

# Lignes directrices simplifiées de PEER sur la douleur chronique

## Gestion de la douleur chronique lombaire, arthrosique et neuropathique en première ligne

Christina S. Korownyk MD CCFP Lori Montgomery MD CCFP FCFP  
 Jennifer Young MD CCFP(EM) FCFP Simon Moore MD CCFP  
 Alexander G. Singer MBBCh BAO CCFP Peter MacDougall PhD MD FRCPC  
 Sean Darling PhD Kira Ellis BScPT Jacqueline Myers BSP Candice Rochford NP  
 Marie-Christine Taillefer PhD G. Michael Allan MD CCFP Danielle Perry MSc RN  
 Samantha S. Moe ACPR PharmD Joey Ton PharmD Michael R. Kolber MD MSc CCFP  
 Jessica Kirkwood MD CCFP(AM) Betsy Thomas BScPharm Scott Garrison MD CCFP PhD  
 James P. McCormack PharmD Jamison Falk PharmD Nicolas Dugré PharmD MSc  
 Logan Sept Ricky D. Turgeon PharmD ACPR Allison Paige MD CCFP  
 Jen Potter MD CCFP Tony Nickonchuk BScPharm Anthony D. Train MBChB MSc CCFP  
 Justin Weresch MD CCFP Karenn Chan MD CCFP(COE) Adrienne J. Lindblad ACPR PharmD

### Résumé

**Objectif** Formuler des lignes directrices de pratique clinique pour soutenir la prise en charge de la douleur chronique, y compris la douleur lombaire, arthrosique et neuropathique, dans les soins primaires.

**Méthodes** Ces lignes directrices ont été élaborées en mettant l'accent sur les meilleures données probantes disponibles et sur les principes de décision partagée. Dix professionnels de la santé (4 omnipraticiens, 1 médecin de famille spécialisée en gestion de la douleur, 1 anesthésiste, 1 physiothérapeute, 1 pharmacienne, 1 infirmière praticienne et 1 psychologue), 1 représentant des patients, et 1 pharmacienne et spécialiste de la méthodologie des lignes directrices sans droit de vote composaient le comité des lignes directrices. Les membres ont été sélectionnés en fonction de leur profession, de leur milieu de pratique, et de l'absence d'un conflit d'intérêts de nature financière. Les lignes directrices sont le fruit d'un processus itératif incluant la détermination des questions clés, l'examen des données probantes et la formulation des recommandations des lignes directrices. Trois revues systématiques, totalisant 285 études avec répartition aléatoire et contrôlées ont été réalisées. Ces études n'étaient incluses que si elles avaient rapporté une analyse des répondants (p. ex. combien de patients ont obtenu un soulagement d'au moins 30% de la douleur). Le comité a confié à une équipe d'examen des données (composée de spécialistes des données probantes) la tâche de répondre à 11 autres questions complémentaires. Les principales recommandations découlent d'un consensus au sein du comité. Des cliniciens et des patients ont minutieusement examiné les lignes directrices et les outils de décision partagée avant leur publication.

**Recommandations** L'activité physique est recommandée comme fondement de la gestion de la douleur arthrosique et lombaire chronique; les données probantes étayant un bienfait ne sont pas concluantes dans le cas de la douleur neuropathique. La thérapie cognitivo-comportementale ou la réduction du stress basée sur la pleine conscience sont également suggérées comme des options pour gérer la douleur chronique. Les traitements pour lesquels le bienfait est clair, non concluant ou absent sont décrits sous chaque affection. Les traitements dont les préjudices surpassent probablement les bienfaits pour toutes les affections étudiées, ou la plupart d'entre elles, sont les opioïdes et les cannabinoïdes.

**Conclusion** Ces lignes directrices sur la gestion de la douleur chronique, y compris la douleur arthrosique, lombaire et neuropathique, met en lumière les meilleures données probantes disponibles, y compris les bienfaits et préjudices pour un certain nombre d'interventions thérapeutiques. Une forte recommandation en faveur de l'exercice comme principal traitement de la douleur arthrosique et lombaire chronique repose sur des données probantes ayant démontré un bienfait depuis longtemps. Cette information vise à contribuer au processus de décision partagée avec le patient et non à le dicter.

### Points de repère du rédacteur

► La douleur chronique est l'une des affections les plus complexes et difficiles à traiter. Ces lignes directrices ont été formulées dans le but d'aider les cliniciens et les patients à gérer la douleur chronique lombaire, arthrosique et neuropathique. Les meilleures données probantes disponibles relatives aux interventions thérapeutiques traditionnelles courantes ont été évaluées, en mettant l'accent sur les principes de la décision partagée. Les interventions accessibles à la plupart des omnipraticiens en milieu urbain et rural ont reçu la priorité.

► L'activité physique est recommandée comme l'intervention la plus efficace pour la gestion de la douleur arthrosique et lombaire chronique. La thérapie cognitivo-comportementale ou la réduction du stress basée sur la pleine conscience ont également été suggérées comme options pour traiter ces affections, de même que pour la douleur neuropathique. D'autres traitements appuyés par des données probantes étayant un bienfait sont mentionnés pour chaque affection. Il est possible de discuter avec les patients d'autres traitements aux bienfaits incertains ou absents seulement après avoir envisagé les traitements au bienfait avéré. Les préjudices causés par les opioïdes et les cannabinoïdes surpassent probablement les bienfaits, et on suggère de les éviter chez la plupart des patients et pour la plupart des affections.

► Sont également inclus un résumé bilingue de 2 pages et un document en anglais à remettre aux patients, qui simplifient les recommandations et aident le fournisseur de soins et le patient à prendre des décisions partagées et éclairées.

La douleur chronique est l'une des affections les plus complexes et difficiles à traiter. Le Groupe de travail canadien sur la douleur estime que la douleur chronique affecte 7,6 millions de Canadiens (1 personne sur 5)<sup>1</sup>. En 2019, les coûts totaux directs et indirects liés à la douleur se situaient à entre 38,2 et 40,3 milliards de dollars<sup>1</sup>. Malgré cela, même les meilleurs traitements contre la douleur chronique offrent, au mieux, un soulagement limité dans la plupart des cas. Les messages sur la gestion de la douleur se contredisent et sont fréquemment extrapolés de la douleur aiguë et des soins palliatifs<sup>2</sup>. Il fut un temps où les opioïdes étaient grandement favorisés pour la gestion de la douleur chronique, mais les bienfaits promis ne se sont pas matérialisés. De plus, on a observé une hausse de l'usage abusif des opioïdes sur ordonnance, des surdoses et des décès<sup>2</sup>. Malgré la prévalence de la douleur chronique et la recherche de traitements efficaces, l'approche optimale en première ligne reste insaisissable.

Des groupes de travail ont été formés pour trouver une solution au problème croissant de la douleur chronique<sup>1,3</sup>. L'absence d'une panacée se reflète dans les recommandations d'un traitement individualisé et de l'autogestion de la douleur<sup>4</sup>. Les décisions reposent sur de nombreux facteurs, dont l'expérience du patient avec différents traitements, l'acceptabilité des effets indésirables, l'accessibilité, le coût et le remboursement. L'autogestion nécessite des outils éducatifs fondés sur des données probantes pour aider les patients à prendre des décisions éclairées.

Ces lignes directrices se concentrent sur les données probantes de la meilleure qualité en matière d'interventions thérapeutiques traditionnelles courantes contre la douleur lombaire, arthrosique et neuropathique. Les interventions accessibles à la plupart des médecins en soins primaires des milieux urbain et rural ont reçu la priorité.

## — Méthodes —

### Membres et rôles du comité

Comme ce fut le cas pour les lignes directrices de PEER précédentes<sup>5,6</sup> nous avons suivi les principes de *Clinical Practice Guidelines We Can Trust* de l'*Institute of Medicine*, du *Guidelines International Network* et de la méthodologie GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*)<sup>7-9</sup>.

Le comité des lignes directrices comptait 10 professionnels de la santé (4 omnipraticiens [C.S.K., S.M., J.Y., A.G.S.], 1 médecin de famille spécialisée dans la gestion de la douleur [L.M.], 1 anesthésiste [P.M.], 1 physiothérapeute [K.E.], 1 pharmacienne [J.M.], 1 infirmière praticienne [C.R.] et 1 psychologue [M.C.T.]), 1 représentant des patients, et 1 pharmacienne et spécialiste de la méthodologie des lignes directrices sans droit de vote (A.J.L.). Les membres ont été sélectionnés en fonction de leur profession, de leur

expertise, de leur milieu de pratique, et de l'absence d'un conflit d'intérêts de nature financière. L'équipe des données était composée de spécialistes des données probantes et de la méthodologie. Deux membres ont fait partie de deux équipes: la présidente du comité des lignes directrices (C.S.K.) et la spécialiste de la méthodologie des lignes directrices (A.J.L.). L'équipe des données (G.M.A., S.S.M., J.P., S.G., B.T., A.J.L., M.R.K., A.P., J.K., A.D.T., J.T., R.D.T., T.N., D.P., J.W., J.F., N.D., L.S., K.C., J.P.M., C.S.K.) a réalisé les revues systématiques et l'examen rapide des données probantes pour que le comité des lignes directrices puisse formuler des recommandations. Aucun membre du comité des lignes directrices et de l'équipe des données n'a déclaré un conflit d'intérêts de nature financière. (La divulgation complète des intérêts concurrents apparaît à l'**Annexe 1**, disponible sur **CFPlus\***.)

