patients par rapport à la relation thérapeutique, et dans une certaine mesure, diminue l'anxiété et le niveau de douleur^{14,15,16,17,18,19}. Davantage de preuves sur les bénéfices à long terme devraient être produites avant leur pleine recommandation²⁰.

¹² Fukushima F, et coll. Complex regional pain syndrome. *BMJ* 2014;348:g3683.

¹³ Un des guides de bonne pratique retenus pour le développement de ce GPC : *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*. Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013. (SIGN publication no. 136). [December 2013]. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>

¹⁴ Manias E, Williams A. Managing pain in chronic kidney disease: patient participation in decision-making. *J Adv Nurs* 2008;61(2):201-10.

¹⁵ Alamo MM, Moral RR, Perula de Torres LA. Evaluation of a patient-centered approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Educ Couns* 2002;48(1):23-31.

Selon SIGN 2013 encore, une RCT a étudié une intervention incluant la formation du clinicien à une approche collaborative. Il en ressort un effet mineur mais statistiquement significatif sur la douleur chronique lorsque cette approche est associée à un suivi téléphonique bimensuel du patient par une équipe de prise en charge de la douleur de première ligne ²¹.

Toujours selon SIGN 2013, l'intérêt des programmes de gestion de la douleur par le patient lui-même semblent bien établis, peu dépendants des technologies, peuvent inclure une approche communautaire et sont également peu coûteux ²². L'utilisation d'internet dans ces programmes apparaît comme un support bénéfique en termes de réduction à court terme de la douleur, de réduction du handicap perçu ainsi que de diminution du stress, même si l'ampleur de ces effets reste faible ^{23,24,25,26}. D'autres études réalisées sur des programmes d'autogestion de pathologies chroniques proposés ou conçus par les patients (« peer education ») ont montré un effet

¹⁶ Stones RW, Lawrence WT, Selfe SA. Lasting impressions: influence of the initial hospital consultation for chronic pelvic pain on dimensions of patient satisfaction at follow-up. *J Psychosom Res* 2006;60(2):163-7.

¹⁷ Main CJ, Buchbinder R, Porcheret M, Foster N. Addressing patient beliefs and expectations in the consultation. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010;24(2):219-25.

¹⁸ Cremeans-Smith jK, Stephens MAP, Franks MM, et al. Spouses' and physicians' perceptions of pain severity in older women with osteoarthritis: Dyadic agreement and patients' well-being. *Pain* 2003;106(1-2):27-34.

¹⁹ Bieber C, Müller KG, Blumenstiel K, et al. A shared decision-making communication training program for physicians treating fibromyalgia patients: effects of a randomized controlled trial. *J Psychosom Res* 2008;64(1):13-20.

²⁰ Stomski Nj, Mackintosh S, Stanley M. Patient self-report measures of chronic pain consultation measures: a systematic review. *Clin J Pain* 2010;26(3):235-43.

²¹ Dobscha SK, Corson K, Perrin NA, et al. Collaborative care for chronic pain in primary care: a cluster randomized trial. *JAMA* 2009;301(12):1242-52.

²² Du S, yuan C, Xiao X, et al. Self-management programs for chronic musculoskeletal pain conditions: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2011;85(3):e299-e310.

²³ Berman RL, Iris MA, Bode R, Drengenber C. The effectiveness of an online mind-body intervention for older adults with chronic pain. *J Pain* 2009;10(1):68-79.

²⁴ Carpenter KM, Stoner SA, Mundt jM, Stoelb B. An online self-help CBT intervention for chronic lower back pain. *Clin J Pain* 2012;28(1):14-22.

²⁵ Chiauuzzi E, Pujol LA, Wood M, et al. painACTION-back pain: a self-management website for people with chronic back pain. *Pain Med* 2010;11(7):1044-58.

²⁶ Ruehlman LS, Karoly P, Enders C. A randomized controlled evaluation of an online chronic pain self-management program. *Pain* 2012;153(2):319-30.

tenu à court terme sur la confiance des participants en leur santé et l'adoption d'exercices en aérobie ²⁷. Des conseils personnalisés sur les exercices et adaptations nécessaires sont en outre davantage utiles qu'une simple information standardisée, pour promouvoir une véritable gestion active de la douleur par le patient ²⁸.

²⁷ Foster G, Taylor SJC, Eldridge S, et al. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; Issue 4.

²⁸ Liddle SD, Gracey jH, Baxter GD. Advice for the management of low back pain: a systematic review of randomised controlled trials. Man Ther 2007;12(4):310-27.

Question 2 :Quels sont les aspects à aborder lors de l'évaluation de la situation ?

Recommandation

Une mise en évidence précoce de la douleur chronique est probablement importante. L'identification du type de douleur (notamment d'une composante neuropathique), de sa sévérité et de ses répercussions fonctionnelles devrait être réalisée sur la base d'une anamnèse structurée, d'un examen clinique et d'une évaluation plus globale du contexte biopsychosocial du patient. (CBP)

La prise en charge d'un patient douloureux chronique devrait se baser sur un plan de soins individualisé tenant compte des besoins du patient et de l'accessibilité des différents services pouvant intervenir dans le suivi. Ce plan devrait être régulièrement réévalué. (CBP)

Explications

La douleur est un phénomène complexe comportant une composante physique, des aspects cognitifs, émotionnels, spirituels et relationnels. Ce caractère multidimensionnel doit être reconnu lors de l'évaluation. La prise en charge de ces patients est radicalement opposée à celle qui est adoptée dans la douleur aiguë. Ici, les aspects pharmacologiques passent au deuxième plan. Une définition plus dynamique de la santé, mettant l'accent sur la capacité d'adaptation des individus plutôt que sur la « guérison »²⁹, gagnerait souvent à être privilégiée, en accord avec le modèle de soins chroniques (« chronic care model »)³⁰.

En pratique SIGN 2013 propose notamment, sur la base d'avis d'experts :

- De répartir la mise au point et la prise en charge initiale sur plusieurs consultations ;
- D'adopter une approche centrée sur le patient, respectueuse de sa culture, en expliquant les différentes options thérapeutiques et en l'impliquant si possible dans la décision.
- De rechercher la présence de signes ou de symptômes d'alarme, d'investiguer et/ou de référer le cas échéant, mais d'éviter des investigations complémentaires si aucune pathologie sérieuse n'est suspectée.

²⁹ Huber et coll. How should we define health? BMJ 2011;343:d4163.

³⁰ Coleman K, et coll. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium Health Affairs, 28, no.1 (2009):75-85 doi: 10.1377/hlthaff.28. <http://content.healthaffairs.org/content/28/1/75.full.html>

- Dans tous les cas de définir le moment auquel plus aucune investigation n'est envisagée et de l'expliquer clairement au patient.
- D'identifier la présence d'éléments de douleur neuropathique, dont la prise en charge comporte des spécificités :

Caractéristique d'une douleur neuropathique

Douleur de type de brûlure ou de décharge, allodynie (douleur déclenchée par un stimulus qui normalement ne devrait pas en provoquer), hyperalgie (réponse exagérée à un stimulus douloureux), douleur imprévisible, anomalies sensitives et/ou cutanées à l'examen clinique

Le dépistage de la douleur neuropathique est d'autant plus important qu'elle peut coexister avec une douleur nociceptive dans le cadre d'une douleur mixte. C'est par exemple le cas dans la lombo-radiculalgies où une lombalgie le plus souvent de mécanisme nociceptif s'accompagne d'une radiculalgie de mécanisme neuropathique. A défaut de les reconnaître, le praticien sera amené à prescrire des médicaments ou mettre en place des interventions inadaptées.

- D'évaluer l'intensité de la douleur aux différents sites douloureux, éventuellement à l'aide d'une échelle visuelle analogique ([voir annexe 3](#)).
- D'évaluer à l'anamnèse l'impact de la douleur sur le fonctionnement du patient notamment sur les relations avec son entourage, son travail, son humeur et son sommeil.
- D'identifier les patients à risque d'évolutions péjoratives sur base de son jugement clinique ou en utilisant des outils EBM (comme par exemple le 'Keele StarT Back Tool').

Un plan de soins, permettant de structurer la dispensation des soins, devrait être établi, être aussi explicite que possible, et intégrer les différentes dimensions (somatiques mais aussi psychologiques, relationnelles et spirituelles) du vécu douloureux du patient.

Argumentaire

SIGN 2013 souligne l'absence de preuves que le choix de l'une ou l'autre forme d'évaluation initiale entraîne un bénéfice clinique significatif.

Un consensus existe cependant pour recommander d'évaluer le type de douleur, sa sévérité et son impact avant de décider d'un plan de soins ^{31,32}.

Le «care management» en première ligne de soins repose sur le modèle des maladies chroniques qui a pour objectif d'améliorer la qualité des soins en utilisant le mieux possible les ressources disponibles ³³.

Le plan de soins doit intégrer plusieurs dimensions et prendre en considération l'ensemble des besoins des patients. Le projet doit associer les facteurs somatiques mais aussi psychologiques, sociaux et spirituels ³⁴.

³¹ Hara KW, Borchgrevink P. National guidelines for evaluating pain Patients' legal right to prioritised health care at multidisciplinary pain clinics in Norway implemented 2009. *Scand J Pain* 2010;1(1):60-3.

³² Haanpää M, Attal N, Backonja M, et coll. NeuPSIG guidelines on neuropathic pain assessment. *Pain* 2011;152(1):14-27.

³³ NHG-standaard. Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). *Huisarts Wet* 2013;56:222-30.

³⁴ Lalonde L, Choinière M, Martin E, et coll. Priority interventions to improve the management of chronic non-cancer pain in primary care: a participatory research of the ACCORD program. *J Pain Res* 2015;30(8):203-15.

Question 3 : Quelles places accorder aux différentes approches non-médicamenteuses ?

3.1 Kinésithérapie / gymnastique médicale

Recommandation

L'activité physique et la gymnastique médicale, quelle que soit leur forme, sont recommandées dans le traitement de la douleur chronique. (GRADE 2B)

Conseiller aux patients souffrant de douleur chronique dans le bas du dos, outre de suivre un programme d'exercices physiques, de rester actifs pour réduire leurs limitations sur le long terme. Les conseils seuls sont insuffisants. (GRADE 1A)

Opter pour les approches suivantes afin d'améliorer l'observance du programme d'exercices physiques :

- **séances d'exercices supervisés. (GRADE 2B)**
- **exercices individuels en groupe. (GRADE 2B)**
- **ajout de matériel complémentaires (audio et vidéo). (GRADE 2C)**
- **prévoir des programmes d'exercices combinés, en partie en groupe et en partie à domicile. (GRADE 2B)**

Explication

Les faits probants concernant les exercices physiques comme traitement de la douleur chronique sont très hétérogènes, et, en plus, il n'existe qu'un petit nombre de synthèses méthodiques de qualité. La comparaison directe entre les différentes interventions est rendue difficile par l'absence de définition claire du format.

Des recommandations spécifiques peuvent être faites en fonction du type d'effort physique fourni, depuis les exercices de type aérobie et la musculation jusqu'aux exercices de stabilité, la marche, le tai-chi, le pilates, le yoga et l'aqua fitness. Ce guide de bonne pratique se limite à un certain nombre de recommandations générales.

Argumentaire

Le SIGN (2013) indique que les exercices physiques et la gymnastique médicale sont recommandés dans le traitement de la douleur chronique, indépendamment du format sous lequel ils sont proposés ³⁵.

Ainsi, une synthèse méthodique portant sur l'efficacité des interventions de kinésithérapie et de réhabilitation chez des patients souffrant pendant plus de 12 semaines de douleur chronique aspécifique au niveau du bas du dos, qui établissait une comparaison entre « le suivi d'un programme d'exercices » et « le conseil de rester actif », a montré une diminution significative de l'intensité de la douleur et de la gêne à l'avantage du groupe qui suivait également un programme d'exercices ³⁶.

Une synthèse méthodique portant sur les conseils lors de la prise en charge de la douleur chronique du bas du dos a trouvé des certitudes indiquant que « le fait de donner des conseils aux patients » en plus du suivi d'un programme comportant des exercices physiques était plus efficace pour soulager la douleur, stimuler des fonctions dorsales spécifiques et l'aptitude au travail, par comparaison avec « le fait de donner des conseils » seulement ³⁷.

