

Approches non pharmacologiques de prise en charge de la douleur chronique : prévention

Résumé des données probantes à l'intention des cliniciens (p. ex. médecins, physiothérapeutes, infirmières, infirmières praticiennes, pharmaciens, ergothérapeutes, massothérapeutes, chiropraticiens)

La douleur chronique est un problème courant qui représente un important fardeau; les professionnels de la santé, conscients que les opioïdes à eux seuls ne sont pas nécessairement efficaces et comportent d'importants risques, sont à la recherche de la meilleure approche à volets multiples pour soulager la douleur. Les Lignes directrices canadiennes relatives à l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse, édition 2017¹ recommandent d'optimiser la pharmacothérapie sans opioïdes et les traitements non médicamenteux plutôt que de faire l'essai des opioïdes chez les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse.

De nombreux analgésiques imitent les mécanismes de soulagement de la douleur naturels du corps. Quant aux méthodes non pharmacologiques, beaucoup agissent en stimulant la libération de substances naturelles ou en atténuant le stimulus à l'origine de la douleur. Les traitements non pharmacologiques peuvent être séparés en trois catégories : les méthodes psychologiques, les méthodes physiques et la prévention. Ils s'utilisent soit seuls, soit en combinaison avec une pharmacothérapie; cette dernière est d'ailleurs souvent plus efficace lorsqu'elle est combinée à des traitements non pharmacologiques. Afin d'appuyer la prise de décisions factuelles concernant la prise en charge de la douleur chronique, l'ACMETS a examiné et synthétisé les données probantes de différentes sources sur certaines interventions de ces trois catégories.



Vous trouverez ici une synthèse des données probantes ainsi que des considérations pratiques au sujet des méthodes de prévention. Il s'agit d'approches pouvant aider les patients à prendre en charge leur douleur et à en prévenir l'aggravation. Elles peuvent également aider à éviter que la douleur entraîne d'autres problèmes de santé. Le port d'attelles ou d'orthèses, le maintien d'un poids santé et le port de semelles orthopédiques sont des méthodes de prévention qui peuvent aider à prendre en charge la douleur chronique de façon sécuritaire. Vous trouverez tous les dépliants à l'intention des cliniciens et des patients sur les approches non pharmacologiques de prise en charge de la douleur chronique au www.acmts.ca/douleurchronique.

En résumé



Attelles et orthèses

Le port d'attelles ou d'orthèses peut atténuer la douleur liée à l'épicondylite latérale (*tennis elbow*), au syndrome du canal carpien, à l'arthrose du pouce ou des doigts et à l'arthrose du poignet^a.



Maintien d'un poids santé

Le maintien d'un poids santé par l'alimentation et l'activité physique pourrait réduire la douleur chez les personnes en surpoids atteintes de lombalgie ou d'arthrose du genou^a.



Semelles orthopédiques

Les semelles orthopédiques pourraient réduire la douleur liée à la lombalgie, à la polyarthrite rhumatoïde (avec douleur aux pieds) ou au pied valgus souple^a.

^a Notons que ces résultats sont assortis d'une incertitude, comme la force et la qualité des données varient selon la population de patients, la durée de l'intervention et la durée du suivi. Les recherches devront se poursuivre.

En résumé :

Le port d'attelles ou d'orthèses peut atténuer la douleur liée à l'épicondylite latérale (*tennis elbow*), au syndrome du canal carpien, à l'arthrose du pouce ou des doigts et à l'arthrose du poignet.

Tableau 1 : Résultats de recherche et considérations pratiques sur le port d'attelles ou d'orthèses et la douleur chronique