### Examen des données

Entre les mois de mars 2020 et mai 2021, l'équipe des données a réalisé 3 revues systématiques totalisant 285 études avec répartition aléatoire et contrôlées<sup>10-12</sup>. Ces revues se sont concentrées sur les traitements de la douleur chronique (définie comme une douleur qui persiste depuis au moins 12 semaines, qui est conforme à la définition actuelle de la douleur chronique dans la CIM-11)<sup>13</sup>. Les affections étaient celles qui sont observées fréquemment en première ligne, soit la douleur arthrosique, lombaire (y compris la névralgie sciatique et autres douleurs radiculaires) et neuropathique. Les méthodes ont déjà été préalablement publiées<sup>10-12</sup>; toutefois, en résumé, chaque revue systématique incluait des études avec répartition aléatoire et contrôlées ayant comparé une intervention à un placebo ou à un groupe témoin, et avait rapporté une analyse des répondants en matière de douleur chronique<sup>14</sup>. L'analyse des répondants pouvait inclure, par exemple, la proportion de patients ayant obtenu un soulagement d'au moins 30% de la douleur. Les paramètres d'évaluation de l'innocuité ont été examinés dans la mesure du possible pour fournir de l'information sur les effets indésirables liés à chaque intervention. Chaque revue systématique comptait des interventions dépourvues d'une analyse des répondants (arthrose: injections de plasma riche en plaquettes, rubéfiants, counseling, cannabinoïdes, antidépresseurs tricycliques [ATC]; lombalgie: acétaminophène, cannabinoïdes, relaxants musculaires, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, ATC, anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS], anticonvulsivants; douleur neuropathique: exercice, lidocaïne).

---

\*La déclaration complète des intérêts concurrents, les détails de l'examen rapide, le document à remettre aux patients, les commentaires de la revue par les pairs, les détails des interventions et des doses étudiées, et l'examen supplémentaire des données probantes sont accessibles en anglais, et le résumé de 2 pages est accessible en anglais et en français à <https://www.cfp.ca>. Allez au texte intégral de l'article en ligne et cliquez sur l'onglet **CFPlus**.

Par l'entremise d'un processus itératif, le comité a relevé et priorisé 11 questions supplémentaires, dont quelques-unes incluaient des interventions pour lesquelles les revues systématiques avaient conclu à l'absence d'analyse des répondants. Ces questions entendaient compléter l'information fournie dans les revues systématiques, et on y a répondu durant le processus d'examen rapide. Comme dans le cas des revues systématiques, la qualité des données probantes des examens rapides a été évaluée à l'aide de la méthodologie GRADE. Les questions étaient les suivantes:

- Dans les soins primaires, les interventions effectuées durant la période de douleur aiguë peuvent-elles prévenir la progression vers la douleur chronique?
- L'exercice est-il efficace pour soulager la douleur neuropathique chronique?
- Comment encourager les personnes qui souffrent de douleur chronique, y compris de douleur lombaire et arthrosique, à intensifier leur activité physique?
- Quel est le type d'exercice le plus efficace contre la douleur chronique?
- Existe-t-il des stratégies psychologiques efficaces de gestion de la douleur chronique?
- Les cannabinoïdes sont-ils efficaces pour traiter la douleur chronique non cancéreuse (douleur arthrosique, lombaire, neuropathique)?
- Les ATC sont-ils efficaces pour le traitement de la douleur arthrosique et lombaire chronique?
- Est-ce que les pharmacothérapies d'association réduisent davantage la douleur que la monothérapie chez les patients qui souffrent de douleur chronique?
- Les ATC topiques, les nitrates, la kétamine, les relaxants musculaires ou les associations de ces produits sont-ils efficaces contre la douleur chronique?
- Chez les patients souffrant de douleur chronique sous traitement prolongé par opioïdes, la douleur ou le fonctionnement s'améliorent-ils lorsque les patients sont sevrés des opioïdes ou que la dose est réduite?
- La perte pondérale par un régime réduit-elle la douleur arthrosique du genou chez les adultes en surpoids ou obèses?

L'**Annexe I\*** présente les détails des examens rapides, y compris la méthodologie et les résultats.

### Processus des lignes directrices

Les lignes directrices sont le fruit d'un processus itératif pour la détermination des questions clés, l'examen des données probantes et la formulation des recommandations des lignes directrices. Le comité des lignes directrices a émis des recommandations relatives au traitement à l'aide de la méthodologie GRADE, en s'appuyant sur l'information fournie par l'équipe des données<sup>15</sup>. Les recommandations étaient formulées en tenant compte de l'efficacité et de l'innocuité du traitement, de la qualité des données, du coût, des valeurs et des préférences du patient, de l'équité, de la

faisabilité et de l'acceptabilité. Compte tenu de la nature chronique de la douleur, et des grandes différences dans les valeurs et les préférences des patients en matière de traitement, toutes les recommandations ont été formulées en gardant à l'esprit la décision partagée. Comme le souligne GRADE, les fortes recommandations commençaient par les mots «nous recommandons», alors que les recommandations faibles commençaient par les mots «nous suggérons».

En l'absence de données probantes, le comité a envisagé de créer des points de pratique; chaque membre a soumis des points de pratique selon son expérience clinique. On a également demandé aux cliniciens expérimentés en gestion de la douleur chronique de soumettre des recommandations. La version finale des points de pratique est issue d'un vote itératif.

Un résumé bilingue de 2 pages (**Figure 1\***) et un document en anglais à remettre aux patients (**Annexe 2\***) (tous deux dans **CFPlus\***) ont été créés dans le but de simplifier les recommandations et d'aider le professionnel de la santé et le patient à prendre des décisions partagées.

Les cliniciens et les patients ont minutieusement examiné les lignes directrices et les outils de décision partagée avant leur publication. Ces commentaires et la façon dont les auteurs en ont tenu compte apparaissent à l'**Annexe 3\***.

## — Recommandations —

L'**Encadré 1** résume toutes les recommandations<sup>6</sup>. Les énoncés des recommandations apparaissent ci-dessous, suivis des données probantes à l'appui. Les données probantes concernant les préjudices sont rapportées dans le résumé de 2 pages (**Figure 1\***). Un résumé de la qualité des données pour toutes les recommandations apparaît au **Tableau 1**<sup>10-12</sup>. À l'**Annexe 1\*** figurent les détails complets, y compris les données sur les interventions précises et la posologie étudiées.

Il n'y a pas de séquence ni de hiérarchie pour les options thérapeutiques. Les interventions pour lesquelles les bienfaits surpassent probablement les préjudices reçoivent en général une plus grande priorité. L'absence de réponse à un traitement ne signifie pas nécessairement que le patient doit passer à la prochaine catégorie. Il est suggéré que ces recommandations soient jumelées à des ressources et à des programmes offerts dans la localité.

Les lignes directrices sont axées sur la décision partagée. Des revues systématiques antérieures donnent à croire que les aides décisionnelles augmentent les connaissances des patients, leur perception du risque, et l'équivalence entre leurs valeurs et leurs choix en matière de soins<sup>16</sup>.

### Activité physique

**Recommandations.** Nous recommandons de discuter de l'activité physique comme fondement de la gestion de la douleur arthrosique et lombaire chronique.

- Nous recommandons tous les types d'activité physique, selon la préférence du patient, puisqu'ils sont tous d'une efficacité comparable.
- Nous suggérons que l'objectif de l'activité physique soit la gestion de la douleur, indépendamment de la perte pondérale.
- Pour les patients qui demandent de l'aide pour intensifier leur activité physique, nous recommandons les moniteurs d'activité portables, jumelés à une ordonnance d'exercice.

Il n'y a pas de recommandation relative à l'activité physique contre la douleur neuropathique, puisque les données probantes étayant un bienfait sont non concluantes.

Les revues systématiques portant sur la douleur arthrosique chronique<sup>10</sup> et la lombalgie<sup>11</sup> ont révélé que l'exercice était l'intervention la plus efficace pour soulager la douleur de façon pertinente (p. ex. réduction d'environ 30% de la douleur). Dans le cas de l'arthrose, une méta-analyse de 11 études avec répartition aléatoire et contrôlées totalisant 1367 patients a révélé que plus de patients que de témoins ont eu un soulagement pertinent de la douleur avec l'exercice (rapport de risque [RR]=2,36; IC à 95%: 1,79 à 3,12). Les programmes d'exercices guidés en physiothérapie étaient le type d'exercice le plus fréquent. Dans le cas de la lombalgie, une méta-analyse de 18 études avec répartition aléatoire et contrôlées totalisant 2561 patients a révélé que plus de patients que de témoins ont eu un soulagement pertinent de la douleur avec l'exercice (RR=1,71; IC à 95%: 1,37 à 2,15). Les types d'exercice les plus fréquents étaient les programmes d'exercices guidés en physiothérapie, mais aussi le yoga, le Pilates, le tai-chi et la marche nordique. Le bienfait lié à l'exercice a persisté au-delà de 12 semaines dans le cas de la douleur arthrosique et lombaire. Des effets indésirables ont été rapportés de façon irrégulière. Les abandons dus aux effets indésirables n'étaient pas plus nombreux par rapport aux témoins.

Aucune étude portant sur l'exercice contre la douleur neuropathique chronique n'a satisfait aux critères d'inclusion de la revue systématique<sup>12</sup>. L'examen supplémentaire des données (**Annexe 1\***) a conclu que, dans les cas de douleur neuropathique chronique, l'exercice procure une faible réduction potentielle des scores de douleur et une amélioration irrégulière des mesures de qualité de vie, mais les différences étaient en général non statistiquement significatives, et la signification clinique était limite.

**Types d'activité.** L'examen supplémentaire des données a relevé des données probantes de qualité faible à modérée, selon lesquelles il y a peu de différence entre les divers types d'exercice pour soulager la douleur et améliorer l'état fonctionnel dans les cas de douleur arthrosique et lombaire chronique (**Annexe 1\***). Par rapport aux bienfaits offerts par d'autres exercices, le

fait de se concentrer sur le contrôle moteur et la stabilisation du tronc apporterait un faible bienfait contre la douleur lombaire chronique et pour l'état fonctionnel (p. ex. bienfait additionnel de <8 points sur une échelle de 0 à 100 points). Les exercices de renforcement, le yoga et les exercices aérobiques sont tous d'une efficacité comparable contre l'arthrose.