Une revue Cochrane a montré qu'en cas de douleur musculosquelettique chronique, des exercices sous supervision étaient plus efficaces que des exercices sans supervision, la fréquence des exercices étant d'une fois par semaine, et a aussi montré que les programmes d'exercices combinés, en partie en groupe et en partie à domicile, pouvaient élever le niveau général de l'activité et que les exercices étaient exécutés de manière plus correcte en renouvelant les séances et en prévoyant d'enregistrer les exercices en audio et en vidéo ³⁸.

La même revue, au moyen de faits probants modérés, indiquait que l'observance des patients atteints d'affection musculosquelettique chronique vis-à-vis de leurs exercices physiques était meilleure en cas d'option pour des exercices individuels spécifiques en groupe, des programmes thérapeutiques

³⁵ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013.

³⁶ van Middelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, et coll. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J* 2011;20(1):19-39.

³⁷ Liddle SD, Gracey JH, Baxter GD. Advice for the management of low back pain: a systematic review of randomized controlled trials. *Man Ther* 2007;12(4):310-27.

³⁸ Jordan JL, Holden MA, Mason EE, Foster NE. Interventions to improve adherence to exercise for chronic musculoskeletal pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; Issue 1.

spécifiques orientés sur l'observance et une procédure de traitement par « activité progressive » pour les programmes d'exercices à domicile ³⁹.

Le SIGN (2013) ⁴⁰ est en outre étayée par le guide de bonne pratique de l'Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) pour l'évaluation et la prise en charge de la douleur chronique (2013) ⁴¹, dans lequel une revue Cochrane recommande de faire suivre un programme d'exercices à tous les patients atteints de douleur chronique pour améliorer leurs capacités fonctionnelles et leur condition physique ⁴².

Dans le guide de bonne pratique canadien pour le diagnostic et la prise en charge du syndrome de fibromyalgie (2012) ⁴³, il est aussi conseillé aux patients souffrant de fibromyalgie de participer à des programmes d'exercices de leur choix pour obtenir un avantage au niveau de leur état général et éventuellement un effet positif sur les symptômes de la fibromyalgie.

³⁹ Jordan JL, Holden MA, Mason EE, Foster NE. Interventions to improve adherence to exercise for chronic musculoskeletal pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; Issue 1.

⁴⁰ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Management of chronic pain*. Edinburgh: SIGN; 2013.

⁴¹ Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). *Assessment and management of chronic pain*. Bloomington: ICSI; 2013.

⁴² Malmivaara A, Koes BW, Bouter LM, van Tulder MW. Applicability and clinical relevance of results in randomized controlled trials: the Cochrane review on exercise therapy for low back pain as an example. *Spin* 2006;31:1405-09.

⁴³ Fitzcharles MA, Ste-Marie P, Goldenberg DL, et coll. *Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome*. Montreal, Canadian Fibromyalgia Guidelines Committee (CFGCC); 2012.

3.2 Thérapie manuelle et physiothérapie

3.2.1 Thérapie manuelle

Recommandation

La thérapie manuelle doit être envisagée pour soulager à court terme les patients souffrant de douleur chronique dans le bas du dos. (GRADE 2C)

La thérapie manuelle associée à de la gymnastique médicale doit être envisagée dans le traitement des patients souffrant de douleur chronique au niveau de la nuque. (GRADE 2B)

Explications

La thérapie manuelle est une dénomination commune aux techniques de manipulation et aux techniques de mobilisation qui peuvent être effectuées par un certain nombre de professionnels de la santé, parmi lesquels les kinésithérapeutes, les ostéopathes et les chiropracteurs.

Dans les techniques de mobilisation, de lents mouvements physiologiques passifs sont exercés sur une articulation.

La manipulation est une « technique non physiologique passive à grande vitesse ». Le thérapeute, au moyen d'une action spécifique, exerce une force sur une articulation, et ce à la limite ou près de la limite des possibilités physiques de mobilité de cette articulation. Cela peut s'accompagner d'un « crac » ou d'un « pop » audible.

Dans la traction, il s'agit d'un mouvement (généralement rectiligne) d'un os par rapport à un os fixé, dans la direction de la normale, par le point de rencontre actuel des deux parties de l'articulation. Il s'agit donc d'une forme particulière du concept biomécanique de translation ⁴⁴.

L'assurance maladie légale ne prévoit pas de remboursement pour ces thérapies alternatives.

Un certain nombre de ces thérapies sont cependant partiellement remboursées par la mutuelle dans le cadre de l'assurance complémentaire. Ce qui est remboursé, à quelle hauteur et à quelles conditions diffère d'une mutuelle à l'autre.

⁴⁴ Seroo JM. Inleiding in de biomechanica van het spierskeletstelsel. Eindhoven: Leergangen van de Stichting Manuele geneeskunde; 1983.

Argumentaire

La directive SIGN (2013) ⁴⁵ indique que la thérapie manuelle est une option thérapeutique dans la prise en charge de la douleur chronique du bas du dos ^{46,47,48} et de la nuque ^{49,50}.

Une revue Cochrane retenue, avec des faits probants de qualité élevée, a cependant montré qu'il n'y a pas de différence cliniquement pertinente à court terme entre la « thérapie par manipulation rachidienne » (spinal manipulation therapy, SMT) et d'autres interventions quant au soulagement de la douleur et des capacités fonctionnelles chez les patients souffrant de douleur chronique du bas du dos ⁵¹.

Pour les patients ayant des douleurs à la nuque, une synthèse méthodique, avec des faits probants de bonne qualité, a montré que la thérapie manuelle en association avec la gymnastique médicale à court terme assure un meilleur soulagement de la douleur que la gymnastique médicale seule ⁵². D'après la littérature scientifique retenue, la traction ne peut pas être recommandée comme unique traitement chez les patients souffrant de douleur dans le bas du dos. La qualité des études qui ont examiné ces formes de traitement varie de faible à modérée en raison de la petite taille des échantillons et du risque de biais. Il est nécessaire de mener une nouvelle

⁴⁵ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013.

⁴⁶ van Middelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, et coll. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J* 2011;20(1):19-39.

⁴⁷ Furlan AD, Imamura M, Dryden T, Irvin E. Massage for low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008;Issue 4.

⁴⁸ Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendefft WJ, et coll. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;Issue 2.

⁴⁹ Gross A, Miller J, D'Sylva J, et coll. Manipulation or mobilisation for neck pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010;Issue 1.

⁵⁰ Miller J, Gross A, D'Sylva J, et coll. Manual therapy and exercise for neck pain: a systematic review. *Man Ther* 2010;15(4):334-54.

⁵¹ Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendefft WJ, et coll. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;Issue 2.

⁵² Miller J, Gross A, D'Sylva J, et coll. Manual therapy and exercise for neck pain: a systematic review. *Man Ther* 2010;15(4):334-54.

recherche de qualité élevée sur cette forme de traitement ⁵³. Cette forme de traitement n'est donc pas mentionnée dans le guide de bonne pratique.

3.2.2 Physiothérapie

Recommandation

La stimulation nerveuse électrique transcutanée (SNET) peut être envisagée pour soulager la douleur chronique. Tant les fréquences basses que les hautes fréquences peuvent être utilisées à cet effet. (GRADE 2C)

La thérapie par faible niveau de lumière (Low Level Laser Therapy, LLLT) peut ou doit être envisagée comme option thérapeutique pour les patients souffrant de douleur dans le bas du dos. (GRADE 2C)

Explications

Une possibilité de traitement en cas de douleur chronique consiste à appliquer une stimulation nerveuse électrique transcutanée (SNET). L'appareil SNET provoque un léger courant électrique au niveau de la zone douloureuse et atténuerait ainsi la douleur selon le principe du contrôle de la porte (théorie du « gate control » de Melzack et Wall). L'excitation de ces nerfs cutanés provoque une sensation de légers picotements. L'appareil comporte une unité de contrôle sur batteries qui est reliée à de petits câbles électriques conduisant à des électrodes. Le patient peut lui-même régler l'intensité du courant. L'appareil peut être fixé à la ceinture au moyen d'une pince. Souvent, l'appareil peut être testé au cours d'une manipulation d'essai avant que le patient ne prenne la décision de l'acheter. Son prix n'est pas remboursé par la mutuelle. Si le patient a une assurance privée, il vaut mieux vérifier au préalable auprès de la compagnie d'assurance concernée ce qu'il en est d'un éventuel remboursement.

La thérapie par faible niveau de lumière (LLLT pour Low Level Laser Therapy, également appelée Cold Laser Therapy ou Soft Laser Therapy) est une méthode thérapeutique au niveau cellulaire. Le terme « laser » est l'acronyme de « Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation », qui signifie que, par la technique appelée « émission stimulée », la lumière est induite de telle manière qu'elle loge une énergie gigantesque. Les lésions situées au cœur des tissus, c'est-à-dire dans les cellules, causent une série de

⁵³ Wegner I, Widayahening IS, van Tulder MW, et coll. Traction for low back pain with or without sciatica. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013; Issue 8.

symptômes pour lesquels le laser pourrait apporter une solution. Les coûts ne sont pas remboursés par la mutuelle.

Argumentaire

Ces directives ont été adaptées à partir de la directive SIGN sur la prise en charge de la douleur chronique (2013) ⁵⁴ et ont en outre été étayées par le guide de bonne pratique de l'ICSI sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur chronique (2013) ⁵⁵ qui mentionne aussi que les faits probants concernant l'efficacité de la SNET sont limités et qu'il est absolument nécessaire de ne l'utiliser qu'en association avec un programme d'exercices actifs ⁵⁶.

Une synthèse méthodique a montré que la SNET entraîne un soulagement de la douleur chronique. On n'observe que de petites différences entre les hautes fréquences et les basses fréquences ⁵⁷.

Les études sur la LLLT ont montré une différence significative, mais cliniquement non pertinente, quant au soulagement de la douleur chez les patients souffrant de douleur subaiguë et chronique du bas du dos, et ce autant à court terme qu'après six mois de suivi. Une étude a montré une efficacité plus grande en termes de diminution de la gêne à court terme. La LLLT, seule ou en plus d'exercices physiques, n'a pas donné de meilleurs résultats que les exercices physiques seuls en termes de diminution de la douleur ou de la gêne à court terme ⁵⁸.

En ce qui concerne les techniques non invasives de stimulation du cerveau (comme la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS pour repetitive transcranial magnetic stimulation), la stimulation par électrothérapie crânienne (CES pour cranial electrotherapy stimulation), la stimulation transcrânienne à courant direct (tDCS pour transcranial direct current stimulation) et l'électrostimulation corticale non invasive

⁵⁴ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013.

⁵⁵ Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Assessment and management of chronic pain. Bloomington: ICSI; 2013.

⁵⁶ Chou R, Huffman LH. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American pain society/American college of physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2007;147:492-504.

⁵⁷ Nnoaham KE, Kumbang J. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008;Issue 3.

⁵⁸ Yousefi-Nooraie R, Schonstein E, Heidari K, et coll. Low level laser therapy for nonspecific low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008;Issue 2.

d'impédance réduite (RINCE pour reduced impedance noninvasive cortical electrostimulation)), il faudrait mener des études à grande échelle, soigneusement conçues, car il n'existe pas suffisamment de preuves pour se prononcer à propos de leur efficacité dans la douleur chronique, en particulier avec des séances de stimulation durant une plus longue période pour démontrer l'éventuelle efficacité du traitement sur la douleur ⁵⁹. Ces formes de traitement ne sont donc pas mentionnées dans le guide de bonne pratique.

⁵⁹ O'Connell NE, Wand BM, Marston L, Spencer S, De Souza L. Non-invasive brain stimulation techniques for chronic pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014; Issue 4.

