

Les options non opioïdes dans la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte

Le Canada est en pleine crise des opioïdes. Bien qu'on soit de plus en plus conscients des risques qui y sont associés, ces médicaments sont encore largement utilisés dans la prise en charge de la douleur. Les Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse recommandent d'optimiser le traitement pharmacologique non opioïde et le traitement non pharmacologique plutôt que de faire l'essai des opioïdes chez les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse (qui ne prennent actuellement pas d'opioïdes).

Cette recommandation pose un défi, celui de savoir ce que les preuves nous disent au sujet des différentes options non opioïdes de traitement de la douleur. Sont-elles efficaces? Sont-elles sécuritaires? Sont-elles accessibles?

Pour appuyer les décisions touchant la prise en charge de la douleur, le service d'examen rapide de l'ACMTS a effectué des revues des données probantes portant sur les options de traitement pour divers types de douleur. Vous trouverez ici, en un seul endroit, les faits saillants de plusieurs de ces revues.

Pour en savoir plus sur le travail de l'ACMTS sur les dossiers de la gestion de la douleur ou des opioïdes, visitez www.acmts.ca/douleur et www.acmts.ca/opioïdes.

Légende sur l'état des connaissances



- Quantité raisonnable de données probantes (il peut ne pas y avoir de comparaison avec les opioïdes, de sorte que la place dans le traitement serait incertaine).

- Le risque d'effets néfastes est faible ou les effets secondaires sont légers ou modérés.



- Une certaine quantité de données probantes indiquent que la méthode serait efficace, mais ces données peuvent être contradictoires, partagées ou de faible qualité.

- Données probantes sur les effets néfastes absentes ou non concluantes.



- Aucunes données probantes, ou données probantes indiquant un manque d'efficacité.




- Données probantes sur les effets néfastes limitées ou absentes.

Table des matières



Cervicalgie chronique	4
▲ Thérapie manuelle	4
● Thérapie cognitivocomportementale (TCC)	4
▲ Physiothérapie	4
Dorsalgie chronique	4
▲ Semelles orthopédiques faites sur mesure ou préfabriquées.....	4
▲ Modification du poids corporel.....	4
▲ Thérapie manuelle	5
● Exercice physique	5
▲ Yoga.....	5
● Thérapie cognitivocomportementale (TCC)	5
▲ Physiothérapie	5
▲ Ergothérapie adoptant l'approche biopsychosociale	6
▲ Magnésium	6
Gonalgie chronique (arthrose du genou)	6
▲ Modification du poids corporel.....	6
● Activité physique.....	7
▲ Viscosuppléance	7
Douleur musculosquelettique chronique	7
▲ Ergothérapie adoptant l'approche biopsychosociale	7






Autres types de douleur chronique aux membres supérieurs	8
▲ Orthèses et attelles.....	8
Prophylaxie de la migraine	8
● Magnésium	8
Syndrome algique myofascial	8
▲ Oxygène hyperbare	8
Dysménorrhée primaire	9
● Yoga.....	9
Douleur pelvienne chronique	9
◆ Toxine botulinique injectable	9
▲ Yoga.....	9
Fibromyalgie	10
▲ Oxygène hyperbare	10
Douleur chronique et lésion médullaire	10
◆ Thérapie cognitivocomportementale (TCC)	10
Douleur aux pieds	10
▲ Semelles orthopédiques faites sur mesure ou préfabriquées.....	10
Douleur chronique	11
▲ Acupuncture.....	11
▲ Pleine conscience (comparativement à l'absence de traitement)	12
▲ Pleine conscience (comparativement à la pharmacothérapie).....	12
▲ Cannabis médicinal	13
● Yoga.....	14
▲ Programmes de traitement multidisciplinaire	14
▲ Soins par étapes	14
▲ Nabilone	15