**Motiver les patients à être physiquement actifs.** Trois revues systématiques et 2 autres études avec répartition aléatoire et contrôlées se sont penchées sur ce sujet (**Annexe 1\***). Lorsqu'ils sont ajoutés au counseling et à l'éducation, les moniteurs d'activité portables augmentent l'activité physique en augmentant le nombre de pas (d'environ 1500 pas) et le temps d'exercice modéré à vigoureux (d'environ 16 min/jour). Beaucoup de ces études incluaient l'établissement d'un objectif avec ou sans counseling ajouté. Il a été démontré que le niveau d'activité augmente chez les patients qui reçoivent un programme d'exercice écrit, graduel et visant un objectif. Les ordonnances d'activité physique, jumelées à des objectifs fixés par le patient et à un suivi, peuvent accroître le niveau d'activité physique de quelque 1200 pas par jour après environ un an chez tous les patients. Par rapport aux conseils généraux seulement, 1 personne de plus devient active pour chaque 10 ordonnances d'activité physique.

### Interventions psychologiques

**Recommandation.** Nous suggérons de discuter des options de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou de réduction du stress basée sur la pleine conscience pour gérer la douleur chronique, lorsque l'accès aux services le permet.

Cinq études avec répartition aléatoire et contrôlées ont porté sur l'efficacité des stratégies psychologiques pour le traitement de la douleur chronique (**Annexe 1\***). La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la réduction du stress basée sur la pleine conscience procurent une réduction cliniquement importante de la douleur chez les patients souffrant de lombalgie chronique (environ 30 à 60% aux semaines 18 à 52) et de douleur neuropathique (environ 60% à la semaine 12) comparativement aux témoins (environ 20 à 30%). Pour ce qui est de la douleur arthrosique, une petite étude a pointé vers la formation en ligne sur les aptitudes d'adaptation (basée sur les principes de la TCC) pour soulager la douleur de 26% à court terme (8 semaines), contre 9% chez les témoins (**Annexe 1\***).

### Arthrose

**Recommandations.** Outre l'activité physique, nous recommandons d'avoir recours à la décision partagée (à l'aide d'aides décisionnelles) lors du choix des options thérapeutiques chez les patients souffrant d'arthrose chronique.

- Nous recommandons d'envisager et de discuter des

traitements pour lesquels des données probantes étaient un bienfait comme premières options: corticostéroïdes intra-articulaires, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline (IRSN), AINS oraux, AINS topiques.

- Nous suggérons de discuter avec les patients des traitements ci-dessous, pour lesquels les données probantes n'étaient aucun bienfait ou ne sont pas concluantes, après avoir envisagé les interventions étayées par des données probantes ou ayant un bienfait net.

-Non concluant: glucosamine, chondroïtine ou viscosupplémentation.

-Pas de bienfait: acétaminophène.

- Nous suggérons d'éviter les traitements pour lesquels les préjudices surpassent probablement les bienfaits chez la plupart des patients: opioïdes, cannabinoïdes.

Outre l'exercice, il y a 4 interventions étayées par des données probantes uniformes sur l'efficacité dans les cas d'arthrose comparativement aux témoins (données tirées de 6 à 43 études avec répartition aléatoire et contrôlées totalisant de 706 à 28699 patients)<sup>10</sup>. Ce sont les injections intra-articulaires de corticostéroïdes (RR=1,74; IC à 95%: 1,15 à 2,62), les IRSN (RR=1,53; IC à 95%: 1,25 à 1,87), les AINS oraux (RR=1,44; IC à 95%: 1,36 à 1,52) et les AINS topiques (RR=1,27; IC à 95%: 1,16 à 1,38). Les études avec répartition aléatoire et contrôlées ayant évalué les AINS topiques ont porté principalement sur des patients souffrant d'arthrose des mains et des genoux.

L'efficacité des autres interventions est moins évidente. Bien que la glucosamine, la chondroïtine et la viscosupplémentation aient toutes montré un bienfait dans l'analyse d'ensemble, leur efficacité ne différerait pas de celle du placebo dans les études financées par les fonds publics, ce qui soulève des questions sur l'ampleur réelle de l'effet (le cas échéant).

Des données probantes de faible qualité (2 études avec répartition aléatoire et contrôlées) laissent croire que l'acétaminophène ne serait pas plus efficace qu'un placebo. Les abandons causés par des effets indésirables n'étaient également pas plus fréquents que sous le placebo. Après avoir pesé les risques et les bienfaits, et en admettant la réponse individuelle, le comité a déterminé qu'un essai par l'acétaminophène serait une option raisonnable chez les patients qui présentent des contre-indications à d'autres médicaments, qui ont des restrictions financières ou une préférence personnelle pour l'acétaminophène par rapport aux autres interventions dont le bienfait est étayé par des données probantes.

Les opioïdes et les cannabinoïdes sont les interventions pour lesquelles les préjudices surpassent probablement les bienfaits. Les opioïdes ont montré l'effet absolu le plus faible par rapport aux témoins (RR=1,16; IC à 95%: 1,02 à 1,32). De plus, l'analyse de sous-groupes basée

sur la durée du traitement n'a pas montré un nombre de répondants significativement plus élevé, sur le plan statistique, que le placebo au-delà de 4 semaines, ce qui donne à croire que le bienfait à court terme ne persiste pas. Les opioïdes ont également montré le risque le plus élevé d'effets indésirables, y compris un nombre nécessaire pour nuire (NNN) de 8 à 10 pour les abandons en raison d'effets indésirables. Aucune étude incluse n'a évalué les effets indésirables à long terme, y compris le mauvais usage d'opioïdes, le trouble de consommation d'opioïdes et la surdose. Ces données corroborent celles d'autres revues<sup>17</sup> et celles de l'*International guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis* de l'*Osteoarthritis Research Society*, ce qui donne lieu à une forte recommandation contre les opioïdes dans les cas d'arthrose<sup>18</sup>.

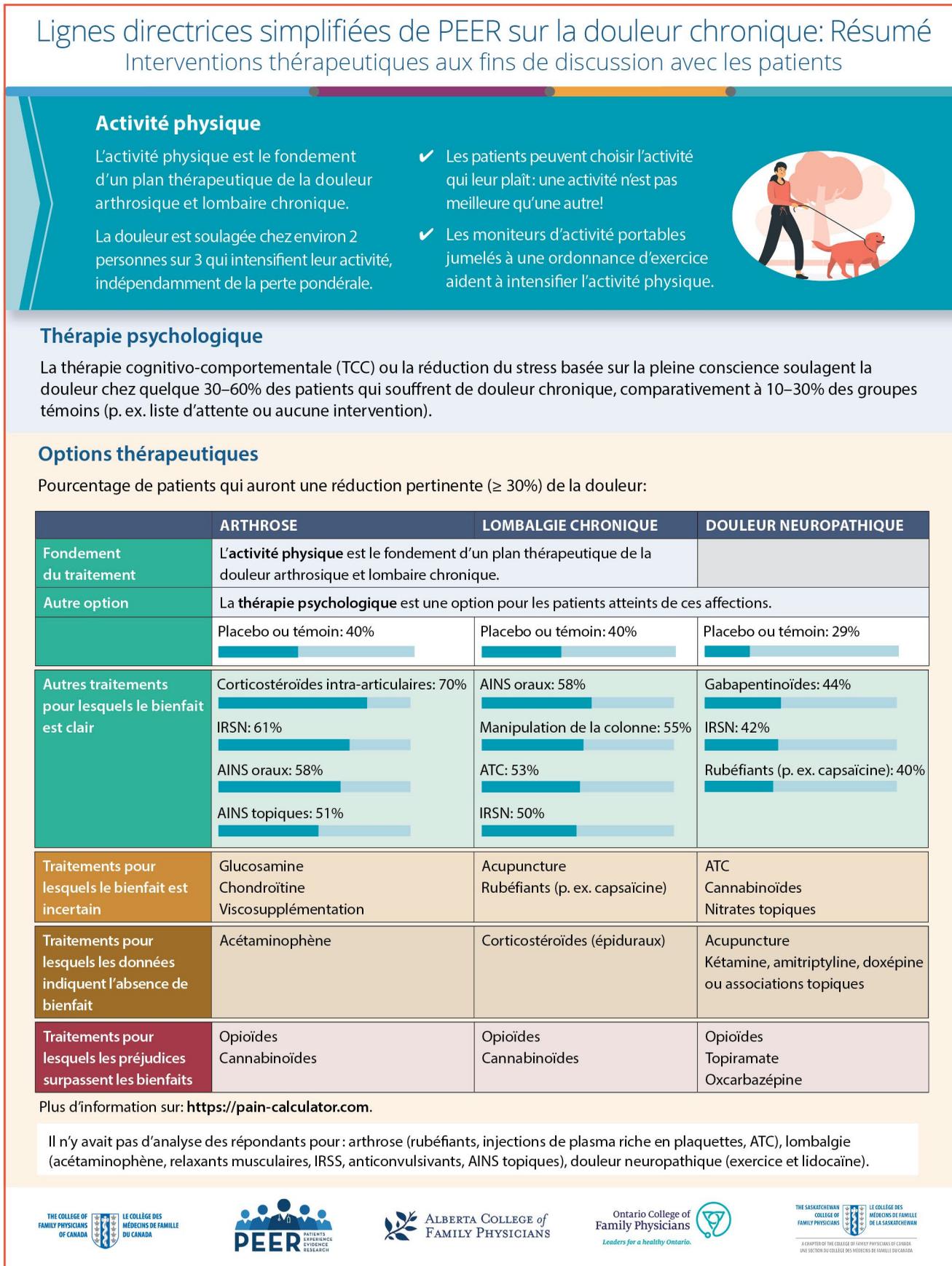
Notre revue systématique précédente<sup>10</sup> n'a pas relevé d'études avec répartition aléatoire et contrôlées portant sur les cannabinoïdes contre la douleur arthrosique ayant rapporté une analyse des répondants. Vu la prévalence de l'usage de cannabinoïdes et les demandes concernant leurs bienfaits en première ligne, le comité a demandé à l'équipe des données d'examiner les données actuelles sur les cannabinoïdes. L'équipe des données a relevé 1 étude avec répartition aléatoire et contrôlée portant sur les cannabinoïdes contre la douleur arthrosique, qui n'a montré aucun bienfait par rapport au placebo sur les paramètres d'évaluation de la douleur. L'examen des données sur les cannabinoïdes a également montré un taux élevé d'effets indésirables associés aux cannabinoïdes, ce qui corroborait les lignes directrices antérieures, y compris les étourdissements (NNN=5), les perturbations cognitives (NNN=4 à 7), la sédation (NNN=5), la dysphorie (NNN=8) et la confusion (NNN=15)<sup>5</sup>. En s'appuyant sur ces données, le comité a laissé entendre que chez la plupart des patients, les préjudices des cannabinoïdes dépassent probablement les bienfaits contre l'arthrose. Cette recommandation diffère de celle émise par de récentes lignes directrices cliniques rapides qui émettaient une faible recommandation en faveur des cannabinoïdes contre toute douleur chronique<sup>19</sup>. La revue systématique sur laquelle s'appuyaient ces lignes directrices ne comptait qu'une seule étude avec répartition aléatoire et contrôlée incluant des patients arthrosiques, qui n'avait relevé aucune donnée probante étayant un bienfait pour la douleur<sup>20</sup>.