3.3 . Interventions/thérapies psychologiques

3.3.1 Formation sur la douleur

Recommandation

Les patients souffrant de douleur chronique devraient recevoir une courte formation pour les aider à rester au travail. (GRADE 2C)

Explications

La douleur chronique se distingue de la douleur aiguë que chacun peut observer à l'occasion. On obtiendrait des effets bénéfiques en formant les patients à propos de cette distinction pour ainsi les aider à comprendre leur douleur et à la prendre en charge et en leur apportant des réponses à toutes leurs préoccupations. Cependant, ces programmes de formation, qui sont ou non associés à d'autres traitements, varient également considérablement en termes de durée, de contenu et de type de formateur.

Lors d'une formation sur la douleur neurophysiologique, le patient apprend beaucoup de détails intéressants sur la douleur et le système nerveux. L'accent est mis sur le rôle du cerveau et de la pensée ainsi que sur celui des attitudes au sujet de la douleur.

Argumentaire

Ces guides de bonne pratique ont été adaptés à partir de la directive SIGN sur la prise en charge de la douleur chronique (2013) ⁶⁰.

Ainsi, une synthèse méthodique a montré que, par comparaison avec la prise en charge classique, une formation de courte durée pour des patients souffrant de douleur chronique dans le bas du dos est efficace tant pour diminuer l'absentéisme que pour réduire la gêne. Toutefois, il n'y a pas de faits probants montrant que, pour diminuer la douleur, elle serait également plus efficace que la seule prise en charge classique ⁶¹.

Tout comme la revue ci-dessus, une deuxième synthèse méthodique a apporté des faits probants limités montrant qu'une brève formation est plus efficace que les autres interventions actives, telles que la stabilisation

⁶⁰ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013.

⁶¹ Brox JI, Storheim K, Grotle M, et coll. Systematic review of back schools, brief education, and fearavoidance training for chronic low back pain. Spine J 2008;8(6):948- 58.

rachidienne, le yoga, la kinésithérapie, les exercices, l'acupuncture et le massage, sur la douleur ou l'instabilité, tant à court terme qu'à long terme ^{62,63}.

Une synthèse méthodique et méta-analyse a montré que la formation sur la douleur neurophysiologique, par comparaison avec la formation axée sur les paramètres biomédicaux, apportait une amélioration significative, mais cliniquement peu pertinente, de l'intensité de la douleur. Lorsque la formation sur la douleur neurophysiologique était ajoutée à un programme de prise en charge de la douleur et était comparée à un programme de prise en charge de la douleur où l'éducation était basée sur le « Livre du dos » (Back Book), il existait des faits probants montrant que, dans le groupe bénéficiant de la formation sur la douleur neurophysiologique, la diminution de la douleur était significativement plus importante, et ce tant à court terme qu'à moyen et long terme. Bien que les faits probants soient limités, la formation sur la douleur neurophysiologique semble pouvoir être associée à une diminution de l'intensité de la douleur à court terme ^{64,65}.

Une recherche plus approfondie est toutefois nécessaire pour améliorer la fiabilité de ces résultats ⁶⁶.

Comme les faits probants sont limités, cette forme de traitement n'est donc pas mentionnée en tant que telle dans cette recommandation.

⁶² Brox JI, Storheim K, Grotle M, et coll. Systematic review of back schools, brief education, and fearavoidance training for chronic low back pain. *Spine J* 2008;8(6):948- 58.

⁶³ Engers AJ, Jellema P, Wensing M, et coll. Individual patient education for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008;Issue 1.

⁶⁴ Clarke CL, Ryan CG, Martin DJ. Pain neurophysiology education for the management of individuals with chronic low back pain: systematic review and meta-analysis. *Man Ther* 2011;16(6):544-9.

⁶⁵ Roland M, Waddell G, Moffet JK, Burton K, Main C, Cantrell T. *The Back Book*. London: The Stationery Office; 2002.

⁶⁶ Clarke CL, Ryan CG, Martin DJ. Pain neurophysiology education for the management of individuals with chronic low back pain: systematic review and meta-analysis. *Man Ther* 2011;16(6):544-9.

3.3.2 Thérapies de relaxation

Recommandation

La relaxation progressive ou le biofeedback électromyographique (rétroaction biologique EMG) doivent être envisagés dans le traitement de la douleur chronique. (GRADE 2C)

Explications

Avec la relaxation progressive, on apprend à mieux se détendre en commençant par contracter les muscles puis en relâchant la tension. En commençant par contracter les muscles, on ressent mieux la tension. Lorsqu'ensuite on relâche la tension, on ressent mieux aussi la détente. Avec cette méthode, on apprend donc à reconnaître plus facilement la tension des muscles, pour la relâcher plus facilement. Cela conduit à une meilleure détente générale.

Avec le biofeedback électromyographique, ces activités musculaires sont enregistrées au moyen d'électrodes de surface qui sont posées sur la peau au niveau des muscles. L'activité musculaire mesurée est alors transformée par l'appareil en information visuelle et/ou auditive. Au cours de cette thérapie, il est alors demandé au patient d'augmenter ou de diminuer l'activité des muscles concernés pendant la réalisation d'un mouvement.

Et ainsi, la relaxation progressive, le biofeedback et la relaxation appliquée sont utilisés pour soulager la tension musculaire supposée, l'anxiété et ensuite la douleur.

Argumentaire

Ces recommandations ont été adaptées à partir de la directive SIGN sur la prise en charge de la douleur chronique (2013) ⁶⁷.

Deux synthèses méthodiques avec des faits probants de piètre qualité ont montré que la relaxation progressive était efficace pour soulager la douleur chronique du bas du dos à court terme, par rapport à l'absence de traitement et en comparant l'intensité de la douleur avant et après le traitement ^{68,69}.

⁶⁷ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013.

⁶⁸ van Middelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, et coll. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. Eur Spine J 2011;20(1):19-39.

Les mêmes revues ont indiqué que le biofeedback électromyographique était également efficace pour soulager la douleur à court terme, mais, comme déjà mentionné, cette conclusion s'appuyait sur des études de piètre qualité ^{70,71}.

Les deux synthèses méthodiques indiquent aussi aux prestataires de soins d'être conscients de l'impact que leur comportement et l'environnement clinique peuvent avoir sur le renforcement de réactions inutiles.

3.3.2 Thérapie comportementale cognitive

Recommandation

La thérapie comportementale cognitive doit être envisagée dans le traitement de la douleur chronique. (GRADE 2C)

Explications

Bien que de nombreux programmes de traitement de la douleur soient basés sur les principes de la thérapie comportementale cognitive, ils peuvent aussi être appliqués en tant qu'interventions monodisciplinaires par du personnel qualifié. Les principes essentiels indiquent qu'il est possible d'acquérir de nouvelles compétences pour gérer les symptômes.

Le modèle du traitement de la douleur chronique par la thérapie comportementale cognitive met l'accent non pas tellement sur la cause de la douleur, mais sur les facteurs qui l'entretiennent. Le modèle part du principe que les signaux physiques (tels que la douleur) peuvent provoquer de manière automatique un certain nombre de réactions cognitives (les pensées), émotionnelles, comportementales et sociales. Ces réactions, à leur tour, peuvent exercer une influence importante sur les symptômes physiques, qu'ils entretiennent ou renforcent.

⁶⁹ Henschke N, Ostelo RWJG, van Tulder MW, et coll. Behavioural treatment for chronic low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 ;Issue 7.

⁷⁰ van Middelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, et coll. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. Eur Spine J 2011;20(1):19-39.

⁷¹ Henschke N, Ostelo RWJG, van Tulder MW, et coll. Behavioural treatment for chronic low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 ;Issue 7.

Argumentaire

Ces recommandations ont été adaptées à partir de la directive SIGN sur la prise en charge de la douleur chronique (2013) ⁷². Une méta-analyse chez des patients souffrant de douleur chronique du bas du dos a montré que la thérapie comportementale cognitive était plus efficace pour la diminution immédiate de l'intensité de la douleur après un traitement, par comparaison avec le groupe témoin dont les patients étaient encore sur la liste d'attente ⁷³.

Une étude clinique randomisée a montré que la thérapie comportementale cognitive et la thérapie comportementale cognitive associée au biofeedback, par comparaison avec le groupe témoin, avaient, chez les patients souffrant de douleurs dorsales chroniques, un effet favorable sur la diminution de l'intensité de la douleur, la diminution de l'utilisation des antalgiques, la diminution de la douleur associée au dysfonctionnement, l'amélioration de la qualité de vie liée à la santé, l'amélioration des stratégies d'adaptation, la diminution des dépressions, la diminution du nombre de visites chez le médecin ⁷⁴.

Récemment, une revue Cochrane a montré un petit avantage de la thérapie comportementale cognitive chez les patients avec fibromyalgie par rapport au groupe témoin en termes de diminution de la douleur, de l'humeur négative et des limitations, à la fin du traitement et après un suivi sur le long terme ⁷⁵.

Une synthèse méthodique provenant des directives canadiennes pour le diagnostic et la prise en charge du syndrome de fibromyalgie (2012) ⁷⁶ indique que la thérapie comportementale cognitive aide les patients atteints de fibromyalgie en leur apprenant à mieux gérer la douleur par l'amélioration

⁷² Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013.

⁷³ Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol* 2007;26(1):1-9.

⁷⁴ Glombiewski JA, Hartwich-Tersek J, Rief W. Two psychological interventions are effective in severely disabled, chronic back pain patients: a randomised controlled trial. *Int J Behav Med* 2010;17(2):97-107.

⁷⁵ Bernardy K, Klose P, Busch AJ, et coll. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 ;Issue 9.

⁷⁶ Fitzcharles M-A, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, et coll. Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome. 2012. www.canadianpainsociety.ca/pdf/Fibromyalgia_Guidelines_2012.pdf

du comportement relatif à la douleur, l'auto-efficacité et les capacités physiques globales ⁷⁷.

3.3.4 Méditation pleine conscience, acceptation et entraînement de l'attention

La méditation pleine conscience est devenue une intervention populaire chez les patients souffrant de douleur chronique ou atteints d'une autre affection chronique. Elle fait souvent partie d'un programme structuré combinant différents exercices de méditation avec des exercices de yoga et une « éducation corps-esprit ». Comme les faits probants sont limités, cette forme de traitement n'est donc pas mentionnée en tant que telle dans cette recommandation.

3.4 Traitements alternatifs

Recommandation

Les patients doivent être informés du fait que, pour le moment, il n'existe pas suffisamment de preuves pour élaborer une recommandation concernant l'utilisation de la phytothérapie et des autres médecines parallèles (à l'exception de l'acupuncture) dans la prise en charge de la douleur. (GRADE 1A)

Explications

Les médecines parallèles peuvent être réparties en trois groupes : l'acupuncture, la phytothérapie et les autres médecines parallèles.

Pour la phytothérapie et les autres médecines parallèles, telles que la musicothérapie, mais aussi l'aromathérapie, la réflexologie, l'hydrothérapie, l'hypnothérapie ou le reiki, seules quelques études de piètre qualité ont pu être identifiées. Ces formes de traitement ne sont donc pas non plus mentionnées dans cette recommandation ⁷⁸.

En ce qui concerne l'acupuncture, il existe des faits probants étayant l'utilisation de cette forme de traitement dans des situations particulières de douleur chronique.

⁷⁷ Bernardy K, et coll. Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. J Rheumatol 2010;37(10):1991-2005.

⁷⁸ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013.

Argumentaire

La directive SIGN (2013) indique qu'une synthèse méthodique portant sur l'utilisation de la phytothérapie chez les patients souffrant de douleur chronique du bas du dos n'a trouvé qu'un nombre limité d'études qui, en outre, avaient été menées à petite échelle et étaient de piètre qualité ⁷⁹.

En ce qui concerne les autres médecines parallèles, les études retenues avaient été menées à petite échelle ou étaient de piètre qualité ou n'avaient pas permis de constater de différences significatives, ou encore leurs résultats n'étaient pas constants ⁸⁰.

3.4.1 Acupuncture

Recommandation

L'acupuncture doit être envisagée pour soulager à court terme pendant une certaine période les patients souffrant de douleur chronique dans le bas du dos ou d'arthrose. (GRADE 2B)

Explications

L'acupuncture est une technique de médecine parallèle qui provient historiquement de la médecine chinoise traditionnelle et dont le but est d'obtenir un effet thérapeutique grâce à la stimulation de certains points particuliers du corps humain à l'aide d'aiguilles stériles. Ces points d'acupuncture sont des endroits déterminés du corps situés le long des méridiens. La douleur se situe toujours dans un ou plusieurs méridiens. En piquant les points d'acupuncture, le courant énergétique est restauré dans les méridiens, et la douleur disparaît pendant un certain temps.