Affection	Résultats de recherche	Limites des données probantes	Considérations pratiques ^a
Types de douleurs suivants^b : <ul style="list-style-type: none"> • Épicondylite latérale (<i>tennis elbow</i>) • Syndrome du canal carpien • Arthrose du pouce ou des doigts • Arthrose du poignet 	<ul style="list-style-type: none"> • Le port d'une attelle 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. Cette méthode pourrait aussi réduire la douleur et améliorer la capacité fonctionnelle des patients atteints d'arthrose du poignet^b. • Il ne semble pas y avoir d'effets néfastes graves^b. 	<ul style="list-style-type: none"> • Données probantes de qualité limitée^{b, c} • Études primaires assorties d'un fort risque de biais^b • Diversité dans les types d'attelles et la durée du suivi, rendant difficile de tirer des conclusions sur la meilleure approche^b • Données limitées sur les effets néfastes^b 	<ul style="list-style-type: none"> • Le port d'attelles ou d'orthèses est recommandé pour limiter la mobilité d'une articulation, ou encore pour optimiser la position et la fonction d'une articulation durant une activité. Ces dispositifs sont appropriés en cas d'hypermobilité ou d'instabilité articulaire découlant de lésions ligamentaires, de dégénération du cartilage ou d'incapacité neurologique ou motrice, et peuvent limiter la tension associée aux mouvements amples sur les articulations et tissus mous enflammés. On prescrit aussi des attelles pour améliorer ou préserver la mobilité en cas d'ankylose ou de contracture d'une articulation. • L'utilisation d'un dispositif pour immobiliser un membre endolori n'est pas bénéfique si l'évaluation clinique n'a pas confirmé le besoin d'immobilisation. Cette intervention limiterait la mobilité et pourrait renforcer la perception de fragilité du patient, ce qui contribuerait à la perte d'amplitude, de proprioception et de recrutement moteur normal. • Il ne faut pas porter d'orthèses la nuit, à moins qu'elles soient conçues à cette fin et prescrites dans cet usage par un physiothérapeute, un ergothérapeute ou un orthésiste. • Prévenez les patients du risque d'irritation superficielle de la peau ou de coincement d'un nerf (selon le membre). L'inconfort peut être atténué par l'ajustement du dispositif, le remodelage d'un dispositif moulable ou l'utilisation de moleskine pour mieux répartir la pression. Il faut revoir d'urgence le praticien qui a prescrit l'attelle ou l'orthèse en cas de lésions cutanées ou de coincement d'un nerf.

^a Les considérations pratiques ont été élaborées par l'autorité sanitaire de la Saskatchewan et revues par le Groupe de travail canadien sur la douleur et son comité consultatif externe.

^b Source des données : Examen rapide de l'ACMTS intitulé *Orthèses et attelles dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse aux membres supérieures : efficacité clinique*².

^c La qualité ou la force des données probantes peut être incertaine, faible, modérée ou élevée. Plus elle est faible, moins les résultats sont convaincants. Lorsque les données sont de qualité ou de force faible, il faut mener de nouvelles recherches rigoureuses afin de s'assurer de l'effet des interventions.

En résumé :

Le maintien d'un poids santé par l'alimentation et l'activité physique pourrait réduire la douleur chez les personnes en surpoids atteintes de lombalgie ou d'arthrose du genou.

Tableau 2 : Résultats de recherche et considérations pratiques sur le contrôle du poids et la douleur chronique