## Lombalgie

**Recommandations.** Outre l'activité physique, nous recommandons d'avoir recours à la décision partagée (à l'aide d'aides décisionnelles) lors du choix des options thérapeutiques chez les patients souffrant de lombalgie chronique.

- Nous recommandons d'envisager et de discuter d'abord des traitements appuyés par des données probantes étayant un bienfait: AINS oraux, IRSN, manipulation de la colonne, ATC.

**Figure 1. Lignes directrices simplifiées de PEER sur la douleur chronique: Résumé. Interventions thérapeutiques aux fins de discussion avec les patients**



Suite de la Figure 1 à la page e69

## Lignes directrices simplifiées de PEER sur la douleur chronique: Résumé

### Principaux effets indésirables

TRAITEMENTS	POURCENTAGE D'ABANDONS DUS AUX EFFETS INDÉSIRABLES	PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES DONT IL FAUT PARLER AVEC LE PATIENT	PRIX <sup>1</sup> (3 MOIS)
Placebo	~5% (2-9%)	--	--
Acétaminophène	<b>Non statistiquement plus mauvais que le placebo ou les témoins</b>	Dommages hépatiques liés à la surdose	25-50\$
Acupuncture		Non rapporté	150-300+\$
Chondroïtine ou glucosamine		Aucun rapporté comme étant supérieur au placebo	<50\$
Corticostéroïdes (injections intra-articulaires ou autres)		Infection (une sur ~50,000) <sup>2</sup> ; céphalée post-ponction durale avec l'injection spinale	25-50\$
Activité physique		Douleur musculaire légère	0-500+\$
AINS (topique)		<b>6%</b>	Réaction au point d'application
Rubéfiants (p. ex. capsaïcine)	<b>6%</b>	Brûlures localisées, rougeur de la peau	50-75\$
Cannabinoïdes	<b>10%</b>	Étourdissements, nausée, somnolence, confusion	150-300+\$
Gabapentinoïdes	<b>12%</b>	Étourdissements, œdème périphérique, gain pondéral	<50-150\$
IRSN	<b>12%</b>	Étourdissements, sédation, troubles d'estomac, perte pondérale	<50-300\$
ATC	<b>16%</b>	Sécheresse buccale, étourdissements, somnolence	25-150\$
Opioides	<b>27%</b>	Sédation, étourdissements, constipation, prurit, vomissements, nausée, dépendance, surdose	75-300\$
AINS (oral)	<b>Non rapporté</b>	Troubles d'estomac, saignements gastro-intestinaux, hausse de la tension artérielle, aggravation des troubles rénaux, insuffisance cardiaque (nouvelle ou aggravée); augmentation du risque d'infarctus du myocarde avec certains AINS	50-100\$
Thérapie psychologique		Non rapporté	Variable
Manipulation de la colonne		Des rapports de cas ont associé la manipulation de la nuque avec des AVC <sup>3</sup>	150-300+\$
Agents topiques (nitrate, amitriptyline, kétamine, doxépine)		Réactions locales; Nitrate : céphalée, palpitations possibles	Nitrate: <25\$; Others: 175-300+\$
Viscosupplémentation		Réactions au point d'injection	150-300+\$

**Références:** 1) Prix des médicaments d'ordonnance tirés de <https://pricingdoc.acfp.ca> et <https://www.mckesson.ca>. 2) Jones T, Kelsberg G, Safranek S. *Am Fam Physician*. 2014; 90: 115-6. 3) Nielsen SM, Tarp S, Christensen R, Bliddal H, Klokke L, Hernriksen M. *Syst Rev* 2017; 6(1): 64. Illustrations par Storyset: <https://storyset.com/>

### Points de pratique



- Ordonnance d'activité physique accessible sur RxFiles (<https://bit.ly/ExerciseRxFiles>)
- Il est raisonnable d'ajouter un deuxième médicament lorsque le premier agent procure un bienfait partiel
- Les objectifs du traitement doivent être déterminés par les patients, être réalistes et viser des résultats fonctionnels
- Instaurer, augmenter et réduire progressivement la dose ou arrêter 1 médicament à la fois afin de surveiller précisément la réponse ou les effets indésirables

AINS = anti-inflammatoires non stéroïdiens; IRSN = inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline; ATC = antidépresseurs tricycliques

### Encadré 1. Résumé des recommandations pour la gestion de la douleur chronique (douleur lombaire, arthrose et douleur neuropathique) en première ligne

Nous **recommandons fortement** de discuter de l'activité physique comme fondement de la gestion de la **douleur arthrosique et lombaire chronique**.

- Nous **recommandons** tous les types d'activité physique, selon la préférence du patient, puisqu'ils sont tous d'une efficacité comparable.
- Nous **suggérons** que l'objectif de l'activité physique soit la gestion de la douleur, indépendamment de la perte pondérale.
- Chez les patients qui demandent de l'aide pour augmenter leur activité physique, nous **recommandons** les moniteurs d'activité portables, jumelés à une ordonnance d'exercice.

Nous **suggérons** d'offrir la TCC ou la réduction du stress basée sur la pleine conscience pour gérer la douleur chronique, lorsque l'accès aux services le permet.

Outre l'activité physique, nous **recommandons** d'avoir recours à la décision partagée (à l'aide d'aides décisionnelles) lors du choix des options thérapeutiques chez les patients souffrant de douleur **arthrosique, lombaire** ou **neuropathique** chronique.

- Nous **recommandons** d'envisager et de discuter des traitements dotés de données probantes étayant un bienfait comme premières options.
  - Arthrose: corticostéroïdes intra-articulaires, IRSN, AINS oraux, AINS topiques
  - Lombalgie chronique: AINS oraux, IRSN, manipulation de la colonne, ATC
  - Douleur neuropathique: gabapentinoïdes, IRSN, rubéfiants
- Nous **suggérons** de discuter avec les patients des traitements ci-dessous, pour lesquels les données probantes n'étaient aucun bienfait ou ne sont pas concluantes, seulement après avoir envisagé les interventions étayées par des données probantes ou ayant un bienfait net.
  - Arthrose
    - Non concluant: glucosamine, chondroïtine ou viscosupplémentation
    - Pas de bienfait: acétaminophène
  - Lombalgie chronique
    - Non concluant: acupuncture, rubéfiants
    - Pas de bienfait: injections de corticostéroïdes
  - Douleur neuropathique
    - Non concluant: ATC, cannabinoïdes, vaporisateur de nitrate topique sur la région touchée
    - Pas de bienfait: acupuncture, kétamine topique, amitriptyline topique, doxépine topique, associations topiques
- Nous **suggérons** d'éviter les traitements dont les préjudices surpassent probablement les bienfaits chez la plupart des patients.
  - Arthrose: opioïdes, cannabinoïdes
  - Lombalgie chronique: opioïdes, cannabinoïdes
  - Douleur neuropathique: opioïdes, topiramate, oxcarbazépine

Nous **suggérons** de discuter avec le patient de l'ajout d'un autre médicament si le médicament initial n'a été que partiellement bénéfique.

Chez les patients souffrant de douleur chronique qui n'ont pas de trouble de consommation d'opioïdes et qui souhaitent être sevrés de leur traitement prolongé par opioïdes, nous **suggérons** de discuter de la réduction graduelle de la dose, appuyée par la TCC dans la mesure du possible. Les données pointent vers des préjudices possibles chez les patients qui ne souhaitent pas réduire ou arrêter les opioïdes. Si le trouble de consommation d'opioïdes est soupçonné, consultez les lignes directrices simplifiées du groupe PEER sur la prise en charge du trouble de consommation d'opioïdes<sup>6</sup>.

AINS—anti-inflammatoire non stéroïdien, ATC—antidépresseur tricyclique, IRSN—inhibiteur de la recapture de la sérotonine-noradrénaline, TCC—thérapie cognitivo-comportementale

- Nous suggérons de discuter avec les patients des traitements ci-dessous, pour lesquels les données probantes n'étaient aucun bienfait ou ne sont pas concluantes seulement après avoir envisagé les interventions étayées par des données probantes ou ayant un bienfait net.
  - Non concluant: acupuncture, rubéfiants.
  - Pas de bienfait: injections de corticostéroïdes (injections épidurales).
- Nous suggérons d'éviter les traitements pour lesquels les préjudices surpassent probablement les bienfaits chez la plupart des patients: opioïdes, cannabinoïdes.
 