En Belgique, l'acupuncture est partiellement remboursée, tout comme la médecine non conventionnelle (donc comme l'ostéopathie, la chiropractie et l'homéopathie) dans le cadre de l'assurance-maladie complémentaire de la mutuelle. Pour un nombre limité de traitements, le patient est ainsi partiellement remboursé par la mutuelle à laquelle il est affilié.

⁷⁹ Rubinstein SM, van Middelkoop M, Kuijpers T, et coll. A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J* 2010;19(8):1213-28.

⁸⁰ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013.

La partie remboursée et le nombre de traitements remboursés diffèrent d'une mutuelle à l'autre.

En plus de l'indemnité reçue de la mutuelle, les compagnies d'assurances interviennent parfois aussi dans le coût du traitement par acupuncture.

Argumentaire

La directive SIGN (2013) indique que l'acupuncture doit être envisagée pour soulager à court terme les patients souffrant de douleur chronique dans le bas du dos ou d'arthrose ⁸¹.

Ainsi, deux synthèses méthodiques avec des études cliniques randomisées de qualité variable montrent un petit avantage clinique pertinent pour l'acupuncture chez les patients souffrant de douleur chronique du genou et du bas du dos, par comparaison avec le groupe témoin ^{82,83}.

Une méta-analyse comparant l'application de l'acupuncture et l'absence d'acupuncture a montré, de manière générale, un avantage pour l'acupuncture en ce qui concerne l'intensité de la douleur et le statut fonctionnel chez les patients présentant des douleurs du dos et de la nuque ⁸⁴. Cette méta-analyse a retenu uniquement des études randomisées dans lesquelles au moins un groupe bénéficiait de l'acupuncture et un groupe témoin recevait une « acupuncture factice » (placebo) ou pas de traitement par acupuncture. Les résultats de cette méta-analyse étaient fiables, comme l'ont montré plusieurs analyses de sensibilité, y compris celle se rapportant à un biais de publication. Une étude clinique randomisée a constaté une amélioration en ce qui concerne l'intensité de la douleur chez les patients atteints d'arthrose qui bénéficiaient de l'acupuncture, par rapport à une acupuncture factice, et ce autant à court terme qu'après six mois ⁸⁵.

Une autre étude clinique randomisée a montré une différence significative quant à l'intensité de la douleur en ce qui concerne les scores de la douleur

⁸¹ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013.

⁸² Hopton A, MacPherson, H. Acupuncture for chronic pain: is acupuncture more than an effective placebo? A systematic review of pooled data from meta-analyses. *Pain Pract* 2010;10(2):94-102.

⁸³ Rubinstein SM, van Middelkoop M, Kuijpers T, et coll. A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J* 2010;19(8):1213-28.

⁸⁴ Vickers AJ, Cronin AM, Maschino AC, et coll. Acupuncture for chronic pain: individual patient data meta-analysis. *Arch Intern Med* 2012;172(19):1444-53.

⁸⁵ Manheimer E, Cheng K, Linde K, et coll. Acupuncture for peripheral joint osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010 ; Issue 1.

après trois mois, entre les patients atteints d'arthrose du genou ou de la hanche et ceux du groupe témoin ⁸⁶.

La directive SIGN (2013) ⁸⁷ est encore partiellement étayée par le guide de bonne pratique de l'ICSI sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur chronique (2013) ⁸⁸ où des études cliniques randomisées de piètre qualité encouragent l'utilisation de l'acupuncture pour certaines formes de douleur chronique ^{89,90,91,92,93,94,95,96}.

⁸⁶ Reinhold T, Witt CM, Jena S, et coll. Quality of life and cost-effectiveness of acupuncture treatment in patients with osteoarthritis pain. *Eur J Health Econ* 2008;9(3):209-19.

⁸⁷ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013.

⁸⁸ Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Assessment and management of chronic pain. Bloomington: ICSI; 2013.

⁸⁹ Martin DP, Sletten CD, Williams BA, Berger IH. Improvement in fibromyalgia symptoms with acupuncture: results of a randomized controlled trial. *Mayo Clin Proc* 2006;81:749-57.

⁹⁰ Vickers AJ, Rees RW, Zollman CE, et coll. Acupuncture for chronic headache in primary care: large, pragmatic, randomized trial. *BMJ* 2004;328:744.

⁹¹ Berman BM, Ezzo J, Hadhazy V, Swyers JP. Is acupuncture effective in the treatment of fibromyalgia? *J Fam Pract* 1999;48:213-18.

⁹² Wonderling D, Vickers AJ, Grieve R, McCarney R. Cost effectiveness analysis of a randomized trial of acupuncture for chronic headache in primary care. *BMJ* 2004;328:747.

⁹³ Meng CF, Wang D, Ngeow J, et coll. Acupuncture for chronic low back pain in older patients: a randomized, controlled trial. *Rheumatology* 2003;42:1508-17.

⁹⁴ White P, Lewith G, Prescott P, Conway J. Acupuncture versus placebo for the treatment of chronic mechanical neck pain: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2004;141:911-19.

⁹⁵ Scharf HP, Mansmann U, Streitberger K, et coll. Acupuncture and knee osteoarthritis: a three-armed randomized trial. *Ann Intern Med* 2006;145:12-20.

⁹⁶ Vas J, Méndez C, Perea-Milla E, et coll. Acupuncture as a complementary therapy to the pharmacological treatment of osteoarthritis of the knee: randomized controlled trial. *BMJ* 2004;329:1216.

3.4.2 Thérapie nutritionnelle

Peu d'études cliniques randomisées de qualité sont disponibles sur l'utilisation des suppléments alimentaires dans le traitement de la douleur chronique ⁹⁷. Les interventions nutritionnelles étaient le plus souvent efficaces lorsqu'elles étaient combinées à des exercices respiratoires et à l'acupuncture ⁹⁸. Les faits probants étant limités, cette forme de traitement n'est donc pas mentionnée en tant que telle dans cette recommandation.

⁹⁷ Sesti F, Capozzolo T, Pietropolli A, et coll. Dietary therapy: A new strategy for management of chronic pelvic pain. *Nutr Res Rev* 2011;24(1):31-8.

⁹⁸ Szurko O, Cooley K, Busse JW, et coll. Naturopathic care for chronic low back pain: a randomized trial. *PLoS ONE* 2007;2(9):e919.

Question 4 : Quelle place accorder aux différentes thérapeutiques médicamenteuses ?

Pour cette recommandation, il importe de remettre l'apport de la pharmacologie à sa juste place. Dans la douleur chronique, le paradoxe est que si, dans la littérature, les traitements médicamenteux peuvent bénéficier d'un niveau de preuves plus élevé, leur importance en pratique reste toujours à relativiser. Alors que le traitement de la douleur aiguë est le plus souvent étiologique et une « couverture antidouleur » pertinente, quand la douleur s'inscrit dans un cadre de « syndrome de douleur chronique », la pertinence d'une approche médicamenteuse peut être questionnée.

Selon SIGN 2013, quelle que soit l'analgésie utilisée, une réévaluation régulière est nécessaire (*voir point II sur l'évaluation*). Les patients traités à l'aide d'analgésiques devraient être examinés plus fréquemment si le traitement médicamenteux a été changé, ou si le syndrome douloureux et/ou les comorbidités sous-jacentes sont modifiés.

Les classiques 3 paliers de l'OMS du traitement de la douleur ne reposent sur aucune base scientifique mais sont largement consensuels et bien ancrés dans la pratique. Il s'agit de recommandations élaborées en 1986 par un comité d'experts internationaux à l'origine pour le traitement des douleurs cancéreuses. L'objectif initial était de diffuser une méthode simple, applicable dans différents pays aussi bien en milieu hospitalier qu'en pratique de première ligne.

Les antalgiques y sont classés en trois paliers selon l'intensité de la douleur. Lorsqu'une douleur est insuffisamment soulagée par un antalgique, il s'agit de passer au palier supérieur. Des associations d'un non-opioïde (palier 1) à un opioïde faible ou fort (palier 2 ou 3) permettraient de renforcer l'effet antalgique.

Trente ans plus tard, la pertinence de ces recommandations mérite d'être repensée⁹⁹, en particulier dans le cadre de la douleur chronique car :

1. Ces recommandations ont bien été élaborées dans le cadre des douleurs cancéreuses, à une époque où la prescription de morphinique devait encore gagner en légitimité. Des publications récentes (*voir chapitre VI*) permettent d'établir des recommandations visant à limiter l'utilisation de ces derniers dans le cadre de la douleur chronique et d'émettre des précautions à prendre en considération lorsqu'ils s'avèrent néanmoins nécessaires.

⁹⁹ Ballantyne JC, Kalso E, Stannard C. WHO analgesic ladder: a good concept gone astray. *BMJ* 2016;352:i20.

2. De nouvelles molécules ont été développées, en particulier des thérapeutiques agissant sur le système nerveux central pour la douleur neuropathique

3. La douleur chronique non cancéreuse est complexe. L'efficacité d'un analgésique dépend probablement plus de la situation spécifique du patient. Et une seule approche ne convient probablement pas à tous les patients douloureux chroniques.

De plus, rappelons que l'approche thérapeutique de la douleur chronique est plus centrée sur la capacité fonctionnelle qu'uniquement sur le symptôme douloureux.

SIGN 2013 propose en outre des plans de prise en charge par étapes pour la mise au point initiale du patient, la prise en charge des douleurs neuropathiques et l'utilisation des opioïdes dans la douleur chronique en première ligne de soin.

4.1 Les molécules principalement utilisées dans le traitement des douleurs nociceptives

4.1.1 Le paracétamol

Recommandation

Le paracétamol devrait être considéré seul ou en association avec les AINS, dans le traitement de la douleur chez les patients souffrant d'arthrose. (GRADE 2B)

Explications

Le paracétamol bénéficie d'un remboursement conditionnel en cas de douleur chronique. Un expert consulté (*voir méthodologie*) nous recommande de ne pas dépasser la dose de 3000 mg par jour pour minimiser le risque de surdosage. D'autre part, la posologie de 3000 mg/24h ne sera dépassée en cas d'administration à des patients alcooliques, atteints d'insuffisance hépatique chronique ou en état de malnutrition chronique. Chez les adultes très maigres (< 50 kg) la dose journalière ne dépassera pas 2000 mg¹⁰⁰.

¹⁰⁰ BCFI, Folia april 2011. Geneesmiddelenbewaking: hepatotoxiciteit van paracetamol in therapeutische doses bij risicopatiënten.

Argumentaire

SIGN 2013 mentionne que le paracétamol, à la dose de 1 à 4 g par jour, montre une efficacité limitée, inférieure aux AINS, dans l'arthrose du genou et de la hanche. Les preuves manquent pour prouver son efficacité dans la lombalgie chronique ou d'autres causes de douleurs chroniques.

SIGN 2013, qui cite NICE 2008 ¹⁰¹ recommande l'utilisation du paracétamol dans le traitement de l'arthrose en complément à d'autres thérapeutiques non médicamenteuses. Il stipule également que le paracétamol s'avèrerait moins efficace que les AINS pour traiter la douleur liée à la lombalgie chronique ¹⁰² et qu'une association de paracétamol 1000 mg et d'ibuprofène 400 mg serait en outre significativement supérieure à 13 semaines au paracétamol 1 000 mg seul pour une douleur au genou, mais avec un risque accru de saignement gastro-intestinal ¹⁰³.

3.1.2 Les AINS par voie générale

Recommandation

Les AINS sont à envisager pour le traitement des lombalgies chroniques aspécifiques. (GRADE 2B)

Explications

Le risque d'effets indésirables gastro-intestinaux des anti-inflammatoires non stéroïdiens est bien établi depuis de nombreuses années. Ce risque, ainsi que le risque cardio-vasculaire et rénal, doit également être pris en considération. Il devrait être prescrit à la plus faible dose possible et pour de courte durée. D'autre part, il existe un risque d'interaction pharmacodynamique avec de nombreux médicaments pouvant augmenter le risque de saignement, le risque d'effets indésirables digestifs ou d'insuffisance rénale fonctionnelle ¹⁰⁴.