Affection	Résultats de recherche	Limites	Considérations pratiques ^a
Arthrose du genou^b	<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)^b. • 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^b. • Aucun évènement indésirable grave n'est signalé en lien avec le changement d'alimentation ou l'activité physique. Les problèmes gastro-intestinaux légers sont plus nombreux dans les groupes suivant une diète que dans les groupes témoins^b. 	<ul style="list-style-type: none"> • Données probantes de qualité faible ou modérée^{b, c} • Variabilité parmi les études (populations de patients, types de régimes et d'activités, durée du traitement, suivi)^b • Critères d'évaluation non normalisés^b • Signification pour le patient du changement dans la douleur pas toujours mentionnée^b • Surreprésentation des femmes dans la plupart des études^b • Aucune étude portant sur les patients ayant un poids insuffisant^b 	<ul style="list-style-type: none"> • La douleur chronique est plus courante chez les adultes ayant un poids insuffisant (indice de masse corporelle [IMC] < 18,5) et obèses (IMC ≥ 30). • Chez les personnes obèses, la douleur touche souvent les membres et articulations portants, tandis que chez les personnes ayant un poids insuffisant, on note plutôt une hypersensibilité généralisée. Chez ce dernier groupe, la douleur chronique peut être liée à des troubles comorbides comme l'ostéoporose, la fragilité et la faiblesse musculaire. • La stigmatisation relative au poids est associée à la détresse psychologique, aux mécanismes d'adaptation mésadaptés, à la solitude et à un faible réseau de soutien, ce qui peut influencer sur l'expérience de la douleur. • Les fournisseurs de soins de santé doivent absolument réfléchir à la façon dont leurs croyances, leurs mots ou leur attitude à l'égard des patients pourrait contribuer à la stigmatisation et à la discrimination (p. ex. exiger que la personne adopte des comportements visant la perte de poids avant de lui offrir d'autres traitements contre la douleur). • Les patients en surpoids comprennent les grands principes du contrôle du poids, mais peuvent se heurter à des obstacles comme la difficulté à traduire ces principes en actions précises, une aversion pour l'exercice, des tentatives antérieures infructueuses et un manque de soutien social. • Il est important d'établir une relation positive de partenariat avec le patient lorsqu'il est question de perte de poids. Il faut offrir du renforcement positif et un suivi constants (p. ex. « La dernière fois, nous avons parlé d'une marche quotidienne. Combien de fois avez-vous pu aller marcher? »). • Au besoin, orientez le patient vers un diététiste.
Lombalgie^b	<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^b. 	<ul style="list-style-type: none"> • Étude non randomisée à un seul groupe^b • Aucune étude portant sur les patients ayant un poids insuffisant^b 	<ul style="list-style-type: none"> • Il est important d'établir une relation positive de partenariat avec le patient lorsqu'il est question de perte de poids. Il faut offrir du renforcement positif et un suivi constants (p. ex. « La dernière fois, nous avons parlé d'une marche quotidienne. Combien de fois avez-vous pu aller marcher? »). • Au besoin, orientez le patient vers un diététiste.

^a Les considérations pratiques ont été élaborées par l'autorité sanitaire de la Saskatchewan et revues par le Groupe de travail canadien sur la douleur et son comité consultatif externe.

^b Source des données : Examen rapide de l'ACMTS intitulé *Les interventions de modification du poids dans la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse : efficacité clinique*³.

^c La qualité ou la force des données probantes peut être incertaine, faible, modérée ou élevée. Plus elle est faible, moins les résultats sont convaincants. Lorsque les données sont de qualité ou de force faible, il faut mener de nouvelles recherches rigoureuses afin de s'assurer de l'effet des interventions.

En résumé :

Les semelles orthopédiques pourraient réduire la douleur liée à la lombalgie, à la polyarthrite rhumatoïde (avec douleur aux pieds) ou au pied valgus souple.

Tableau 3 : Résultats de recherche et considérations pratiques sur les semelles orthopédiques et la douleur chronique

Affection	Résultats de recherche	Limites	Considérations pratiques ^a
Douleur aux pieds^b : <ul style="list-style-type: none"> • Polyarthrite rhumatoïde • Pied plat valgus souple 	<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 causés par la polyarthrite rhumatoïde. Certaines études font état de diminutions statistiquement significatives de la douleur, tandis que d'autres n'indiquent aucune différence^b. • Selon une étude, les semelles orthopédiques pourraient réduire la douleur aux pieds causée par le pied plat valgus souple comparativement à des semelles normales (traitement simulé). Aucun événement indésirable n'a été signalé^b. 	<ul style="list-style-type: none"> • Données probantes de qualité variable ou incertaine^{b, c} • Données limitées sur les effets néfastes^b • Signification pour le patient du changement dans la douleur pas toujours mentionnée^b • Échantillons de petite taille^b • Variabilité parmi les études (matériau des semelles, durée du suivi)^b 	<ul style="list-style-type: none"> • Il peut falloir plusieurs mois pour s'habituer aux semelles orthopédiques. Le patient devrait les porter un peu plus longtemps d'une fois à l'autre, jusqu'à ce qu'il puisse les porter confortablement toute la journée, pour toutes ses activités. • Il peut être utile d'acheter plusieurs paires de semelles orthopédiques pour différents types de chaussures. • Les semelles seront plus efficaces si elles sont portées régulièrement que si elles ne sont portées qu'à l'occasion. • Les semelles orthopédiques, qu'elles soient préfabriquées ou faites sur mesure, devraient être revues tous les deux à quatre ans. Il se peut que les besoins changent en cas de modifications touchant la composition corporelle, la santé générale ou le degré d'activité. • Les semelles orthopédiques sont volumineuses, et il se peut que le patient doive porter une chaussure à l'embout plus large ou haut. Il n'est habituellement pas nécessaire d'opter pour une taille plus grande. Les chaussures à lacets et les bottes se prêtent particulièrement bien aux semelles orthopédiques, mais ne sont pas nécessaires.
Lombalgie^{b, d}	<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. Aucun événement indésirable n'a été signalé^d. 		