Outre l'exercice, 4 traitements sont étayés par des données probantes uniformes sur l'efficacité

par rapport au groupe témoin<sup>11</sup>. Ce sont les manipulations de la colonne (RR=1,54; IC à 95%: 1,11 à 2,12), les AINS oraux (RR=1,44; IC à 95%: 1,17 à 1,78), les IRSN (duloxétine) (RR=1,25; IC à 95%: 1,13 à 1,38) et les ATC. Les 3 premiers ont été identifiés dans la revue systématique originale (données probantes de 4 ou 5 études avec répartition aléatoire et contrôlées, totalisant de 686 à 1637 patients)<sup>11</sup>. Aucune étude incluse dans la revue systématique n'a rapporté une analyse des répondants sur les ATC contre la lombalgie. Vu leur emploi en première ligne, le comité a demandé à l'équipe des données d'examiner toutes les données actuelles tirées d'études avec répartition aléatoire

**Tableau 1. Tableau sur la qualité des données GRADE pour toutes les recommandations**

SUJET	SCORE GRADE FINAL
Exercice contre l'arthrose <sup>10</sup>	Faible
Exercice contre la douleur lombaire chronique <sup>11</sup>	Modéré
ATC contre la lombalgie	Modéré
Agents topiques (sauf le nitrate)	Modéré
Agents topiques (nitrate)	Faible
Traitements psychologiques	Faible
Meilleur type d'exercice	Faible
Sevrage d'opioïdes	Très faible
Cannabinoïdes	Très faible
Aide à l'exercice	Très faible
Associations de médicaments	Très faible
Perte pondérale dans les cas d'arthrose	Faible
Stéroïdes intra-articulaires contre l'arthrose <sup>10</sup>	Très faible
IRSN contre l'arthrose <sup>10</sup>	Modéré
AINS oraux contre l'arthrose <sup>10</sup>	Modéré
AINS topiques contre l'arthrose <sup>10</sup>	Faible
Glucosamine contre l'arthrose <sup>10</sup>	Très faible
Chondroïtine contre l'arthrose <sup>10</sup>	Modéré
Viscosupplémentation contre l'arthrose <sup>10</sup>	Très faible
Opioïdes contre l'arthrose <sup>10</sup>	Très faible
Acétaminophène contre l'arthrose <sup>10</sup>	Faible
AINS oraux contre la dorsalgie <sup>11</sup>	Modéré
IRSN contre la dorsalgie <sup>11</sup>	Modéré
Manipulation de la colonne contre la dorsalgie <sup>11</sup>	Faible
Acupuncture contre la dorsalgie <sup>11</sup>	Très faible
Rubéfiants contre la dorsalgie <sup>11</sup>	Faible
Injections de corticostéroïdes contre la dorsalgie <sup>11</sup>	Très faible
Opioïdes contre la dorsalgie <sup>11</sup>	Très faible
Anticonvulsivants contre la douleur neuropathique <sup>12</sup>	Modéré
IRSN contre la douleur neuropathique <sup>12</sup>	Modéré
Rubéfiants contre la douleur neuropathique <sup>12</sup>	Faible
ATC contre la douleur neuropathique <sup>12</sup>	Très faible
Opioïdes contre la douleur neuropathique <sup>12</sup>	Faible

AINS—anti-inflammatoire non stéroïdien; ATC—antidépresseur tricyclique; GRADE—Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; IRSN—inhibiteur de la recapture de la sérotonine-noradrénaline

et contrôlées à l'aide d'une question supplémentaire (**Annexe 1\***). Les études avec répartition aléatoire et contrôlées relevées dans 1 revue systématique de bonne qualité donnent à croire que les ATC soulagent la douleur

de manière pertinente sur une échelle de 100 points chez les patients souffrant de lombalgie chronique (RR=-11,17; IC à 95%: -21,35 à -1,00) et les patients souffrant de névralgie sciatique (RR=-16,99; IC à 95%: -29,25 à -4,72), qui répondaient dans les deux cas à la définition de différence cliniquement importante utilisée par la revue systématique, soit une amélioration de 10 points.

L'efficacité des autres interventions est moins évidente<sup>11</sup>. Bien que le bienfait de l'acupuncture ait été statistiquement significatif dans l'analyse d'ensemble, l'analyse de sous-groupes a montré qu'il n'était plus significatif dans les études de longue durée, plus vastes et à faible risque de biais. De même, les rubéfiants (une substance qui irrite la peau pour causer une rougeur, comme la capsaïcine) ont montré un bienfait statistiquement significatif dans l'analyse d'ensemble, mais aucune étude n'a évalué la douleur au-delà de 3 semaines.

Des données de très faible qualité indiquent que les injections épidurales de corticostéroïdes ne sont pas plus efficaces que les interventions témoins. Une méta-analyse de 10 études avec répartition aléatoire et contrôlées totalisant 1152 patients n'a fait ressortir aucun bienfait significatif comparativement aux interventions témoins (RR=1,07; IC à 95%: 0,87 à 1,30). Aucune des études incluses n'a porté sur les injections facettaires, ou blocs facettaires, de corticostéroïdes.

Les opioïdes et les cannabinoïdes sont les interventions pour lesquelles les préjudices surpassent probablement les bienfaits. Six études portant sur les opioïdes ont révélé un bienfait significatif contre la douleur comparativement aux interventions témoins (RR=1,26; IC à 95%: 1,02 à 1,55). L'étude la plus longue a duré 12 semaines. Les opioïdes ont montré avoir le taux d'abandons en raison d'effets indésirables le plus élevé (RR=4,41; IC à 95%: 3,30 à 5,91). De plus, chaque effet indésirable, dont la nausée (NNN=6), les étourdissements (NNN=7), la somnolence (NNN=8), la constipation (NNN=9) et les vomissements (NNN=9), était signalé plus fréquemment chez les patients sous opioïdes. Similairement à ce qu'on a vu pour l'arthrose, aucune étude n'a évalué les effets indésirables à long terme, y compris le mauvais usage d'opioïdes, le trouble de consommation d'opioïdes et la surdose. Les lignes directrices de l'*American College of Physicians* sur la lombalgie chronique indiquent que «les cliniciens ne doivent envisager les opioïdes que chez les patients pour lesquels les traitements susmentionnés ont échoué, et seulement si les bienfaits possibles surpassent les risques pour un patient et après une discussion réaliste avec les patients sur les risques connus et les bienfaits»<sup>21</sup>. En s'appuyant sur les données disponibles, le comité est d'avis que les préjudices surpassent probablement les bienfaits dans la plupart des cas. En matière de cannabinoïdes, l'examen supplémentaire (**Annexe 1\***) a relevé 1 étude avec répartition aléatoire et contrôlée portant sur la lombalgie, qui n'a donné lieu à aucune donnée probante étayant un bienfait par

rapport au placebo, et ce, pour la plupart des paramètres d'évaluation. En l'absence de données étayant un bienfait, et en présence de préjudices connus<sup>5</sup>, le comité a suggéré que les préjudices surpassent probablement les bienfaits chez la plupart des patients qui consomment des cannabinoïdes.

### Douleur neuropathique

**Recommandations.** Outre l'activité physique, nous recommandons d'avoir recours à la décision partagée (à l'aide d'aides décisionnelles) lors du choix des options thérapeutiques chez les patients souffrant de douleur neuropathique chronique.

- Nous recommandons d'envisager d'abord des traitements dotés de données probantes étayant un bienfait et d'en discuter: gabapentinoïdes, IRSN, rubéfiants.
- Nous suggérons de discuter avec les patients des traitements ci-dessous, qui sont exempts de données probantes étayant un bienfait ou pour lesquels les données ne sont pas concluantes, seulement après avoir envisagé les interventions étayées par des données probantes ou ayant un bienfait net.
  - Non concluant: ATC, cannabinoïdes, nitrate topique en vaporisateur sur la région touchée.
  - Pas de bienfait: acupuncture, kétamine topique, amitriptyline topique, doxépine topique, associations topiques.
- Nous suggérons d'éviter les traitements pour lesquels les préjudices surpassent probablement les bienfaits chez la plupart des patients: opioïdes, topiramate, oxcarbazépine.

Quatre interventions sont appuyées par des données probantes uniformes qui étayent leur efficacité comparativement aux interventions témoins (données de 8 à 27 études avec répartition aléatoire et contrôlées, totalisant de 2344 à 6069 patients). Ces interventions sont notamment la gabapentine (RR=1,60; IC à 95%: 1,42 à 1,81), la prégabaline (RR=1,56; IC à 95%: 1,45 à 1,67), les IRSN (RR=1,45; IC à 95%: 1,33 à 1,59) et les rubéfiants (RR=1,40; IC à 95%: 1,26 à 1,55)<sup>12</sup>.

L'efficacité des autres interventions est moins évidente<sup>12</sup>. Des données de très faible qualité tirées de 2 études avec répartition aléatoire et contrôlées ont montré que les ATC étaient associés à un bienfait comparativement au placebo (RR=3,00; IC à 95%: 2,05 à 4,38). Cependant, les études étaient de petite taille; elles étaient brèves (6 à 8 semaines); leurs sources de financement étaient obscures; la description de la répartition aléatoire, de la répartition dissimulée et de l'insu était floue; et elles étaient très hétérogènes ( $I^2=88\%$ ).