Cervicalgie chronique

Intervention	Résultats de recherche	Limites
Thérapie manuelle (manipulation, mobilisation) 	<ul style="list-style-type: none"> De façon générale, les données probantes sur la thérapie manuelle dans la prise en charge de la cervicalgie chronique non cancéreuse sont partagées; certaines études font état d'une atténuation de la douleur et d'une amélioration de l'état fonctionnel et de la qualité de vie liée à la santé, tandis que d'autres ne trouvent aucune différence statistiquement significative par rapport à un traitement simulé ou à l'absence de traitement. Les thérapies manuelles sont bien tolérées, mais certains participants signalent de légers effets indésirables passagers, comme l'inconfort ou la fatigue. 	<ul style="list-style-type: none"> Les données probantes sont limitées, et les études sont de qualité très faible à modérée. On note une grande hétérogénéité attribuable à des différences dans les types de thérapies manuelles, la fréquence et la durée des traitements, les populations de patients et la durée du suivi. Les critères d'évaluation à l'étude ne sont pas normalisés. La signification clinique n'est pas toujours claire. Il n'y a pas de comparaisons avec des interventions pharmacologiques.
Thérapie cognitivocomportementale (TCC) 	<ul style="list-style-type: none"> La TCC diminuerait la douleur et l'incapacité et améliorerait la qualité de vie des personnes atteintes de cervicalgie comparativement à l'absence de traitement d'après un bref suivi. Elle n'influence pas de façon significative les indicateurs psychologiques comme la kinésiophobie ou la détresse. 	<ul style="list-style-type: none"> Les études primaires ne portent pas seulement sur la TCC. On note une variabilité dans les études retenues (p. ex. types d'interventions cognitives et comportementales). La durée de la douleur chronique n'est pas toujours définie.
Physiothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> La physiothérapie dans le traitement de la cervicalgie semble efficace, ou du moins neutre. 	<ul style="list-style-type: none"> Les données probantes sont limitées et sont essentiellement de qualité faible ou modérée. Aucun effet indésirable n'est mentionné. Aucune étude ne compare la physiothérapie et les opioïdes sur le plan de l'efficacité clinique.


Dorsalgie chronique



Intervention	Résultats de recherche	Limites
Semelles orthopédiques faites sur mesure ou préfabriquées 	<ul style="list-style-type: none"> D'après une étude, les semelles orthopédiques réduiraient la douleur et l'incapacité chez les patients atteints de lombalgie chronique comparativement à des témoins sur une liste d'attente. 	<ul style="list-style-type: none"> Les données probantes sont en quantité limitée et de faible qualité. Aucune étude comparant des semelles orthopédiques à un traitement pharmacologique sur le plan de l'efficacité clinique n'a été repérée.
Modification du poids corporel 	<ul style="list-style-type: none"> D'après une étude non randomisée, la perte de poids entraînée par un programme multidisciplinaire pourrait réduire la prévalence de la lombalgie chez les patients en surpoids. 	<ul style="list-style-type: none"> La source de données est une étude non randomisée à groupe unique. Aucune étude portant sur les patients ayant un poids insuffisant n'a été repérée.

Intervention	Résultats de recherche	Limites
Thérapie manuelle (manipulation, mobilisation) 	<ul style="list-style-type: none"> De façon générale, les données probantes sur la thérapie manuelle dans la prise en charge de la dorsalgie chronique non cancéreuse sont partagées; certaines études font état d'une atténuation de la douleur et d'une amélioration de l'état fonctionnel et de la qualité de vie liée à la santé, tandis que d'autres ne trouvent aucune différence statistiquement significative par rapport à un traitement simulé ou à l'absence de traitement. Les thérapies manuelles sont bien tolérées, mais certains participants signalent de légers effets indésirables passagers, comme l'inconfort ou la fatigue. 	<ul style="list-style-type: none"> Les données probantes sont limitées, et les études sont de qualité très faible à modérée. On note une grande hétérogénéité attribuable à des différences dans les types de thérapies manuelles, la fréquence et la durée des traitements, les populations de patients et la durée du suivi. Les critères d'évaluation à l'étude ne sont pas normalisés. La signification clinique n'est pas toujours claire. Il n'y a pas de comparaisons avec des interventions pharmacologiques.
Exercice physique 	<ul style="list-style-type: none"> Deux guides de pratique fondés sur des données probantes renferment de solides recommandations préconisant le programme d'exercice supervisé par un professionnel comme traitement de première intention de la dorsalgie chronique non spécifique. Un guide recommande fortement la combinaison d'exercices physiques et de mesures éducatives. 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune donnée probante sur le rapport cout/efficacité n'a été relevée. Ni l'un ni l'autre des guides de pratique ne traitent en profondeur des questions du caractère applicable et de la mise en œuvre des recommandations. On ne trouve rien sur les programmes d'exercice recommandés, la durée ou la fréquence.
Yoga 	<ul style="list-style-type: none"> Le yoga réduirait l'intensité de la douleur et améliorerait la souplesse du dos ainsi que certains paramètres physiologiques (p. ex. sérotonine sérique) chez des patients atteints de lombalgie comparativement à des témoins. 	<ul style="list-style-type: none"> Les données probantes sont de faible qualité. La possibilité de généraliser pourrait être une limite, les données probantes ne portant que sur des patients ne recevant aucun autre traitement contre la douleur. Les données sur les effets néfastes sont limitées. Aucune donnée probante sur le rapport cout/efficacité n'a été relevée.
Thérapie cognitivocomportementale (TCC) 	<ul style="list-style-type: none"> La TCC diminuerait la douleur et améliorerait le fonctionnement des personnes atteintes de lombalgie comparativement à l'absence de traitement (patients sur une liste d'attente). 	<ul style="list-style-type: none"> Les études primaires ne portent pas seulement sur la TCC. On note une variabilité dans les études retenues (p. ex. types d'interventions cognitives et comportementales).
Physiothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> La physiothérapie dans le traitement de la dorsalgie semble efficace, ou du moins neutre. 	<ul style="list-style-type: none"> Les données probantes sont limitées et sont essentiellement de qualité faible ou modérée. Aucun effet indésirable n'est mentionné. Aucune étude ne compare la physiothérapie et les opioïdes sur le plan de l'efficacité clinique.