¹⁰¹ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Osteoarthritis: the care and management of osteoarthritis in adults. London: NICE; 2008. (NICE guideline).

¹⁰² Chou R, Huffman LH. Medications for acute and chronic low back pain: A review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14.

¹⁰³ Doherty M, Hawkey C, Goulder M, et coll. A randomised controlled trial of ibuprofen, paracetamol or a combination tablet of ibuprofen/paracetamol in community derived people with knee pain. *Ann Rheum Dis* 2011;70(9):1534-41.

¹⁰⁴ Voir Prescrire. Interactions médicamenteuses - Comprendre et décider – 2015.

Argumentaire

Selon SIGN 2013 : une revue systématique de la Cochrane sur l'utilisation d'AINS dans le cadre des lombalgies chroniques aspécifiques montrait un effet modeste sur la douleur comparé au placebo ¹⁰⁵. De plus, des méta-analyses de 280 RCTs (n=124 513), comparant différents AINS pris de manière régulière sur le long terme au placebo montrent que le risque cardiovasculaire (infarctus du myocarde et maladie coronarienne) doit être pris en considération. Tous les AINS étaient également associés à un risque augmenté d'insuffisance cardiaque ¹⁰⁶. Le guide Canadien de 2012 ¹⁰⁷ sur la base de deux articles déjà anciens (une synthèse non-systématique ¹⁰⁸ et une réunion de consensus ¹⁰⁹, donc avec un très faible niveau de preuve) recommande de limiter leur utilisation, de les utiliser qu'à faible dose et pour une durée limitée dans les affections musculo-squelettiques.

¹⁰⁵ Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, et coll. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008.

¹⁰⁶ Coxib and traditional NSAID Trialists (CNT) Collaboration, Bhalra N, Emberson J, Merhi A, Abramson S, Arber N, et coll. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. Lancet 2013;382(9894):769-7.

¹⁰⁷ Fitzcharles M-A, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, et coll. Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome. 2012. www.canadianpainsociety.ca/pdf/Fibromyalgia_Guidelines_2012.pdf

¹⁰⁸ Rao SG, Clauw DJ. The management of fibromyalgia. Drugs of Today 2004;40(6):539-54.

¹⁰⁹ Tannenbaum H, et coll. An evidence-based approach to prescribing nonsteroidal antiinflammatory drugs. Third Canadian Consensus Conference. J Rheumatol 2006;33(1):140-57.

4.1.3 Les AINS topiques

Recommandation

Les AINS topiques doivent être pris en considération pour le traitement des patients souffrant de douleurs chroniques de type musculo-squelettiques particulièrement chez les patients qui ne peuvent tolérer les AINS par voie orale. (GRADE 1A)

Explications

Les médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont souvent pris par voie orale, mais ils sont également disponibles sous la forme de préparations topiques à appliquer sur la peau d'une zone douloureuse. Les réactions de photosensibilité sont à prendre en compte surtout avec le kétoprofène. Les AINS, même en topique, sont contre-indiqués pendant toute la durée de la grossesse.

Argumentaire

SIGN 2013 se réfère à une revue systématique de la Cochrane ¹¹⁰ qui rapporte 23 RCTs comparant un AINS topique à un placebo. L'objectif était d'évaluer l'efficacité du traitement dans des études d'une durée d'au moins 8 semaines et de bonne qualité méthodologique. Les AINS topiques ont été plus efficaces que le placebo pour réduire la douleur dans les pathologies musculo-squelettiques chroniques. L'efficacité du diclofénac en application topique y était équivalente aux AINS oraux pour l'arthrose du genou et de la main. Les réactions cutanées (pour la plupart légères) y étaient plus fréquentes avec les AINS topiques qu'avec le placebo ou les AINS par voie orale, mais une réduction des effets gastro-intestinaux indésirables par rapport aux AINS par voie orale a été observée.

¹¹⁰ Derry S, Massey T, Moore RA, McQuay HJ. Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012;Issue 4.

4.2 L'usage des opioïdes faibles

L'usage des opioïdes faibles ne fait pas l'objet de recommandations propres dans nos guides de pratique clinique sources. Tout au plus, le guide Canadien de 2012, note-t-il que « *en pratique clinique, les traitements par opioïdes devraient être initiés avec des opioïdes faibles comme le tramadol ou la codéine avant de passer aux opioïdes forts* ». Les preuves sous-jacentes sont très faibles comprenant une RCT tramadol versus placebo de 1998 portant sur seulement 12 patients ¹¹¹ et une RCT comparant l'association de 37,5 mg de tramadol/325 mg de paracétamol versus placebo, mais dont le critère d'évaluation primaire était le taux d'arrêt pour effets indésirables ¹¹².

Si cette intervention est expliquée, il faut savoir que les opioïdes faibles comme les opioïdes forts sont caractérisés par leur liaison aux récepteurs opioïdes mu. Le type d'action pharmacologique n'est donc pas différent des opioïdes forts. Ce qui les caractérise c'est leur plus faible puissance de liaison aux récepteurs et tient donc plus à une question de dosage ¹¹³.

4.2.1 La codéine

La codéine est un agoniste pur des récepteurs mu (μ). Il s'agit d'une pro-drogue qui est transformée au niveau du cytochrome P450 (CYP2D6) en morphine. Une différence dans la métabolisation peut expliquer une variation individuelle, en particulier un effet excessif observé chez les « métaboliseurs rapides » de la codéine. Il faut être attentif à la prise concomitante d'inhibiteurs du CYP2D6 qui diminuent l'effet antidouleur.

L'association de codéine, de caféine ou d'autres psychotropes au paracétamol, pourrait favoriser une prise chronique et un abus.

¹¹¹ Biasi G, et coll. Tramadol in the fibromyalgia syndrome: a controlled clinical trial versus placebo. *Int J Clin Pharmacol Res* 1998;18(1):13-9.

¹¹² Bennett RM, et coll. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Med* 2003 ;114(7):537-45.

¹¹³ Berquin A, Grisart J, Le Breton D. Les défis de la douleur chronique : comprendre et accompagner. Bruxelles : Éd. Mardaga, 2016.

4.2.2 Le tramadol

Le tramadol est métabolisé par l'iso-enzyme 2D6 du cytochrome P450. Le tramadol abaisse le seuil convulsif et peut provoquer une crise convulsive notamment en association avec d'autres médicaments convulsivants (par ex. les antidépresseurs (tricycliques ou SSRIs), les antipsychotiques, les stimulants centraux, les quinolones, la théophylline). D'autre part, le tramadol est un opioïde à effet sérotoninergique, l'association à un autre médicament sérotoninergique (ISRS par ex.) augmente le risque de syndrome sérotoninergique. Des hypoglycémies ont été rapportées chez des patients traités par tramadol ; la prudence sera de rigueur chez les patients diabétiques traités par des médicaments hypoglycémifiants.

4.3 L'usage des opioïdes forts

L'intérêt des opioïdes forts dans le cadre de la douleur cancéreuse a été progressivement transposé au domaine de la douleur chronique conduisant à leur utilisation à large échelle. La balance risque/bénéfice en cas de douleur chronique est actuellement fortement remise en question. Nous nous baserons pour ce chapitre non seulement sur nos guides de pratique clinique sources, mais également sur un guide complémentaire, le CDC 2016¹¹⁴ (*voir méthodologie*).

Recommandation

Préalablement à l'initiation d'un traitement par opioïdes dans le cadre de la douleur chronique, il importe de fixer des objectifs réalistes pour soulager la douleur et surtout pour améliorer la capacité fonctionnelle dans la vie quotidienne. Envisager les modalités d'interruption du traitement si le bénéfice ne l'emporte pas sur les risques. Le traitement opioïde ne devrait être poursuivi que dans le cas d'une amélioration cliniquement significative de la douleur et de la capacité fonctionnelle. (GRADE 1C)

Les patients chez qui des opioïdes forts ont été prescrits doivent être informés du risque d'effets indésirables les plus fréquents tels que les nausées et la constipation. (GRADE 1A)

¹¹⁴ Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain - United States, 2016. MMWR Recomm Rep. 2016 Mar 18;65(1):1-49.

Explications

Si un traitement par opioïdes forts est décidé, il y a lieu de prévoir des stratégies pour interrompre progressivement le traitement si celui-ci s'avère inefficace ou est à l'origine d'effets indésirables inacceptables. On peut également envisager de modifier l'analgésique morphinique (rotation des opioïdes), en cas d'effet insuffisant ou d'effets indésirables inacceptables. Dans ce cas, il vaut mieux se référer au tableau de conversion des doses. Un tableau d'équivalence des différents opioïdes, issu de SIGN 2013, est fourni en *annexe 4*. En cas d'utilisation chronique d'un analgésique morphinique, il convient probablement de prévenir la constipation au moyen d'un laxatif. Le risque de dépendance aux opiacés doit être évoqué avec le patient.

Argumentaire

Cette recommandation est inspirée de notre guide de pratique clinique source CDC de 2016 ¹¹⁵. Notre guide source canadien de 2012 ¹¹⁶ rapporte que jusqu'à 32% des patients étiquetés « fibromyalgiques » et orientés vers un centre de la douleur multidisciplinaire de troisième ligne, étaient traités par opioïdes forts ¹¹⁷, alors que d'autres études attirent l'attention sur les effets indésirables associés à leur utilisation chronique ¹¹⁸ ou signalent une augmentation des cas de décès par surdosage d'opioïdes, particulièrement quand elle est associée à des benzodiazépines et/ou de l'alcool ¹¹⁹. SIGN 2013 rapporte ¹²⁰ une revue systématique de la Cochrane qui a tenté de rassembler les études concernant les interventions visant à aider les personnes à arrêter les opioïdes prescrits dans la douleur chronique. Seules deux études ont été identifiées, l'une avec des séances d'électro-acupuncture et l'autre avec des séances de thérapie cognitivo-comportementale. Elles

¹¹⁵ Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain - United States, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016 Mar 18;65(1):1-49.

¹¹⁶ Fitzcharles MA, Ste-Marie P, Goldenberg DL, et coll. Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome. Montreal, Canadian Fibromyalgia Guidelines Committee (CFGC); 2012.

¹¹⁷ Fitzcharles MA, et coll. Opioid use, misuse, and abuse in patients labeled as fibromyalgia. *Am J Med* 2011;124(10):955-60.

¹¹⁸ Crofford LJ. Adverse effects of chronic opioid therapy for chronic musculoskeletal pain. *Nature Reviews Rheumatology* 2010;6(4):191-7.

¹¹⁹ Okie S. A flood of opioids, a rising tide of deaths. *NEJM* 2010;363(21):1981-5.

¹²⁰ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013. (SIGN publication no. 136). [December 2013]. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>

concernaient uniquement 86 patients et aucune conclusion ne pouvait être tirée ¹²¹.

Recommandation

Lorsqu'un traitement par opioïdes est initié pour une douleur chronique, la préférence doit être accordée à des opioïdes à libération immédiate plutôt que des opioïdes à longue durée d'action. La dose minimale efficace devrait être prescrite. La progression de dose quotidienne doit être réalisée dans le cadre d'une titration à dose limitée. (GRADE 1C)

Explications

Les experts (CDC 2016) précisent que, quand des opioïdes forts sont initiés, les cliniciens devraient :

- prescrire la plus petite dose efficace,
- prendre des précautions contre les risques de surdosage à tous les dosages,
- faire une évaluation rigoureuse de la balance risques-bénéfices au-dessus de 50 mg d'équivalents de morphine par jour (MME/jour),
- éviter ou justifier une prescription dépassant 90 MME /jour,
- envisager en cas d'utilisation chronique, un passage à des préparations à longue durée d'action.

Argumentaire

Cette recommandation est issue de notre guide de pratique clinique source complémentaire CDC 2016 ¹²².

¹²¹ Windmill J, Fisher E, Eccleston C, et coll. Interventions for the reduction of prescribed opioid use in chronic non-cancer pain. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group 2013.