Les lignes directrices simplifiées de 2018 pour la prescription de cannabinoïdes médicaux en première ligne<sup>5</sup> ont recommandé d'éviter les cannabinoïdes médicaux en traitement de première ou de deuxième intention contre la douleur neuropathique, en raison des bienfaits limités et du risque élevé de préjudices. Les lignes

directrices ont proposé aux cliniciens d'envisager les cannabinoïdes médicaux contre la douleur neuropathique réfractaire en tenant compte de plusieurs facteurs, dont un essai thérapeutique préalable raisonnable avec au moins 3 analgésiques sur ordonnance. Une revue actualisée sur les cannabinoïdes contre la douleur neuropathique a fait l'objet d'une question supplémentaire dans le cadre de ces lignes directrices (**Annexe 1\***). On a à nouveau noté que lorsque tous les types de douleur neuropathique étaient inclus, les cannabinoïdes soulageaient de façon pertinente (réduction de  $\geq 30\%$  de la douleur) la douleur neuropathique chronique chez quelque 39 à 40% des participants contre quelque 30% des patients sous placebo. Les cannabinoïdes étaient pour la plupart des cannabinoïdes pharmaceutiques. Les études avec répartition aléatoire et contrôlées comportaient un risque considérable de biais avec préoccupations concernant l'insu, l'inscription de patients qui présentaient principalement des antécédents d'usage de cannabis, la petite taille des études, la brièveté des études, et les rapports sélectifs des résultats. De plus, les études ne reflétaient habituellement pas les différents types de douleur neuropathique vus fréquemment en première ligne.

L'examen supplémentaire des préparations topiques contre la douleur neuropathique a révélé que le nitrate topique en vaporisateur (**Annexe 1\***) s'accompagnait de données tirées de 2 petites études avec répartition aléatoire et contrôlées portant sur la neuropathie diabétique. Le vaporisateur de nitroglycérine (0,4 mg) appliqué au coucher sur la peau de la région touchée a significativement soulagé la douleur sur le plan statistique, soit de 2,5 à 3,0 points sur une échelle visuelle analogique de 0 à 10 points, comparativement au placebo, qui a soulagé la douleur de 0,5 à 0,6 point.

Des données de faible qualité laissent croire que l'acupuncture, la kétamine topique, l'amitriptyline topique, la doxépine topique et les associations topiques ne sont pas plus efficaces que les interventions témoins (**Annexe 1\***). Par exemple, 3 études avec répartition aléatoire et contrôlées ont montré que l'acupuncture n'avait aucun bienfait significatif par rapport au placebo (RR=1,81; IC à 95%: 0,55 à 5,98).

Les opioïdes, le topiramate et l'oxcarbazépine sont les interventions pour lesquelles les préjudices surpassent probablement les bienfaits chez la plupart des patients<sup>12</sup>. Aucun bienfait n'a été observé sous l'oxcarbazépine par rapport au placebo, et les abandons en raison d'effets indésirables étaient les plus nombreux parmi les interventions évaluées contre la douleur neuro-pathique (NNN=6). Une étude a montré un nombre significativement plus élevé de répondants sous le topiramate (RR=1,42; IC à 95%: 1,05 à 1,91); toutefois, elle a également montré un plus grand nombre de patients qui abandonnaient le traitement en raison d'effets indésirables (NNN=7).

Six études ont porté sur les opioïdes et ont révélé un nombre significativement plus élevé de patients ayant obtenu un soulagement pertinent de la douleur (RR=1,37; IC à 95%: 1,19 à 1,57)<sup>12</sup>. Les abandons dus aux effets indésirables sont survenus plus fréquemment dans le groupe sous opioïdes (NNN=12). Les effets indésirables qui sont survenus chez plus de 10% des patients étaient les suivants: somnolence ou fatigue, prurit, nausée, vomissements, constipation et étourdissements. Aucune étude incluse n'a évalué les effets indésirables à long terme, y compris le mauvais usage d'opioïdes, le trouble de consommation d'opioïdes et la surdose. Alors que les lignes directrices antérieures recommandaient les opioïdes en deuxième intention pour le traitement de la douleur neuropathique<sup>22</sup>, les lignes directrices plus récentes les placent en cinquième intention, en raison de préoccupations concernant leur efficacité prolongée et leurs effets indésirables considérables<sup>23</sup>. En s'appuyant sur les données disponibles, le comité a suggéré que les préjudices surpassent probablement les bienfaits chez la plupart des patients.

### Autres questions d'examen rapide

***Est-ce que les pharmacothérapies d'association améliorent davantage les paramètres d'évaluation de la douleur que la monothérapie chez les patients qui souffrent de douleur lombaire, neuropathique ou arthrosique? (Annexe 1\*)***

**Recommandation:** Nous suggérons de discuter avec le patient de l'ajout d'un autre médicament si le médicament initial n'a été que partiellement bénéfique.

De nombreuses études avec répartition aléatoire et contrôlées se sont penchées sur le traitement d'association contre la douleur lombaire ou neuropathique. Cependant, le nombre d'études disponibles portant sur chaque association est limité. Les données actuelles sont insuffisantes pour émettre des recommandations précises sur le traitement d'association à sélectionner. Bien que les données soient inadéquates pour suggérer une association qui serait supérieure, le comité est d'accord pour dire qu'il serait raisonnable de faire l'essai d'un médicament additionnel (association) si le patient obtient un certain bienfait sous le médicament initial.

***Chez les patients souffrant de douleur chronique sous traitement prolongé par opioïdes, la douleur ou le fonctionnement s'améliorent-ils lorsque les patients sont sevrés des opioïdes ou que la dose est réduite (Annexe 1\*)***

**Recommandation:** Chez les patients souffrant de douleur chronique qui n'ont pas de trouble de consommation d'opioïdes et qui souhaitent être sevrés de leur traitement prolongé par opioïdes, nous suggérons de discuter de la réduction graduelle de la dose, appuyée par la TCC dans la mesure du possible. Les données pointent vers des préjudices possibles chez les patients

qui ne souhaitent pas réduire ou arrêter les opioïdes. Si le trouble de consommation d'opioïdes est soupçonné, consultez les lignes directrices simplifiées du groupe PEER sur la prise en charge du trouble de consommation d'opioïdes<sup>6</sup>.

Les études avec répartition aléatoire et contrôlées réalisées n'ont pu démontrer une réduction statistiquement significative de l'usage d'opioïdes comparativement aux témoins, et ce, malgré des interventions visant précisément la réduction des opioïdes. Beaucoup d'études ont rapporté un taux élevé d'abandons. Dans certaines études, les deux groupes ont eu un déclin modeste de l'usage d'opioïdes, qui était associé à des résultats stables, voire légèrement plus favorables. Cependant, des données observationnelles pointent vers un lien possible entre le sevrage graduel et le risque de surdose, de crise de santé mentale et de suicide. Les décisions concernant le sevrage graduel doivent être prises en compagnie du patient, et si une réduction posologique est entreprise, elle doit être prolongée (p. ex. 5 à 10% toutes les 2 à 4 semaines).

***Quel est l'effet de la perte pondérale par un régime sur la douleur liée à la gonarthrose? (Annexe 1\*)***

**Recommandation:** Nous suggérons que l'objectif de l'activité physique soit la gestion de la douleur, indépendamment de la perte pondérale.

Les données d'observation laissent croire que l'obésité serait un facteur de risque d'arthrose; toutefois, les études ayant rapporté la perte pondérale par un régime seulement (p. ex. perte pondérale de 5%) montrent un soulagement limité, probablement non significatif sur le plan clinique, de la douleur arthrosique (environ 5 points sur une échelle de la douleur de 100 points).

***Durant la période de douleur aiguë, les interventions de première ligne préviennent-elles la progression de la douleur chronique? (Annexe 1\*)***

Malgré le fait que la mauvaise gestion de la douleur aiguë soit souvent citée comme facteur de risque de douleur chronique, il n'existe pour l'heure aucune donnée probante de bonne qualité étayant les interventions durant la période de douleur aiguë qui modifie favorablement ce paramètre d'évaluation.

### Points de pratique et ressources

Il y a de nombreux aspects de la prise en charge de la douleur chronique pour lesquels il n'existe aucune donnée probante de haut niveau pour nous guider. En reconnaissant cet état de fait, le comité des lignes directrices, par l'entremise d'un processus itératif, a créé une liste de points de pratique afin d'aider les cliniciens à dispenser des soins aux patients aux prises avec la douleur chronique. Au final, on a noté que la pratique et les approches en matière de douleur variaient considérablement, ce qui confirme que la gestion de la douleur doit

être individualisée et reposer sur la décision partagée. L'Encadré 2 présente les points de pratique qui ont fait surface et que le comité a définis comme des priorités. De plus, le comité a tenté de créer une présélection des ressources pouvant être recommandées aux patients (Encadré 3).

Ces recommandations sont basées sur l'opinion du comité et sur les tendances actuelles de la pratique.

### — Discussion —

Les points forts de ces lignes directrices sont le fait qu'elles sont axées sur la décision partagée, et qu'elles ont créé des outils pour aider les patients et les cliniciens à prendre des décisions éclairées. Les aides décisionnelles ont montré qu'elles amélioreraient les connaissances des patients, leur perception du risque, et l'équivalence entre leurs valeurs et leurs choix en matière de soins<sup>16</sup>. De nombreux groupes, dont le Groupe de travail canadien sur la douleur, proposent d'offrir le matériel éducatif aux personnes aux prises avec la douleur et aux professionnels de la santé afin qu'ils puissent mieux comprendre les approches fondées sur des données probantes<sup>1,4</sup>. De même, les lignes directrices du *National Institute for Health and Care Excellence* sur les multimorbidités recommandent ceci: les cliniciens devraient «revoir la médication et les autres traitements en tenant compte des données étayant un bienfait ou un préjudice probable pour le patient, ainsi que des résultats importants aux yeux de la personne»<sup>24</sup>.