Intervention	Résultats de recherche	Limites
<p>Ergothérapie adoptant l'approche biopsychosociale</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Les interventions de réadaptation biopsychosociale multidisciplinaire semblent plus efficaces que les soins usuels (antalgiques et physiothérapie) ou que les traitements physiques pour soulager la douleur et diminuer l'incapacité. • La réadaptation multidisciplinaire serait plus efficace que les traitements physiques, mais pas que les soins usuels pour ce qui est de la réduction de l'absentéisme au travail. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a une importante hétérogénéité parmi les études. • L'insu n'est pas possible, donc il se peut qu'il y ait un biais de constatation
<p>Magnésium (voie orale ou voie intraveineuse à l'aide d'un professionnel de la santé)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Le magnésium intraveineux suivi de magnésium oral pourrait être bénéfique dans le traitement de la lombalgie chronique réfractaire, par comparaison avec le placebo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cet effet est démontré par un seul essai clinique randomisé; d'autres données probantes sont nécessaires.

Gonalgie chronique (arthrose du genou)


Intervention	Résultats de recherche	Limites
<p>Modification du poids corporel</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • La perte de poids par l'alimentation et l'activité physique pourrait réduire la douleur et améliorer la capacité physique fonctionnelle de patients en surpoids atteints d'arthrose du genou comparativement à l'absence d'intervention (groupe témoin). • L'alimentation seule et l'activité physique seule à titre d'interventions de perte de poids chez les patients en surpoids atteints d'arthrose du genou entraînent des résultats partagés pour ce qui est de la réduction de la douleur et de l'amélioration de la capacité physique fonctionnelle – les résultats sont soit favorables ou aucune différence statistiquement significative comparativement au groupe témoin. • Aucun évènement indésirable grave n'est signalé en lien avec le changement d'alimentation ou l'activité physique. Les interventions visant l'alimentation sont associées à un plus grand nombre de problèmes gastro-intestinaux non graves que l'absence de ce type d'intervention. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les données probantes sont de qualité faible ou modérée. • On note une variabilité dans les études retenues (p. ex. différences dans les populations de patients, les types de régimes et d'activités, la durée du traitement, le suivi). • Les critères d'évaluation à l'étude ne sont pas normalisés. • La signification clinique n'est pas toujours claire. • Dans la plupart des études, les femmes sont plus nombreuses. • Aucune étude portant sur les patients ayant un poids insuffisant n'a été repérée.