¹²² Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain - United States, 2016. MMWR Recomm Rep. 2016 Mar 18;65(1):1-49.

Recommandation

Les opioïdes forts ne constituent pas une option pour le traitement de la douleur neuropathique ni pour le traitement d'un épisode douloureux aigu chez un patient souffrant de douleur chronique. (GRADE 2B)

Explications

Les opioïdes «forts» (morphine, oxycodone, fentanyl ou buprénorphine, sous forme de comprimés ou sous forme d'emplâtres cutanés, alias «patches») sont le plus souvent inefficaces dans les douleurs neuropathiques. L'arrêt ne se fait pas sans difficultés, en particulier lorsqu'ils ont été utilisés longtemps.

Argumentaire

Une revue de la Cochrane de 2013, s'intéressant plus spécifiquement à l'efficacité des opioïdes dans la douleur neuropathique, note un possible effet cliniquement significatif versus placebo à moyen terme, mais attire l'attention sur la faible qualité des preuves disponibles et conclut à la nécessité de nouvelles études avant de pouvoir conclure ¹²³. Une autre revue de la Cochrane de 2014 ¹²⁴ évaluant l'oxycodone concluait à l'absence de preuve pour la fibromyalgie et à l'existence de preuves de mauvaise qualité, non concluantes, dans la névralgie post-herpétique et la neuropathie diabétique. Une autre revue de littérature citée par SIGN 2013 a mis en évidence qu'il n'y avait pas de preuves d'une amélioration du contrôle de la douleur avec l'adjonction d'opioïdes à courte durée d'action comme médication de secours dans le cadre de la douleur chronique non cancéreuse traitée par opioïde à longue durée d'action ¹²⁵.

¹²³ McNicol ED, Midbari A, Eisenberg E. Opioids for neuropathic pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013; Issue 8. Art. No.: CD006146. DOI: 10.1002/14651858.CD006146.pub2.

¹²⁴ Gaskell H, Moore RA, Derry S, Stannard C. Oxycodone for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014; Issue 6. Art. No.: CD010692. DOI: 10.1002/14651858.CD010692.pub2.

¹²⁵ Devulder J, Jacobs A, Richarz U, Wiggett H. Impact of opioid rescue medication for breakthrough pain on the efficacy and tolerability of long-acting opioids in patients with chronic non-malignant pain. Br J Anaesth 2009;103(4):576-85.

4.2 Les molécules principalement utilisées dans le traitement des douleurs neuropathiques

Remarque : pour les spécificités cliniques de la douleur neuropathique, se référer au tableau de la page 11.

4.2.1 Les antiépileptiques

4.2.1.1 La gabapentine et la prégabaline

Recommandation

La gabapentine (titrée jusqu'à au moins 1200 mg par jour) peut être envisagée pour le traitement de la douleur neuropathique. (GRADE 2A)

La prégabaline (titrée jusqu'à au moins 300 mg par jour) peut être envisagée pour le traitement de la douleur neuropathique en cas d'échec des traitements médicamenteux de première ligne, et pour le traitement de la fibromyalgie. (GRADE 2A)

Explications

Tant la gabapentine que la prégabaline ont prouvé dans des essais contrôlés multicentriques leur efficacité dans les douleurs neuropathiques. L'excrétion étant principalement rénale, la prudence est de rigueur chez les patients souffrant d'insuffisance rénale.

Argumentaire

Nous commentons d'abord une revue de la Cochrane issues de SIGN 2013¹²⁶. La prégabaline s'est montrée efficace pour la douleur neuropathique associée à des lésions de la moelle épinière. Le risque d'effets indésirables était comparable aux autres thérapies pharmacologiques. Le NNT pour une amélioration d'au moins 50 % de la douleur pour la prégabaline à 600 mg par jour par rapport au placebo était de 3,9 (95 % IC 3,1 à 5,1) en cas de névralgie postzostérienne, de 5,0 (95 % IC 4,0 à 6,6) pour les patients atteints

¹²⁶ Moore RA, Straube S, Wiffen PJ, et coll. Pregabalin for acute and chronic pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009.

de neuropathie diabétique douloureuse, de 5,6 (95 % IC 3,5 à 14) pour les patients souffrant de douleur neuropathique d'origine centrale et de 11 (95 % IC 7,1 à 21) pour les patients souffrant de fibromyalgie. Des revues de la Cochrane plus récentes renforcent ces conclusions tout en soulignant:

- pour la gabapentine : le risque de biais des études incluses et la faiblesse des preuves dans les douleurs neuropathiques non diabétiques et non post-zostériennes ainsi que dans la fibromyalgie ¹²⁷,
- pour la prégabaline : l'absence ou le faible niveau de qualité des preuves d'une efficacité dans la fibromyalgie ¹²⁸.

Une réévaluation des revues systématiques de la Cochrane concernant les antiépileptiques dans la douleur neuropathique et la fibromyalgie de 2013 à l'aune de nouveaux critères d'inclusion confirme la place de ces deux molécules et conclut à l'absence ou l'insuffisance de preuve, ou des preuves d'inefficacité concernant les autres antiépileptiques ¹²⁹.

4.2.2 Les antidépresseurs

4.2.2.1 Les antidépresseurs tricycliques

Recommandation

L'amitryptiline (25 à 125 mg/j) est recommandée pour le traitement de la douleur neuropathique et de la fibromyalgie. (GRADE 1A)

Explications

L'amitryptiline, à la dose de 25 à 125 mg/j, est indiquée pour le traitement des patients qui souffrent de fibromyalgie et de douleur neuropathique, à l'exception des douleurs liées à une affection par HIV (absence de bénéfice démontré). L'amitryptiline possède des propriétés sédatives et présente des effets indésirables de type anticholinergique. Elle sera utilisée avec prudence en cas de rétention urinaire, de glaucome à angle fermé, de constipation

¹²⁷ Moore RA, et coll. Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults Editorial Group: Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group Published Online: 27 APR 2014.

¹²⁸ Nurcan, et coll. Anticonvulsants for fibromyalgia. Editorial Group: Cochrane Musculoskeletal Group Published Online: 16 OCT 2013.

¹²⁹ Wiffen PJ, Derry S, Moore AR, et coll. Antiepileptic drugs for neuropathic pain and fibromyalgia - an overview of Cochrane reviews 2013.

chronique ou d'hypertrophie de la prostate. Elle est contre-indiquée chez les personnes souffrant d'un trouble important du rythme et de la conduction cardiaque.

Argumentaire

SIGN 2013 cite d'abord une méta-analyse publiée en 2009 sur le bénéfice de l'amitriptyline dans la fibromyalgie. Elle s'est montrée efficace pour réduire la douleur (DMS 1,64, 95% IC, -2,57 à -0,71; $p < 0,001$), la fatigue (DMS -1,12, 95% IC -1,87 à $- < 0,38$; $p=0,003$) et les troubles du sommeil ¹³⁰. Il cite ensuite une revue systématique de la Cochrane qui met en évidence un bénéfice sur la douleur pour la neuropathie diabétique, la névralgie post-herpétique, post AVC ou la fibromyalgie comparée au placebo (RR 2,3 ; 95% IC 1,8 à 3,1), mais pas pour la douleur neuropathique liée au HIV ¹³¹.

4.2.2.2 Les SNRIs

Recommandation

La duloxetine (60 mg /j) peut être prise en considération pour le traitement de la neuropathie diabétique et, dans une moindre mesure pour les douleurs liées à la fibromyalgie. (GRADE 1A)

Explications

Le bénéfice des SNRIs sur le traitement de la douleur est resté très longtemps hypothétique. Plusieurs études de bonne qualité concernant, en particulier, la duloxetine ont cependant remis à jour le bénéfice potentiel aussi bien dans la douleur neuropathique que, dans une moindre mesure, la fibromyalgie. A ce propos, l'agence européenne du médicament a refusé en 2008 une extension de l'indication de la duloxétine à la fibromyalgie ¹³² arguant d'une balance risque-bénéfice défavorable.

¹³⁰ Hauser W, Bernardy K, Uceyler N, Sommer C. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. JAMA 2009;301(2):198-209.

¹³¹ Hauser W, Bernardy K, Uceyler N, Sommer C. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. JAMA 2009;301(2):198-209.

¹³² Conseils disponibles sur :

http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Summary_of_opinion/human/000572/WC500070838.pdf

Argumentaire

Nous rapportons d'abord une revue systématique citée par SIGN 2013 qui documente le bénéfice des SNRIs dans la fibromyalgie ¹³³. Les SNRIs, dont la duloxétine, présentait un faible bénéfice par rapport au placebo pour la réduction de la douleur. Une revue plus récente de la Cochrane conforte cette recommandation pour la duloxétine en particulier, en compilant 8 études de qualité modérée, toutes issues de l'industrie pharmaceutique, qui montrait une efficacité pour traiter la douleur dans la neuropathie périphérique diabétique et la fibromyalgie (moins bonne qualité de preuve) ¹³⁴.

¹³³ Hauser W, Urrutia G, Tort S, et coll. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013

¹³⁴ Lunn, et coll. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia Editorial Group: Cochrane Neuromuscular Group Published Online: 3 JAN 2014.

Question 5 : Quel est la plus-value d'une prise en charge multidisciplinaire ?

Recommandation

La référence à un programme spécifique multidisciplinaire de prise en charge de la douleur devrait être envisagée en cas de douleur chronique. (GRADE 2C)

De manière générale, une approche multidisciplinaire est probablement mieux à même de rencontrer les attentes de patients douloureux chroniques. Si un programme spécifique de prise en charge de la douleur chronique est proposé, son intégration dans la vie quotidienne du patient et l'implication des thérapeutes de première ligne dans cette prise en charge seraient souhaitables. (GRADE 2C)

Explication

De manière générale, on s'attend à ce que la délivrance de messages similaires et concordants par l'ensemble des acteurs de santé en contact avec le patient aide celui-ci à mieux comprendre sa maladie et à mieux se prendre en charge. L'amélioration de la littératie en santé, c'est-à-dire de la capacité des individus à trouver, comprendre et utiliser l'information pour prendre des décisions concernant leur santé, doit être un objectif commun multidisciplinaire¹³⁵. D'autre part, une approche multidisciplinaire dans le but d'améliorer l'adhésion thérapeutique est également souhaitée¹³⁶.

Les critères de référence vers ces programmes multidisciplinaires de prise en charge de la douleur, le plus souvent en Belgique de deuxième ou troisième ligne, ne sont pas clairs. Le guide ICSI 2013 évoque¹³⁷ comme critères un « échec » de la prise en charge en première ligne, une douleur « mal contrôlée », une détresse « significative », quand des interventions spécifiques à la deuxième ou à la troisième ligne sont envisagées. Il précise aussi, sur base de données observationnelles, qu'un délai de référence de plus de 6 mois serait jugé "inacceptable", mais en ajoutant qu'aucune donnée mettant en

¹³⁵ Richard C, Lussier M-T. La littératie en santé, une compétence en mal de traitement. *Pédagogie Médicale* 2009;10(2):123-30.

¹³⁶ WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization 2003 ISBN 92 4 154599 2

¹³⁷ Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Assessment and management of chronic pain. Bloomington: ICSI; 2013.

relation vitesse avec laquelle le patient est référé en deuxième ligne et critère d'évaluation clinique n'a été trouvée.

Différents aspects liés à notre question clinique de départ en compliquent l'analyse. Premièrement, une distinction doit être faite entre une "approche multidisciplinaire" en soin usuel ("usual care"), que le travail soit organisé en équipe ou en réseau, et un programme spécifique de prise en charge de la douleur, le plus souvent multidisciplinaire. C'est cette dernière qui est la plus étudiée. Il est difficile de différencier dans ces approches la part de l'effet qui serait dû à la spécificité d'un programme ("plus-value" par rapport aux soins usuels) plutôt qu'à leur caractère multidisciplinaire en soi. Ensuite, il n'y a pas de consensus sur le fait que ces programmes doivent être implémentés en première ou en deuxième ligne de soins. En Belgique, le champ a été investi par la deuxième ligne via la création des "centres de la douleur". Ces programmes souffrent d'un manque d'accessibilité criant et sont peu coordonnés avec la première ligne de soins. Ces soins spécialisés sortent du cadre que nous nous sommes donné pour ce GPC.