L'inclusion des meilleures données disponibles, y compris celles de 2 revues systématiques et de 285 études avec répartition aléatoire et contrôlées<sup>10-12</sup>, permet d'avoir une discussion éclairée sur les bienfaits (amélioration d'environ 30% dans de nombreux cas) et les préjudices possibles. Une attention particulière sur l'analyse des répondants met en lumière les résultats cliniquement importants pour le patient et aide à clarifier les attentes du patient à l'égard du traitement. Il est possible que les études aient eu plus tendance à montrer l'analyse des répondants lorsqu'elle donnait des résultats positifs, ce qui signifierait que les bienfaits liés à certaines interventions sont surestimés. Nous avons inscrit les abandons causés par des effets indésirables tels qu'ils ont été rapportés dans les études avec répartition aléatoire et contrôlées, et ce, pour toutes les interventions. Le résultat sous-estime probablement l'incidence des effets indésirables, puisque les effets indésirables ne sont pas toujours rapportés avec exactitude, et beaucoup de patients à risque élevé d'effets indésirables, comme ceux atteints d'affections préexistantes, auraient pu avoir été exclus des études. Lorsque nous avons converti les données de toutes les interventions en un résumé de 2 pages, nous avons normalisé le taux des groupes témoins pour toutes les interventions afin

de comparer indirectement le taux d'événements. Cette approche aurait pu exagérer l'efficacité de certaines interventions et minimiser l'efficacité d'autres interventions.

Les recommandations concernant les médicaments qui devraient être évités chez la plupart des patients corroborent les lignes directrices canadiennes antérieures sur les cannabinoïdes<sup>5</sup>, bien qu'elles soient moins favorables aux cannabinoïdes que les lignes directrices internationales récemment publiées<sup>19</sup>. De

#### Encadré 2. Points de pratique pour gérer la douleur chronique en première ligne

- Les objectifs du traitement doivent être fixés par les patients, être réalistes et viser des résultats fonctionnels
- Instaurer, augmenter et réduire progressivement la dose, ou arrêter 1 médicament à la fois afin de surveiller plus précisément la réponse ou les effets indésirables
- La réduction de la dose des médicaments est ce qui offre en général le plus grand bienfait et le plus faible risque d'effets indésirables
- Envisager d'arrêter toute intervention pharmacologique n'ayant montré aucun bienfait net entre les semaines 8 et 12. La déprescription est aussi une forme de gestion de la douleur chronique
- Les échelles de douleur sont controversées, puisqu'elles seraient un reflet des facteurs émotionnels et psychologiques plutôt que de la douleur en soi. Il faut se concentrer sur l'adaptation à la douleur et sur l'impact de celle-ci sur les activités et le fonctionnement quotidiens
- Envisager d'utiliser un outil simple comme le POMI pour identifier les patients présentement sous opioïdes qui pourraient avoir un trouble de consommation d'opioïdes
- Envisager de faire le dépistage des traumatismes antérieurs, y compris des expériences indésirables durant l'enfance ou de l'état de stress post-traumatique. Cela pourrait contribuer au rapport thérapeutique et aider à mieux comprendre les mécanismes d'adaptation du patient

POMI—Prescription Opioid Misuse Index.

#### Encadré 3. Ressources pratiques (en anglais) à l'intention des cliniciens et des patients pour gérer la douleur chronique en première ligne

- Understanding and rethinking chronic pain for patients (par le professeur Lorimer Moseley et Dave Moen): <https://www.tamethebeast.org/>
- Exemple d'ordonnance d'exercice (par RxFiles): <https://www.rxfiles.ca/RxFiles/uploads/documents/Exercise-RxFiles-Rx.pdf>
- Liste de ressources supplémentaires à l'intention des professionnels de la santé et des patients (par RxFiles): <https://www.rxfiles.ca/RxFiles/uploads/documents/PainLinks.pdf>
- Vidéos sur l'exercice en général, à l'intention des personnes qui souffrent de douleur (par Pain BC): <https://painbc.ca/gentle-movement-at-home>
- Vidéos sur l'exercice à l'intention des personnes qui souffrent de douleur spécifique (par la D<sup>e</sup> Andrea Furlan): <https://www.youtube.com/channel/UCXnFys9ZXBE0uyDhKHUi-dA>

même, nos recommandations en matière d'instauration des opioïdes en première ligne sont beaucoup moins favorables que les recommandations des lignes directrices canadiennes antérieures<sup>25</sup>. Notre hésitation envers ces interventions repose sur l'absence de données de bonne qualité étayant un bienfait prolongé contre les affections chroniques douloureuses et le risque connu de préjudice.

## Limitations

L'absence de directives pour prendre en charge les complexités substantielles associées à certains patients souffrant de douleurs chroniques constitue une limitation possible de ces lignes directrices. Comme cliniciens, nous reconnaissons que, bien que les lignes directrices abordent les problèmes fréquents de prise en charge en termes succincts et clairs, il serait inadéquat d'appliquer ces approches au défi unique des cas particulièrement complexes. Nos lignes directrices appuient les caractéristiques clés telles que l'activité, le counseling et la décision partagée, qui sont nécessaires chez pratiquement tous les patients. Cependant, peu de données probantes de bonne qualité portent sur la prise en charge des patients qui, malgré de nombreuses interventions, ne composent pas bien avec la douleur. De plus, ces lignes directrices n'abordent pas la complexité du trouble de consommation d'opioïdes; toutefois, des lignes directrices antérieures ont porté sur le diagnostic et la prise en charge du trouble de consommation d'opioïdes<sup>6</sup>. Nous avons tenté de colliger les points pratiques du comité et des experts du domaine; toutefois, nous avons observé une variation considérable dans la pratique et les recommandations, ce qui met en lumière l'absence de consensus sur la prise en charge de la douleur chronique complexe.

Il importe de reconnaître que ces lignes directrices ne visent pas à tracer les grandes lignes de l'approche par paliers de la gestion de la douleur chronique; elles sont plutôt un outil pour discuter des options. Il importe de discuter avec le patient puisque nous ne disposons pas de données de haut niveau pour nous guider dans beaucoup d'aspects de la gestion de la douleur chronique. Pour la plupart des patients, il faut éviter les interventions pour lesquelles les préjudices surpassent les bienfaits, et ces interventions ne doivent pas être les interventions par défaut lorsque les patients ne répondent pas à d'autres interventions.

## Conclusion

Les données de la plus grande qualité laissent croire que de nombreuses interventions ont un bienfait limité semblable, supérieur à celui observé avec le placebo. Les décisions reposent ainsi sur de nombreux facteurs, dont l'expérience du patient avec différents traitements, l'acceptabilité des effets indésirables, l'accessibilité, le coût et le remboursement. Toutes les discussions sur le traitement doivent tenir compte des valeurs et des

préférences des patients. Une aide décisionnelle est disponible en anglais, en ligne<sup>26</sup>. Il importe toutefois de faire en sorte qu'une liste exhaustive d'interventions plausibles ne distraie pas les professionnels de la santé et les patients des interventions pour lesquelles les données étayaient un bienfait, à savoir l'exercice, surtout dans les cas de douleur arthrosique et lombaire.

Nous avons espoir que les études avec répartition aléatoire et contrôlées donneront la priorité aux analyses des répondants, se pencheront sur les interventions de première ligne qui peuvent être utilisées pour empêcher la douleur aiguë de progresser en douleur chronique, et identifieront les nouveaux traitements ou les traitements d'association qui améliorent les résultats chez les patients. De plus, les futures études avec répartition aléatoire et contrôlées doivent se pencher sur la façon d'aider les patients ayant subi un traumatisme, puisque les émotions, la souffrance et la douleur seraient étroitement liées<sup>27</sup>.

La **D<sup>re</sup> Christina Korownyk** est professeure au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta à Edmonton. La **D<sup>re</sup> Lori Montgomerie** est médecin de famille dont la pratique se concentre sur la douleur chronique à Calgary (Alberta). La **D<sup>re</sup> Jennifer Young** est médecin de famille qui pratique à Collingwood (Ontario). Le **D<sup>r</sup> Simon Moore** est professeur clinique adjoint au département de pratique familiale à l'Université de Colombie-Britannique à Vancouver. Le **D<sup>r</sup> Alexander G. Singer** est professeur agrégé au département de médecine familiale de l'Université du Manitoba à Winnipeg. Le **D<sup>r</sup> Peter MacDougall** est professeur au département d'anesthésie, gestion de la douleur et de médecine pépératoire à l'Université Dalhousie à Halifax (Nouvelle-Écosse). Le **D<sup>r</sup> Sean Darling** est professeur agrégé adjoint à l'école d'administration publique de l'Université de Victoria (Colombie-Britannique). **Kira Ellis** est physiothérapeute et conseillère principale à la ligne de conseils de réadaptation de l'Alberta Health Services. **Jacqueline Myers** est pharmacienne clinicienne à la Saskatchewan Health Authority, dans la région de Regina. **Candice Rochford** est infirmière praticienne à Charlottetown (Î.-P.-E.). La **D<sup>re</sup> Marie-Christine Taillefer** est psychologue clinique à la clinique de la douleur au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (Québec). Le **D<sup>r</sup> G. Michael Allan** est directeur des programmes et soutien à la pratique au Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). **Danielle Perry** est spécialiste des données probantes cliniques au CMFC et professeure agrégée adjointe au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. Les **D<sup>rs</sup> Samantha Moe** et **Joey Ton** sont spécialistes des données probantes cliniques au CMFC. Le **D<sup>r</sup> Michael R. Kolber** est professeur au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. La **D<sup>re</sup> Jessica Kirkwood** est médecin de famille et professeure adjointe au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. **Betsy Thomas** est spécialiste des données cliniques au CMFC et professeure adjointe auxiliaire au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. Le **D<sup>r</sup> Scott Garrison** est professeur au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. Le **D<sup>r</sup> James P. McCormack** est professeur à la faculté de sciences pharmaceutiques de l'Université de la Colombie-Britannique. Le **D<sup>r</sup> Jamison Falk** est professeur agrégé au collège de pharmacie de l'Université du Manitoba. Le **D<sup>r</sup> Nicolas Dugré** est pharmacien au CIUSSS du Nord-de-Montréal et professeur clinique agrégé à la faculté de pharmacie de l'Université de Montréal. **Logan Sept** est étudiant en médecine à l'Université de l'Alberta. Le **D<sup>r</sup> Ricky D. Turgeon** est professeur adjoint et spécialiste en pharmacie clinique à l'Université de la Colombie-Britannique. Les **D<sup>res</sup> Allison Paige** et **Jen Potter** sont professeures adjointes au département de médecine familiale de l'Université du Manitoba. **Tony Nickonchuk** est pharmacien au Alberta Health Services Provincial Drug Utilization and Stewardship. Le **D<sup>r</sup> Anthony D. Train** est professeur adjoint à la faculté de médecine familiale de l'Université Queen's, à Kingston (Ontario). Le **D<sup>r</sup> Justin Weresch** est professeur adjoint à la faculté de médecine familiale de l'Université McMaster, à Hamilton (Ontario). La **D<sup>re</sup> Karen Chan** est professeure agrégée et médecin de soins aux personnes âgées à l'Université de l'Alberta. La **D<sup>re</sup> Adrienne J. Lindblad** est spécialiste des données probantes au CMFC et professeure clinique agrégée au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta.