Intervention	Résultats de recherche	Limites
<p>Activité physique</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • L'activité physique pourrait réduire la douleur et améliorer le fonctionnement et la qualité de vie liée à la santé chez les patients souffrant de gonarthrose comparativement aux soins usuels, à l'absence de traitement et aux interventions simulées. • L'activité physique entraînerait une augmentation temporaire de la douleur mineure par rapport à une intervention simulée, mais il n'y aurait pas de différence quant à l'aggravation de la douleur, aux chutes ou au décès. • L'activité à faible impact alliant musculation, étirements et aérobie n'entraîne pas d'évènements indésirables graves chez les personnes âgées atteintes de gonarthrose; il n'y a pas de différence significative dans le nombre d'arthroplasties totales du genou entre les patients ayant fait de l'activité physique et les témoins qui n'en ont pas fait. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les données probantes sont de qualité faible ou modérée. • On note une variabilité dans les études retenues (p. ex. différences dans le type et la durée de l'activité, la durée du suivi). • Il y a peu d'information sur l'observance des programmes d'exercice par les patients ou sur les évènements indésirables. • Il n'y a aucune comparaison avec les opioïdes.
<p>Viscosuppléance (intervention qui consiste à injecter dans une articulation un liquide lubrifiant)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • La viscosuppléance à l'aide d'acide hyaluronique pourrait être supérieure à l'injection intraarticulaire d'un placebo, aux corticostéroïdes et aux anti-inflammatoires non stéroïdiens pour ce qui est d'atténuer la douleur et d'améliorer l'état fonctionnel, et ce, sans plus d'incidents indésirables. • Pour la majorité des lignes directrices, il n'y a pas suffisamment de preuves pour appuyer des recommandations, favorables ou défavorables, sur la viscosuppléance dans le traitement de la gonarthrose. • Deux guides de pratique clinique s'opposent à cette pratique; d'autres la recommandent lorsque les autres traitements ont échoué ou à un certain stade de gonarthrose chez les personnes âgées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont incohérents; les études comportent d'importantes limites, et la signification clinique est incertaine.


Douleur musculosquelettique chronique

Intervention	Résultats de recherche	Limites
<p>Ergothérapie adoptant l'approche biopsychosociale</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Une approche psychosociale multimodale serait plus efficace que les soins usuels ou que l'absence de traitement pour ce qui est de la douleur, de l'incapacité, de la dépression et de divers aspects de la satisfaction de vivre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a une importante hétérogénéité parmi les études. • Il n'y a pas d'insu, donc il se peut qu'il y ait un biais de constatation.


Autres types de douleur chronique aux membres supérieurs

Intervention	Résultats de recherche	Limites
Orthèses et attelles 	<ul style="list-style-type: none"> Le port d'une attelle réduirait la douleur et améliorerait l'état fonctionnel en cas d'arthrose avec atteinte à la base du pouce (rhizarthrose), au poignet ou aux doigts à long terme (de 13 à 52 semaines). Le port d'une attelle pendant quatre à six semaines pourrait réduire l'intensité de la douleur et améliorer l'état fonctionnel, l'amplitude de mouvement ainsi que la force des doigts et de la main en cas d'arthrose avec atteinte à la base du pouce (rhizarthrose) ou aux doigts ou encore d'épicondylite latérale ou de syndrome du canal carpien. Une injection d'acétate de méthylprednisolone pourrait être plus efficace que le port nocturne d'une attelle pour réduire l'intensité de la douleur et améliorer la dextérité chez les patients atteints de syndrome du canal carpien après quatre à six semaines de traitement. On en sait peu sur les événements indésirables potentiels; cependant, aucun événement grave n'a été signalé. 	<ul style="list-style-type: none"> Les données probantes sont de qualité limitée. Les études primaires sont assorties d'un fort risque de biais. En raison de la diversité dans les types d'attelles et la durée du suivi, il est difficile de tirer des conclusions sur la meilleure approche. Il existe peu de données sur les effets néfastes. On n'a aucune donnée probante comparant les attelles à la pharmacothérapie dans le soulagement de la douleur.


Prophylaxie de la migraine

Intervention	Résultats de recherche	Limites
Magnésium (oral) 	<ul style="list-style-type: none"> Il semble y avoir un effet bénéfique associé au traitement oral par le magnésium comparativement au placebo pour ce qui est de la prophylaxie de la migraine. Deux guides de pratique clinique recommandent le magnésium dans la prophylaxie de la migraine. 	<ul style="list-style-type: none"> Des données probantes limitées sont disponibles. Les doses varient.



Syndrome algique myofascial

Intervention	Résultats de recherche	Limites
Oxygène hyperbare 	<ul style="list-style-type: none"> D'après des données probantes limitées, l'oxygénothérapie hyperbare pendant deux semaines augmenterait le seuil de douleur et améliorerait la qualité de vie liée à la santé tout en diminuant l'incapacité des personnes atteintes du syndrome algique myofascial, trois mois après le traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> Les données probantes sont de qualité limitée (étude préliminaire). Le petit nombre de données pourrait s'expliquer par la disponibilité de l'oxygénothérapie hyperbare. Les patients savaient quel traitement ils recevaient. L'échantillon est de petite taille. Il n'y a pas d'études canadiennes. Il n'y a pas de témoin fiable ou de traitement simulé. La durée du suivi est courte. La signification clinique n'est pas claire. Aucune donnée probante sur le rapport coût/efficacité n'a été relevée.