Pour le guide canadien de 2012 ¹³⁸, le suivi des patients fibromyalgiques doit être centré sur la première ligne, si possible multidisciplinaire, et un suivi chronique en 2e ligne n'est généralement pas recommandé.

Argumentaire

SIGN 2013 précise qu'une prise en charge bio-psycho-sociale multidisciplinaire, sous la forme d'un "programme de gestion de la douleur" serait mieux à même d'appréhender la complexité des situations rencontrées par le patient douloureux chronique. La définition d'une « prise en charge bio-psycho-sociale multidisciplinaire » varie selon les études. Trois revues systématiques, se focalisant sur les lombalgies chroniques, la définissent comme incluant une dimension somatique et au minimum une dimension psychologique, sociale ou occupationnelle ^{139, 140, 141}. Une autre la définit

¹³⁸ Fitzcharles MA, Ste-Marie P, Goldenberg DL, et coll. Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome. Montreal, Canadian Fibromyalgia Guidelines Committee (CFGC); 2012.

¹³⁹ Ravenek MJ, Hughes ID, Ivanovich N, et coll. A systematic review of multidisciplinary outcomes in the management of chronic low back pain. *Work* 2010;35(3):349-67.

¹⁴⁰ Van Middelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, et coll. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J* 2011;20(1):19-39.

¹⁴¹ Van Geen JW, Edelaar MJ, Janssen M, van Eijk JT. The long-term effect of multidisciplinary back training: a systematic review. *Spine* 2007;32(2):249-55.

comme incluant au moins trois de ces différentes catégories : psychothérapie, kinésithérapie, techniques de relaxation, traitements médicaux, éducation du patient et thérapie par le travail ¹⁴². Dans cette dernière revue systématique (se focalisant sur des affections musculo-squelettiques non spécifiques), des résultats positifs sont trouvés sur des critères d'évaluation primaire tels que la douleur, l'humeur, les QoLs, l'impotence fonctionnelle et la "capacité à faire face" (coping). Treize des 15 études incluses dans cette revue montraient une supériorité de l'intervention multidisciplinaire sur une absence de traitement ou sur le traitement médical standard, et cette différence se maintenait dans les études comprenant un suivi à plus long terme. La prise en charge multidisciplinaire était aussi supérieure à une prise en charge « uni-disciplinaire » (par exemple : kinésithérapie ou éducation du patient) dans 10 des 15 études et se maintenait également sur le suivi à plus long terme. Chez des patients qualifiés de "fibromyalgiques avec un profil à haut risque de détresse psychologique", une étude évaluait une intervention mixte (cognitivo-comportementale et kinésithérapie). Celle-ci réduisait significativement à 6 mois l'intensité de la douleur, la fatigue, le handicap, l'humeur négative et augmentait la qualité de vie des patients par comparaison à ceux qui étaient laissés sur une liste d'attente ¹⁴³. En ce qui concerne la pertinence du suivi centré sur la première ligne de soin, le guide canadien de 2012 relate une étude de cohorte rétrospective dans laquelle des généralistes israéliens diagnostiquaient la fibromyalgie de manière aussi précise que leurs confrères rhumatologues ¹⁴⁴ et une méta-analyse de l'efficacité des interventions pour la fibromyalgie en fonction des lignes de soins qui ne montrait pas de différences statistiquement significatives ¹⁴⁵.

¹⁴² Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology* 2008;47(5):670-85.

¹⁴³ Van Koulil S, Van Lankveld W, Kraaimaat FW, et coll. Tailored cognitive-behavioral therapy and exercise training for high-risk patients with fibromyalgia. *Arthritis Care Res* 2010;62(10):1377-85.

¹⁴⁴ Shleyfer E, et coll. Accuracy of the diagnosis of fibromyalgia by family physicians: is the pendulum shifting? *J Rheumatol* 2009;36(1):170-3.

¹⁴⁵ Garcia-Campayo J, et coll. A meta-analysis of the efficacy of fibromyalgia treatment according to level of care. *Arthritis Res Ther* 2008;10(4):R81.

Résumé des messages-clés

1. Quel est l'intérêt d'adopter une approche centrée sur le patient, favorisant notamment sa « capacité d'agir » (notion d'empowerment) ?

- Une approche empathique et centrée sur le patient lors de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur chronique est propre à optimiser les chances d'évolution favorable. Cette prise en charge sera autant que possible le fruit d'une décision partagée avec le patient. **GRADE 1C**
- Des ressources (dépliants, sites internet, technique simple,...) favorisant la gestion par le patient lui-même de sa douleur devraient être recommandées en complément d'autres thérapies dans le traitement de la douleur chronique, notamment celles identifiées et recommandées par d'éventuelles équipes multidisciplinaires locales de prise en charge de la douleur (« centres de la douleur ») et ce à tous les stades du suivi. **GRADE 2C**

2. Quels aspects à aborder lors de l'évaluation de la situation ?

- Une mise en évidence précoce de la douleur chronique est importante. L'identification du type de douleur (neuropathique, nociceptive ou mixte), de sa sévérité et de ses répercussions fonctionnelles doit être précisée sur base d'une anamnèse structurée, d'un examen clinique et d'une évaluation plus globale du contexte biopsychosocial du patient. **Avis du groupe de développement du GPC**
- La prise en charge d'un patient douloureux chronique devrait se baser sur un plan de soins individualisé tenant compte des besoins du patient et de l'accessibilité des différents services pouvant intervenir dans le suivi. Ce plan sera régulièrement réévalué. **Avis du groupe de développement du GPC**

3. Quelles places accorder aux différentes approches non-médicamenteuses dans la prise en charge ?

- L'activité physique et la kinésithérapie, quelle que soit leur forme, sont recommandées dans le traitement de la douleur chronique. **GRADE 2B**
- Conseiller aux patients souffrant de douleur chronique dans le bas du dos, outre de suivre un programme d'exercices physiques, de rester actifs pour réduire leurs limitations sur le long terme. Les conseils seuls sont insuffisants. **GRADE 1A**
- Opter pour les approches suivantes afin d'améliorer l'observance du programme d'exercices physiques :
 - séances d'exercices supervisés. **GRADE 2B**
 - exercices individuels en groupe. **GRADE 2B**
 - ajout de matériel complémentaire (audio et vidéo). **GRADE 2C**

- prévoir des programmes d'exercices combinés, en partie en groupe et en partie à domicile. **GRADE 2B**
- La thérapie manuelle doit être envisagée pour soulager à court terme les patients souffrant de douleur chronique dans le bas du dos. **GRADE 2C**
- La thérapie manuelle associée à des exercices physiques doit être envisagée dans le traitement des patients souffrant de douleur chronique au niveau de la nuque. **GRADE 2B**
- La stimulation nerveuse électrique transcutanée (SNET) peut être envisagée pour soulager la douleur chronique. Tant les fréquences basses que les hautes fréquences peuvent être utilisées à cet effet. **GRADE 2C**
- La thérapie par faible niveau de lumière (Low Level Laser Therapy, LLLT) peut ou doit être envisagée comme option thérapeutique pour les patients souffrant de douleur dans le bas du dos. **GRADE 2C**
- Les patients souffrant de douleur chronique devraient recevoir une courte formation pour les aider à rester au travail. **GRADE 2C**
- La relaxation progressive ou le biofeedback électromyographique (rétroaction biologique EMG) doit être envisagé dans le traitement des patients souffrant de douleur chronique. **GRADE 2C**
- La thérapie comportementale cognitive doit être envisagée dans le traitement des patients souffrant de douleur chronique. **GRADE 2C**
- Les patients doivent être informés du fait que, pour le moment, il n'existe pas suffisamment de preuves pour élaborer une recommandation concernant l'utilisation de la phytothérapie et des autres médecines parallèles (à l'exception de l'acupuncture) dans la prise en charge de la douleur. **GRADE 1A**
- L'acupuncture doit être envisagée pour soulager à court terme les patients souffrant de douleur chronique dans le bas du dos ou d'arthrose. **GRADE 2B**

4. Quelle place accorder aux différentes thérapeutiques médicamenteuses ?

- Le paracétamol (à la dose de 1000 à 4000 mg/jour) devrait être considéré seul ou en association avec les AINS, dans le traitement de la douleur chez les patients souffrant d'arthrose, tout en tenant compte du risque de surdosage. **GRADE 2B**
- Les AINS sont à envisager pour le traitement des lombalgies chroniques aspécifiques. **GRADE 2B**
- Les AINS topiques devraient être pris en considération pour le traitement des patients souffrant de douleurs chroniques de type musculo-squelettiques particulièrement chez les patients qui ne peuvent tolérer les AINS par voie orale. **GRADE 1A**
- Préalablement à l'initiation d'un traitement par opioïdes dans le cadre de la douleur chronique, il importe de fixer des objectifs réalistes pour soulager la douleur et surtout pour améliorer la capacité fonctionnelle dans la vie quotidienne. Une réévaluation régulière de la balance risques-bénéfices est nécessaire. Le traitement opioïde ne devrait être poursuivi

que dans le cas d'une amélioration cliniquement significative de la douleur et de la capacité fonctionnelle. **GRADE 1C**

- Les patients avec une prescription d'opioïdes forts doivent être informés du risque d'effets indésirables les plus fréquents tels que les nausées et la constipation. **GRADE 1A**
- Les opioïdes forts ne constituent pas une option pour le traitement de la douleur neuropathique ni pour le traitement d'un épisode douloureux aigu chez un patient souffrant de douleur chronique. **GRADE 2B**
- Lorsqu'un traitement par les opioïdes est initié pour une douleur chronique, la préférence doit être accordée à des opioïdes à libération immédiate plutôt que des opioïdes à longue durée d'action. La dose minimale efficace devrait être prescrite. La progression de dose quotidienne doit être réalisée dans le cadre d'une titration à dose limitée. **GRADE 1C**
- La gabapentine (titrée jusqu'à au moins 1200 mg par jour) doit être envisagée pour le traitement de la douleur neuropathique. **GRADE 2A**
- La pregabaline (titrée jusqu'à au moins 300 mg par jour) est préconisée pour le traitement de la douleur neuropathique en cas d'échec des traitements médicamenteux de première ligne et pour le traitement de la fibromyalgie. **GRADE 2A**
- L'amitriptyline (25 à 125 mg/j) est recommandée pour le traitement de la douleur neuropathique et de la fibromyalgie. **GRADE 1A**
- La duloxétine (60 mg /j) peut être prise en considération pour le traitement de la neuropathie diabétique et, dans une moindre mesure pour les douleurs liées à la fibromyalgie. **GRADE 1A**

5. Quelle est la plus-value d'une prise en charge multidisciplinaire ?

- La référence à un programme spécifique multidisciplinaire de prise en charge de la douleur devrait être envisagée en cas de douleur chronique. **GRADE 2C**
- De manière générale, une approche multidisciplinaire permet probablement de mieux rencontrer les attentes des patients douloureux chroniques. Si un programme spécifique de prise en charge de la douleur chronique est proposé, son intégration dans la vie quotidienne du patient et l'implication des thérapeutes de première ligne dans cette prise en charge seraient souhaitables. **GRADE 2C**

Méthodologie et processus de révision par les pairs

Pour rédiger ces recommandations, nous avons suivi la méthodologie proposée dans la version 2013 du « Manuel d'adaptation des guides de bonnes pratiques étrangers » d'EBMPracticeNet¹⁴⁶. Trois guides de pratiques cliniques ont été retenus, après évaluation par l'outil AGREE¹⁴⁷, comme base pour l'adaptation des recommandations à savoir : SIGN 2013¹⁴⁸, Canadian Guidelines 2012¹⁴⁹ et ICSI 2013¹⁵⁰. Les références citées dans les chapitres de chaque recommandation sont donc issues de ces GPC. Une recherche complémentaire a en outre été menée dans la Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) pour des revues systématiques correspondant à notre champ de recherche, postérieures à août 2013 (date de la dernière recherche bibliographique dans ICSI 2013) et jusqu'à novembre 2014 (date de clôture de notre recherche). Des apports ponctuels des auteurs de ce guide, seulement pour étayer les parties « explications » ont été inclus en notes de bas de pages ou en annexes. Les grades de recommandations et les niveaux de preuves ont été attribués par consensus entre les auteurs, selon des critères inspirés de la méthodologie GRADE¹⁵¹.