^a Les considérations pratiques ont été élaborées par l'autorité sanitaire de la Saskatchewan et revues par le Groupe de travail canadien sur la douleur et son comité consultatif externe.

^b Source des données : Examen rapide de l'ACMTS intitulé *Les semelles orthopédiques faites sur mesure ou préfabriquées dans la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse : efficacité clinique*^a.

^c La qualité ou la force des données probantes peut être incertaine, faible, modérée ou élevée. Plus elle est faible, moins les résultats sont convaincants. Lorsque les données sont de qualité ou de force faible, il faut mener de nouvelles recherches rigoureuses afin de s'assurer de l'effet des interventions.

Les données probantes examinées par l'ACMTS ne couvrent pas tous les types de douleur. Ça ne veut pas dire que les méthodes présentées ne seront pas efficaces pour d'autres types; ça pourrait simplement signifier que la recherche ne s'est pas encore penchée sur ces types de douleur, ou qu'il n'y a pas eu de revue sur le sujet. En outre, les interventions ci-dessus n'auront pas toutes les résultats souhaités chez tous les patients : chaque personne répond différemment à une méthode donnée. Le patient et son fournisseur de soins devront chercher ensemble les méthodes qui fonctionnent le mieux pour le patient.

Pour obtenir ce document en format PDF, rendez-vous à www.acmts.ca/douleurchronique.

Remerciements : L'ACMTS souhaite remercier l'autorité sanitaire de la Saskatchewan, qui a offert son expertise clinique dans la rédaction des considérations pratiques, ainsi que son service de la stratégie sur la douleur, qui a révisé le reste du contenu. Merci aussi au Groupe de travail canadien sur la douleur et à son comité consultatif externe, qui ont revu les considérations pratiques.

Références

1. Busse, J. W., et coll. « Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain », JAMA (en ligne), 8 mai 2017 (cité le 26 avril 2018), vol. 189, n° 18, E659-E666. Accessible au : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5422149> (les recommandations françaises sont présentées dans ce rapport : <https://www.cma.ca/sites/default/files/2018-11/PDFofnewFrenchguideline28sept2017.pdf>)
2. *Orthèses et attelles dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse aux membres supérieurs : efficacité clinique*, Ottawa, ACMTS, mars 2020 (Rapport d'examen rapide de l'ACMTS : synthèse accompagnée d'une évaluation critique). Accessible au : <https://www.cadth.ca/fr/ortheses-et-attelles-dans-le-traitement-de-la-douleur-chronique-non-cancereuse-aux-membres>
3. *Les interventions de modification du poids dans la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse : efficacité clinique*, Ottawa, ACMTS, mars 2020 (Rapport d'examen rapide de l'ACMTS : synthèse accompagnée d'une évaluation critique). Accessible au : <https://www.cadth.ca/fr/les-interventions-de-modification-du-poids-dans-la-prise-en-charge-de-la-douleur-chronique-non>
4. *Les semelles orthopédiques faites sur mesure ou préfabriquées dans la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse : efficacité clinique*, Ottawa, ACMTS, avril 2020 (Rapport d'examen rapide de l'ACMTS : synthèse accompagnée d'une évaluation critique). Accessible au : <https://www.cadth.ca/fr/les-semelles-orthopediques-faites-sur-mesure-ou-prefabriquees-dans-la-prise-en-charge-de-la-douleur>

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.

Septembre 2020

ACMTS Preuves à l'appui.

acmts.ca