Dysménorrhée primaire

Intervention	Résultats de recherche	Limites
Yoga 	<ul style="list-style-type: none"> • Selon les données probantes, le yoga réduirait l'intensité de la douleur et la souffrance psychologique (stress, colère, tension, anxiété, symptômes dépressifs, sautes d'humeur) et améliorerait le bien-être et la vitalité en général (activités courantes, socialisation, absentéisme) des patientes atteintes de dysménorrhée primaire comparativement à l'absence de traitement. • Aucun évènement indésirable n'a été signalé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les données probantes sont de qualité faible à élevée. • La possibilité de généraliser pourrait être une limite, les données probantes ne portant que sur des patientes ne recevant aucun autre traitement. • Aucune donnée probante sur le rapport cout/efficacité n'a été relevée.


Douleur pelvienne chronique

Intervention	Résultats de recherche	Limites
Toxine botulinique injectable 	<ul style="list-style-type: none"> • Les injections de toxine botulinique de type A semblent n'avoir aucun effet sur la douleur, le fonctionnement sexuel ou la qualité de vie par rapport au placebo chez les femmes atteintes de dysfonction sexuelle. • Chez les patients souffrant de douleur pelvienne myofasciale ou de vestibulodynie provoquée, on n'observe aucune différence significative entre les injections de toxine botulinique de type A et le placebo. • Les injections combinées à la physiothérapie ne réduisent pas significativement la douleur comparativement au placebo combiné à la physiothérapie chez les patients souffrant de douleurs pelvienne myofasciale. • La physiothérapie est plus efficace que les injections de toxine botulinique de type A chez les patientes atteintes de vaginisme pour réduire la douleur et améliorer la fonction sexuelle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas d'études canadiennes. • Les articles scientifiques portent sur des populations de patients limitées. • Les études n'ont pas toutes un groupe de comparaison pertinent. • Les critères d'évaluation ne semblent pas tenir compte de la satisfaction personnelle des patients. • Aucune donnée probante sur le rapport cout/efficacité n'a été relevée. • Aucune recommandation d'un guide de pratique clinique n'a été trouvée.
Yoga 	<ul style="list-style-type: none"> • Le yoga ajouté au traitement usuel par les analgésiques serait efficace dans la réduction de la douleur pelvienne chronique, alors que le traitement usuel par les analgésiques seuls ne l'est pas. 	<ul style="list-style-type: none"> • La qualité des données probantes est limitée. • Il n'y a pas de données probantes comparant le yoga seul à la pharmacothérapie. • Aucune donnée probante sur le rapport cout/efficacité n'a été relevée.


Fibromyalgie

Intervention	Résultats de recherche	Limites
Oxygène hyperbare 	<ul style="list-style-type: none"> Après deux mois, l'oxygène hyperbare pourrait hausser le seuil de douleur, la capacité fonctionnelle physique et la qualité de vie liée à la santé tout en diminuant les points douloureux et la détresse psychologique chez des femmes atteintes de fibromyalgie. Les événements indésirables associés à ce traitement sont rares et légers. Certains patients ont subi un barotraumatisme léger, qui s'est résorbé spontanément. 	<ul style="list-style-type: none"> Les données probantes sont de qualité limitée. Le petit nombre de données pourrait s'expliquer par la disponibilité de l'oxygénothérapie hyperbare. Les patients savaient quel traitement ils recevaient. Les échantillons sont de petite taille. La possibilité de généraliser les résultats est limitée, seules des femmes ayant été étudiées. Il n'y a pas d'études canadiennes. Il n'y a pas de témoin fiable ou de traitement simulé. La durée du suivi est courte. La signification clinique n'est pas claire. Aucune donnée probante sur le rapport coût/efficacité n'a été relevée..


Douleur chronique et lésion médullaire



Intervention	Résultats de recherche	Limites
Thérapie cognitivocomportementale (TCC) 	<ul style="list-style-type: none"> La TCC n'entraînerait pas de réduction significative de la douleur chez les patients aux prises avec des douleurs chroniques et des lésions médullaires comparativement à l'absence de traitement (patients sur une liste d'attente). 	<ul style="list-style-type: none"> Les études primaires ne portent pas seulement sur la TCC. La source de la douleur chronique n'est pas précisée.