Une réunion d'expert s'est penchée sur le texte à la date du 11 décembre 2015. Les experts participants sont :

- Dr. Sophie Leconte (Médecin Généraliste, UCL)
- Dr. Pascale Jonckheer (Médecin Généraliste, KCE)
- Monsieur Dominique Putzeys (Infirmier, Hôpital de la Citadelle à Liège)
- Madame Anne-Marie Offermans (sociologue, SSMG)
- Prof. Jacques Devulder (Université de Gand, centre de la douleur)

¹⁴⁶ Delvaux N, Van de Velde S, Philips H, et coll. Handleiding voor de adaptatie van buitenlandse richtlijnen. EBMPracticeNet, version 3 juillet 2013.

¹⁴⁷ <http://www.agreetrust.org/>

¹⁴⁸ *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain.* Edinburgh: SIGN; 2013. (SIGN publication no. 136). [December 2013]. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>

¹⁴⁹ Fitzcharles M-A, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, et coll. Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome. 2012. www.canadianpainsociety.ca/pdf/Fibromyalgia_Guidelines_2012.pdf

¹⁵⁰ Hooten WM, Timming R, Belgrade M, et coll. Institute for Clinical Systems Improvement. Assessment and Management of Chronic Pain. Updated November 2013.

¹⁵¹ Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, et coll, for the GRADE Working Group. Rating quality of evidence and strength of recommendations GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. (http://www.gradeworkinggroup.org/publications/GRADE-1_BMJ2008.pdf)

- Madame Meeus Mira (kinésithérapeute, Université d'Anvers)

Les recommandations de ce GPC n'engagent pas ces experts. Une description des observations et des adaptations éventuelles faisant suite à cette réunion est disponible sur demande.

Une première réunion de validation par le CEBAM a eu lieu le mercredi 4 mai 2016 avec demandes de modifications. Un groupe d'auteurs élargi multidisciplinaire a été mis sur pied pour accompagner le processus de révision. Suite aux remarques émises par les experts du CEBAM, une recherche complémentaire de guides de pratique clinique a été menée pour couvrir le « gap » entre notre première sélection de guide sources (mai 2014) et notre dernière révision avant remise du dossier final au CEBAM (septembre 2016). Un quatrième guide de pratique, CDC 2016 ¹⁵², spécifique à la prescription des opioïdes, a ainsi été retenu. Notre guide de pratique clinique a finalement été validé par le CEBAM en février 2017.

Planification de la mise à jour

Il est prévu une mise à jour de ce GPC tous les 5 ans.

Agenda de recherche

Des difficultés méthodologiques, notamment quant à la mesure de la douleur, compliquent la production de preuves de qualité dans le domaine de la douleur chronique ¹⁵³. À l'avenir, il faut aussi tenir compte de la grande variabilité des situations englobées sous le terme « douleur chronique » (pour rappel, « toute douleur présente depuis plus de 12 semaines » selon SIGN 2013) et des interventions qui varient en termes de combinaisons, de contexte et de durée. Ces aspects gagneraient à être explicités à l'avenir et la question clinique de départ précisée en conséquence. La diminution de la consommation d'opiacés prescrits pour les douleurs chroniques non cancéreuses est un sujet important qui nécessiterait encore des recherches supplémentaires.

¹⁵² Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain - United States, 2016. MMWR Recomm Rep 2016;65(1):1-49.

¹⁵³ Dworkin RH, Turk DC, Peirce-Sandner S, et coll. Research design considerations for confirmatory chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations Pain 2010; 149(2):177-93.

Liste des auteurs et déclarations des conflits d'intérêt

Les auteurs de ce GPC sont Gilles Henrard (médecin généraliste, premier auteur), Sam Cordyn (infirmier, co-auteur), Michel Vanhalewyn (médecin généraliste, co-auteur), Alain Chaspierre (pharmacien, co-auteur), Thomas Kessels (psychologue, co-auteur), Sarah Mingels (kinésithérapeute, co-auteur). Ils déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Traduction et Rédaction

te:ma Vertalingen en Redactie VOF

<http://www.temavertalingen.be>

Annexes

Annexe 1 : Description de la méthode pragmatique et abrégée pour attribuer un GRADE aux recommandations ¹⁵⁴

QUALITE DES PREUVES (≈ niveaux de preuve)

- Élevée = il est très improbable que des travaux de recherche futurs changent notre assurance dans l'estimation de l'effet = lettre A
- Moyenne = il est probable que des travaux de recherche futurs aient un impact sur notre confiance dans l'estimation de l'effet et changent l'estimation de l'effet = la lettre B
- Faible et très faible = il est très probable que des travaux de recherche futurs aient un impact important sur notre confiance dans l'estimation de l'effet et changent probablement l'estimation de cet effet, ou toute estimation de l'effet est très incertaine = lettre C

FORCE DE LA RECOMMANDATION (≈ niveaux de recommandation)

- Recommandation forte («1»): basée sur les données probantes disponibles. Si les médecins sont tout-à-fait certains que l'application de la recommandation est davantage positive que négative
- Recommandation faible («2»): basée sur les données probantes disponibles. Si les médecins estiment que les avantages et inconvénients sont (environ) en équilibre ou qu'il existe une incertitude quant à l'importance des avantages et des inconvénients.
- De plus, certaines recommandations se sont vu attribué un grade « CBP », (« conseil de bonne pratique ») inspiré des « GPP » (« Good Practice Points ») de certains GPC anglophones dont SIGN, et qui équivaut à une recommandation basée sur l'expérience clinique du groupe de développement et / ou figurant comme tel dans nos GPC de référence.

¹⁵⁴ Issu du « Manuel d'adaptation des guides de bonnes pratiques étrangers », version 1.2, EBMPPracticeNet 2013

Annexe 2 : Exemple d'explications à donner en consultation pour promouvoir la gestion de la douleur chronique par le patient lui-même

Relaxation

« Vous rappelez-vous quand nous avons discuté comment les patients atteints de douleurs chroniques entrent souvent dans un cercle vicieux dans lequel la douleur produit de l'anxiété et des tensions qui à leur tour renforcent la douleur ? Et bien, comment briser cette dynamique ? Il y a différentes techniques qui pourraient se révéler utiles. Une d'entre elles, particulièrement simple, s'appelle la relaxation par la respiration. Quand quelqu'un a mal et est anxieux, sa manière de respirer change, elle devient rapide et superficielle. Si vous remarquez que vous devenez tendu(e) et anxieux(se), vous pouvez tenter de réduire cette sensation en essayant de respirer lentement et profondément tout en fixant votre attention sur votre respiration. Vous pouvez aussi essayer de faire ce que vous savez déjà qui vous détend, comme écouter de la musique ou marcher. »

Intensification progressive (« pacing »)

« Beaucoup de personnes qui souffrent de douleurs chroniques en arrivent à réduire leurs activités. Il s'agira de briser cette tendance en augmentant progressivement ce que vous êtes capable de faire. La première étape est d'établir votre « durée de base ». Prenez une activité que vous voudriez être capable de faire pendant plus longtemps. Notez le temps maximum pendant lequel vous êtes capable de faire cette activité en restant dans votre zone de confort. Divisez ensuite ce temps par deux. Par exemple, si vous êtes capable de marcher confortablement pendant 10 minutes, votre « durée de base » sera de 5 minutes. Après vous tentez de marcher quelques fois par jours durant ces 5 minutes. Après une semaine, vous tâchez de marcher pendant des périodes de 7 ou 8 minutes et ainsi de suite, en essayant à chaque étape d'allonger votre durée de marche confortable. »

Etablissement d'objectifs

« Il s'agit également ici de progressivement augmenter le nombre d'activités que vous êtes capable de faire. Les objectifs que vous choisissez doivent être réalisables (c'est-à-dire pas impossibles), importants pour vous et mesurables. Un objectif peut-être, par exemple, de reprendre contact avec quelqu'un qui a été important pour vous. Ça peut aussi être quelque chose de plus complexe et comporter plusieurs étapes. Par exemple, l'objectif « retrouver un travail » pourrait nécessiter de d'abord augmenter progressivement votre endurance sur certaines tâches nécessaires dans le travail que vous voulez retrouver (comme, par exemple, utiliser un clavier ou monter des marches d'escalier), comme on l'a discuté au point précédent. »

Extrait et traduit de Fukushima F. et coll. *Complex regional pain syndrome*. BMJ 2014

Annexe 3 : Exemple d'échelles d'évaluation de la douleur

Disponible en date du 9/12/2016 sur <http://www.vie-at-home.be/page3.asp?ClubID=166&LG=FR&PageGroupID=9> (fiche 6).

Annexe 4 : Tableau d'équivalence des opioïdes (tiré de SIGN 2013)

Box 2: Suggested dose conversion ratios		
(converting from) Current opioid	(converting to) New opioid and/or new route of administration	Divide 24 hour dose* of current opioid (column 1) by relevant figure below to calculate initial 24 hour dose of new opioid and/or new route (column 2)
<i>Example</i> 120 mg oral morphine in 24 hours	subcutaneous diamorphine	Divide by 3 (120 mg / 3 = 40 mg subcutaneous diamorphine in 24 hours)
ORAL TO ORAL ROUTE CONVERSIONS		
oral codeine	oral morphine	Divide by 10
oral tramadol	oral morphine	Divide by 5
oral morphine	oral oxycodone	Divide by 2
oral morphine	oral hydromorphone	Divide by 7.5
ORAL TO TRANSDERMAL ROUTE CONVERSIONS		
oral morphine	transdermal fentanyl	Refer to manufacturer's information**
oral morphine	transdermal buprenorphine	Seek specialist palliative care advice
ORAL TO SUBCUTANEOUS ROUTE CONVERSIONS		
oral morphine	subcutaneous morphine	Divide by 2
oral morphine	subcutaneous diamorphine	Divide by 3
oral oxycodone	subcutaneous morphine	No change
oral oxycodone	subcutaneous oxycodone	Divide by 2
oral oxycodone	subcutaneous diamorphine	Divide by 1.5
oral hydromorphone	subcutaneous hydromorphone	Seek specialist palliative care advice
OTHER ROUTE CONVERSIONS RARELY USED IN PALLIATIVE MEDICINE		
subcutaneous or intramuscular morphine	intravenous morphine	No change
intravenous morphine	oral morphine	Multiply by 2
oral morphine	intramuscular morphine	Divide by 2
<p>Conversion ratios between strong opioids: Strong evidence for converting between opioids is lacking, with the majority of studies being single dose, small sample size pharmacokinetic studies, usually in healthy volunteers (see section 12.2). A number of dose conversion charts are available and can be useful, but there is significant inter-individual variability and they should be used with caution, particularly in the elderly; if there are significant other co-morbidities (eg hepatic or renal impairment); or with polypharmacy.</p> <p>* The same units must be used for both opioids or routes, eg mg morphine to mg oxycodone</p> <p>** The conversion ratios of oral morphine:transdermal fentanyl specified by the manufacturer(s) vary from around 100:1 to 150:1</p>		

Annexe 5 : Sites internet utiles

<http://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/chronische-pijn>

« gezondheid en wetenschap » est un site internet néerlandophone, dépendant du CEBAM, qui, à travers une veille médiatique et la production de guidelines adaptés, vulgarise l'information médicale à l'attention des patients et grand public.

www.cnrdr.fr

Le Centre National (français) de Ressources de Lutte contre la Douleur (CNRD) se focalise sur "l'amélioration de la prise en charge de la douleur liée aux soins"

www.douleurchronique.org

Site web de l'Association Québécoise de la Douleur Chronique (AQDC). Cette association a pour mission d'améliorer la condition et de réduire l'isolement des personnes atteintes de douleur chronique au Québec.

www.britishpainsociety.org

Une plateforme multidisciplinaire anglophone, à l'attention des professionnels et du grand public. Fournit des arbres décisionnels.