### Remerciements

Nous remercions le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège des médecins de famille de l'Ontario, le Collège des médecins de famille de l'Alberta et le Collège des médecins de famille de la Saskatchewan pour leur appui financier. Nous souhaitons également remercier **Odelia Moses** pour son soutien administratif, **Catherine Barrington** pour son aide à compiler les documents à l'appui, y compris l'Annexe, de même que les patients atteints de douleur chronique qui ont révisé ces lignes directrices.

### Collaborateurs

Les membres de l'équipe des données probantes (**D<sup>r</sup> G. Michael Allan**, **Danielle Perry**, **D<sup>re</sup> Samantha Moe**, **D<sup>r</sup> Joey Ton**, **D<sup>r</sup> Michael R. Kolber**, **D<sup>re</sup> Jessica Kirkwood**, **Betsy Thomas**, **D<sup>r</sup> Scott Garrison**, **D<sup>r</sup> Jamison Falk**, **D<sup>r</sup> Nicolas Dugré**, **Logan Sept**, **D<sup>r</sup> Ricky D. Turgeon**,

D<sup>re</sup> Allison Paige, D<sup>re</sup> Jen Potter, Tony Nickonchuk, D<sup>r</sup> Anthony D. Train, D<sup>r</sup> Justin Weresch, D<sup>re</sup> Karenn Chan, D<sup>r</sup> Adrienne J. Lindblad, D<sup>r</sup> James P. McCormack et D<sup>re</sup> Christina S. Korownyk ont réalisé la revue systématique et l'examen rapide. Le comité des lignes directrices (D<sup>re</sup> Christina S. Korownyk, D<sup>re</sup> Lori Montgomery, D<sup>re</sup> Jennifer Young, D<sup>r</sup> Simon Moore, D<sup>r</sup> Alexander G. Singer, D<sup>r</sup> Peter MacDougall, D<sup>r</sup> Sean Darling, Kira Ellis, Jacqueline Myers, Candice Rochford, D<sup>re</sup> Marie-Christine Taillefer et D<sup>re</sup> Adrienne J. Lindblad) a formulé les recommandations fondées sur des données probantes. Tous les auteurs ont contribué à la formulation des recommandations, et à la préparation du manuscrit aux fins de soumission.

## Intérêts concurrents

Aucun des auteurs n'a des conflits d'intérêts financiers à déclarer. Les divulgations complètes sont disponibles sur CPPlus.\*

## Correspondance

D<sup>re</sup> Christina S. Korownyk; courriel [cpoag@ualberta.ca](mailto:cpoag@ualberta.ca)

## Références

- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Un plan d'action pour la douleur au Canada*. Ottawa, ON: Santé Canada; 2021. Accessible à : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport/report-rapport-2021-fra.pdf>. Réf. du 13 sept. 2021.
- Ballantyne JC, Sullivan MD. Intensity of chronic pain—the wrong metric? *N Engl J Med* 2015;373(22):2098-9.
- Pain Management Best Practices Inter-Agency Task Force. *Pain management best practices. Inter-Agency Task Force report. Updates, gaps, inconsistencies, and recommendations*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2019. Accessible à : <https://www.hhs.gov/sites/default/files/pain-mgmt-best-practices-draft-final-report-05062019.pdf>. Réf. du 26 sept. 2021.
- Institute of Medicine (US) Committee on Advancing Pain Research, Care, and Education. *Relieving pain in America: a blueprint for transforming prevention, care, education, and research*. Washington, DC: National Academies Press; 2011.
- Allan GM, Ramji J, Perry D, Ton J, Beahm NP, Crisp N et coll. Simplified guideline for prescribing medical cannabinoids in primary care. *Can Fam Physician* 2018;64:111-20 (Eng), e64-75 (Fr).
- Korownyk C, Perry D, Ton J, Kolber MR, Garrison S, Thomas B et coll. Managing opioid use disorder in primary care. PEER simplified guideline. *Can Fam Physician* 2019;65:321-30 (Eng), e173-84 (Fr). Errata dans : *Can Fam Physician* 2019;65:687.
- Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines, Graham R, Mancher M, Miller Wolma D, Greenfield S, Steinberg EP, éditeurs. *Clinical practice guidelines we can trust*. Washington, DC: National Academies Press (US); 2011. Accessible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209539/>. Réf. du 19 janv. 2019.
- Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschläger G, Phillips S, van der Wees P et coll. Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann Intern Med* 2012;156(7):525-31.
- Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P et coll. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336(7650):924-6.
- Ton J, Perry D, Thomas B, Allan GM, Lindblad AJ, McCormack J et coll. Revue systématique cadre de revues systématiques par le groupe PEER. Prise en charge de l'arthrose en soins primaires. *Can Fam Physician* 2020;66:e89-98. Accessible à : <https://www.cfp.ca/content/cfp/66/3/e89.full.pdf>. Réf. du 30 janv. 2022.
- Kolber MR, Ton J, Thomas B, Kirkwood J, Moe S, Dugré N et coll. Revue systématique d'études randomisées contrôlées par le groupe PEER. Prise en charge de la lombalgie chronique en soins primaires. *Can Fam Physician* 2021;67:e20-30. Accessible à : <https://www.cfp.ca/content/cfp/67/1/e20.full.pdf>. Réf. du 30 janv. 2022.
- Falk J, Thomas B, Kirkwood J, Korownyk CS, Lindblad AJ, Ton J et coll. Revue systématique d'études contrôlées randomisées par le groupe PEER. Prise en charge de la douleur neuropathique chronique en soins primaires. *Can Fam Physician* 2021;67:e130-40. Accessible à : <https://www.cfp.ca/content/cfp/67/5/e130.full.pdf>. Réf. du 30 janv. 2022.
- Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R et coll. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain* 2019;160(1):19-27.
- Moore A, Derry S, Eccleston C, Kalso E. Expect analgesic failure; pursue analgesic success. *BMJ* 2013;346:f2690.
- Balslem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J et coll. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol* 2011;64(4):401-6. Publ. en ligne du 5 janv. 2011.
- Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB et coll. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;(4):CD001431.
- Chou R, Hartung D, Turner J, Blazina I, Chan B, Levander X et coll. *Opioid treatments for chronic pain*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2020.
- Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, Arden NK, Bennell K, Bierma-Zeinstra SMA et coll. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 2019;27(11):1578-89. Publ. en ligne du 3 juill. 2019.
- Busse JW, Vankrunkelsven P, Zeng L, Heen AF, Merglen A, Campbell F et coll. Medical cannabis or cannabinoids for chronic pain: a clinical practice guideline. *BMJ* 2021;374:n2040.
- Wang L, Hong PJ, May C, Rehman Y, Oparin Y, Hong CJ et coll. Medical cannabis or cannabinoids for chronic non-cancer and cancer related pain: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 2021;374:n1034.
- Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians; Denberg TD et coll. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2017;166(7):514-30. Publ. en ligne du 14 févr. 2017.
- Mu A, Weinberg E, Moulin DE, Clarke H. Pharmacologic management of chronic neuropathic pain. Review of the Canadian Pain Society consensus statement. *Can Fam Physician* 2017;63:844-52.
- Bates D, Schultheis BC, Hanes MC, Jolly SM, Chakravarthy KV, Deer TR et coll. A comprehensive algorithm for management of neuropathic pain. *Pain Med* 2019;20(Suppl 1):S2-12. Publ. en ligne du 1<sup>er</sup> juin 2019.
- National Guideline Centre. *Multimorbidity: assessment, prioritisation and management of care for people with commonly occurring multimorbidity*. London, UK: National Institute for Health and Care Excellence; 2016.
- Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, Buckley DN, Wang L, Couban RJ et coll. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *CMAJ* 2017;189(18):E659-66.
- PEER. *Comparing treatment options for pain: the C-TOP tool*. Edmonton, AB: Alberta College of Family Physicians; 2022. Accessible à : <https://pain-calculator.com/>. Réf. du 4 janv. 2022.
- Hashmi JA, Baliki MN, Huang L, Baria AT, Torbey S, Hermann KM et coll. Shape shifting pain: chronification of back pain shifts brain representation from nociceptive to emotional circuits. *Brain* 2013;136(Pt 9):2751-68.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, allez à <https://www.cfp.ca> et cliquez sur le lien vers Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une revision par des pairs.

*Can Fam Physician* 2022;68:e63-76. DOI: 10.46747/cfp.6803e63

This article is also in English on [page 179](#).