Douleur aux pieds




Intervention	Résultats de recherche	Limites
Semelles orthopédiques faites sur mesure ou préfabriquées 	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats sont partagés sur la comparaison entre les semelles orthopédiques et l'absence d'intervention (groupe témoin) chez les patients atteints de douleur aux pieds causée par la polyarthrite rhumatoïde. Certaines études font état de diminutions statistiquement significatives de la douleur, tandis que d'autres n'indiquent aucune différence. Selon une étude, les semelles orthopédiques pourraient réduire la douleur aux pieds causée par le pied plat valgus souple comparativement à des semelles normales. 	<ul style="list-style-type: none"> Les données probantes sont en quantité limitée et de qualité variable ou incertaine. Les données sur les effets néfastes sont limitées. La signification clinique n'est pas toujours indiquée. Les échantillons sont de petite taille. Il existe de l'hétérogénéité entre les études (p. ex. matériaux, durées de suivi). Aucune étude comparant des semelles orthopédiques à un traitement pharmacologique sur le plan de l'efficacité clinique n'a été relevée.


Douleur chronique

Intervention	Résultats de recherche	Limites
Acupuncture 	<ul style="list-style-type: none"> • De façon générale, l'acupuncture pourrait être une intervention efficace pour diminuer la douleur chez les adultes vivant avec de la douleur chronique non cancéreuse, mais les résultats sont incohérents et varient souvent selon la population de patients étudiée et le type d'acupuncture. • Un nombre limité d'études portant sur la prostatite chronique et la douleur pelvienne ne font état d'aucune différence entre les groupes recevant l'acupuncture et les groupes de comparaison pour ce qui est des événements indésirables. • Il n'est pas possible de tirer des conclusions assurées sur le rapport coût/efficacité d'après les données probantes limitées issues d'une évaluation économique comparant l'électroacupuncture aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. • Six guides de pratique fondés sur des données probantes renferment des recommandations de force variable sur l'acupuncture dans le traitement de plusieurs affections caractérisées par de la douleur chronique (lombalgie chronique, différentes formes d'arthrite, autres troubles douloureux). • Deux guides n'offrent pas de recommandations à propos de l'acupuncture dans la prise en charge de la lombalgie chronique ou de la neuropathie d'origine médullaire en raison de l'insuffisance des données probantes. • Un guide se montre défavorable à l'égard de l'électroacupuncture dans le traitement de la cervicalgie en s'appuyant sur des données probantes illustrant son inefficacité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les données probantes sont de faible qualité et les études primaires comportent un important risque de biais. • La signification clinique n'est pas toujours claire. • Il n'y a pas de suivi à long terme. • On note une variabilité dans les études retenues (p. ex. types d'interventions et comparateurs). • Les critères d'évaluation à l'étude ne sont pas normalisés. • Les données sur les effets néfastes sont limitées.

Intervention	Résultats de recherche	Limites
<p>Pleine conscience (comparativement à l'absence de traitement)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Comparativement à l'absence d'intervention (patients sur une liste d'attente), l'entraînement à la pleine conscience pourrait améliorer l'acceptation de la douleur et les scores de dépression pour les patients affligés de douleurs chroniques; cependant, cette approche n'atténuerait pas de manière significative l'intensité de la douleur ou l'anxiété, ni n'améliore la qualité de vie comparativement à l'absence de traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> La qualité des données probantes n'est pas claire. La possibilité de généraliser pourrait être limitée, les données probantes relevées ne portant que sur des patients qui ne recevaient pas d'autre traitement contre la douleur. Il n'y a aucune donnée sur les effets néfastes. Aucune donnée probante sur le rapport cout/efficacité n'a été relevée.
<p>Pleine conscience (comparativement à la pharmacothérapie)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Dans l'ensemble, les données probantes sur l'entraînement à la pleine conscience (avec ou sans pharmacothérapie) comparativement à la pharmacothérapie seule dans le traitement de la douleur chronique bénigne sont partagées. Selon l'étude consultée, cette approche (avec ou sans pharmacothérapie) entraîne une amélioration des critères d'évaluation comparativement à la pharmacothérapie seule, ou n'entraîne aucune différence significative. Elle ne semble pas empirer significativement les critères d'évaluation relatifs à la douleur. Trois lignes directrices fondées sur des données probantes recommandent l'utilisation de la formation à la pleine conscience pour les patients adultes souffrant de douleur chronique. Ces recommandations sont fondées sur des données probantes de qualité variable. 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune donnée probante sur le rapport cout/efficacité n'a été relevée. Il faudra d'autres études sur l'efficacité clinique comparative de l'entraînement à la pleine conscience et des interventions pharmacologiques. Le type, la durée et la posologie de la pharmacothérapie ne sont pas précisés. La plupart des données probantes cliniques portent sur des patients atteints de céphalées chroniques.

Intervention	Résultats de recherche	Limites
<p>Cannabis médicinal</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Il pourrait y avoir des bienfaits quant à l'utilisation de médicaments à base de cannabis dans le traitement de la douleur neuropathique par rapport au placebo; cependant, les avantages doivent être évalués à la lumière des effets néfastes. • Les résultats sont incohérents concernant l'effet des médicaments à base de cannabis comparativement au placebo chez les patients atteints de fibromyalgie, de douleurs musculosquelettiques, de la maladie de Crohn et de la sclérose en plaques. • Selon quatre ensembles de lignes directrices, les médicaments à base de cannabis peuvent être considérés comme une option dans le traitement des douleurs neuropathiques, mais avec certaines mises en garde. • De même, selon un ensemble de lignes directrices, les médicaments à base de cannabis peuvent être considérés comme une option dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse, toujours avec certaines mises en garde. • Selon un ensemble de lignes directrices, les médicaments à base de cannabis peuvent être considérés comme une option dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses non neuropathiques, mais, là encore, avec certaines mises en garde. • Deux ensembles de lignes directrices déconseillent l'utilisation de médicaments à base de cannabis dans le traitement de la douleur associée à la fibromyalgie ou aux maux de dos. • Un ensemble de lignes directrices déconseille l'utilisation de médicaments à base de cannabis dans le traitement de la douleur associée aux maux de tête, à la polyarthrite rhumatoïde et à l'arthrose. • Selon un ensemble de lignes directrices, les médicaments à base de cannabis peuvent être offerts ou non pour la prise en charge de la douleur chez les patients atteints de sclérose en plaques, selon le type de médicament et l'état du patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les données probantes sont de qualité faible ou modérée. • Des études à long terme sont nécessaires. • Aucune comparaison avec d'autres interventions (p. ex. traitements pharmacologiques) n'a été repérée.

Intervention	Résultats de recherche	Limites
Yoga 	<ul style="list-style-type: none"> Sept lignes directrices recommandent le yoga dans le traitement de la douleur chronique (p. ex. lombalgie, cervicalgie, arthrose du genou). Les recommandations, qui varient de faibles à fortes, reposent sur des données probantes de qualité faible à élevée. 	<ul style="list-style-type: none"> Les recommandations sont vagues pour ce qui est de la durée, de la fréquence et du type de yoga.
Programmes de traitement multidisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> Les programmes de traitement multidisciplinaire sont associés à une atténuation de l'intensité de la douleur et pourraient procurer une amélioration de la qualité de vie et de la capacité fonctionnelle. Les programmes étudiés varient d'une étude à une autre. Il se pourrait donc que diverses combinaisons d'éléments puissent être efficaces dans le traitement de la douleur. Le rapport cout/efficacité des programmes multidisciplinaires est incertain. Une étude américaine conclut que ces programmes ne sont pas rentables chez les patients atteints de lombalgie. 	<ul style="list-style-type: none"> Il faudra d'autres études pour établir quels éléments et quelles combinaisons sont susceptibles d'offrir les meilleurs résultats. On trouve des renseignements limités sur plusieurs critères d'évaluation, notamment les effets indésirables. Il n'y a pas d'études canadiennes. Aucune recommandation d'un guide de pratique clinique n'a été trouvée.
Soins par étapes 	<ul style="list-style-type: none"> Les soins par paliers ou par étapes pourraient réduire la douleur et l'utilisation de services de santé ou de médicaments d'ordonnance, et pourraient améliorer des paramètres de santé mentale et réduire le délai de retour au travail pour les patients atteints de douleur chronique non cancéreuse comparativement aux soins usuels. Cependant, on note une disparité dans les résultats, de sorte que les constatations sont incertaines. Une analyse du Royaume-Uni évaluant le rapport cout/efficacité différentiel dans le contexte du traitement de la sciatique constate que l'approche par étapes est plus rentable que l'orientation directe vers la chirurgie sur une période de 12 mois; cette approche procure un bénéfice positif net pourvu que certaines limites de plafonnement soient appliquées. Un ensemble de lignes directrices fondées sur des données probantes est repéré (en lien avec le présent tableau); il décrit un algorithme de traitement de la lombalgie et de la sciatique. Cet ensemble formule également des recommandations, jugées faibles, sur l'évaluation et la stratification des risques. 	<ul style="list-style-type: none"> Les données probantes sont de faible qualité. L'évaluation économique est de qualité modérée. Les descriptions de l'intervention et des comparateurs ne sont pas toujours claires. On trouve des données limitées sur l'observance, la qualité de vie, les événements indésirables et les conséquences involontaires de l'intervention. La majeure partie des données probantes porte sur la lombalgie chronique, la sciatique ou d'autres problèmes associés à la douleur musculosquelettique. Il n'y a pas d'études canadiennes. L'ensemble de lignes directrices sur les adultes atteints de lombalgie et de sciatique ne contient pas de recommandations sur l'utilisation de soins par étapes ou par paliers.

Intervention	Résultats de recherche	Limites
<p>Nabilone</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • On ne connaît pas exactement le rôle du nabilone dans le soulagement de la douleur chronique chez les patients atteints de sclérose en plaques, de fibromyalgie ou de douleur musculosquelettique. • D'après des données probantes limitées, les cannabinoïdes seraient associés à plus d'événements indésirables que le placebo, quoique la majorité des événements rapportés ne soient pas graves. • Les lignes directrices retenues n'appuient dans l'ensemble pas l'utilisation des cannabinoïdes, notamment du nabilone, dans le traitement de la douleur chronique en raison d'un manque de données probantes. Un ensemble de lignes directrices formule une recommandation faible voulant que l'on envisage les cannabinoïdes comme médicament d'appoint dans le traitement de troisième intention de la douleur neuropathique ou dans le traitement palliatif de la douleur cancéreuse si les traitements en cours posent problème. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il faudra des études de longue durée et de grande qualité. • On note une hétérogénéité importante entre les études. • Il faudra des études de puissance suffisante portant sur d'autres situations cliniques. • Les études ne tiennent pas toutes compte de traitements simultanés.

Questions ou commentaires au sujet de l'ACMTS ou de cet outil?



En ligne :

acmts.ca



Courriel :

demandes@cadth.ca



Twitter :

[@ACMTS_CADTH](https://twitter.com/ACMTS_CADTH)



Bulletin Nouveauté à l'ACMTS :

acmts.ca/abonnez-vous

AVERTISSEMENT

Le présent document est diffusé à titre d'information exclusivement, et rien n'est dit ou garanti quant à son adéquation à une finalité déterminée; il ne saurait tenir lieu de l'avis ou de l'opinion en bonne et due forme d'un médecin ni du jugement professionnel qui intervient dans la prise de décisions. Toute utilisation de ce document se fait entièrement aux risques et périls de l'utilisateur. L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (« ACMTS ») n'offre aucune garantie quant à l'exactitude, à l'exhaustivité ou à l'actualité du contenu de ce document et elle ne saurait être tenue responsable des erreurs ou des omissions, des blessures, des pertes, des dommages ou des préjudices découlant de l'usage du présent document, du matériel de tiers contenu dans le document, ni des sources d'information de référence. Dans les limites et sous les conditions précisées ci-dessus, les opinions exprimées ici ne reflètent pas forcément celles de Santé Canada, des gouvernements provinciaux ou territoriaux, ou des autres bailleurs de fonds de l'ACMTS, ou de tout tiers fournisseur d'information. Le document est protégé par le droit d'auteur et d'autres droits de propriété intellectuelle; seule l'utilisation à des fins personnelles, privées et non commerciales est autorisée.

À propos de l'ACMTS

L'ACMTS est un organisme indépendant sans but lucratif dont le mandat est de fournir aux décideurs du système de santé canadien des preuves objectives leur permettant de prendre des décisions éclairées concernant l'usage optimal des médicaments, des dispositifs médicaux et des procédures cliniques au sein de notre système de santé.

L'ACMTS reçoit du financement des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, à l'exception du Québec.

Août 2020

ACMTS Preuves à l'appui.

acmts.ca