

Approches non pharmacologiques de prise en charge de la douleur chronique : méthodes physiques

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'ACMTS 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 physiques. Ces interventions visent à amener de façon sécuritaire le corps du patient à engager ses mécanismes de réduction de la douleur. Mentionnons à titre d'exemples l'exercice, l'acupuncture et la thérapie manuelle. 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



Exercice

L'exercice pourrait atténuer la douleur de différents types : lombalgie, arthrose du genou ou de la hanche, fibromyalgie, polyarthrite rhumatoïde et douleur au cou^a.



Acupuncture

L'acupuncture pourrait atténuer la douleur des types suivants : lombalgie, arthrose de la hanche, arthrose, céphalées, douleur à l'épaule, douleur pelvienne chronique ou prostatite, sciatique et douleur myofasciale^a.



Thérapie manuelle

La thérapie manuelle pourrait atténuer la douleur des types suivants : lombalgie chronique (manipulation vertébrale et massage), cervicalgie (massage) et céphalées de tension (manipulation vertébrale)^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 :

L'exercice pourrait atténuer la douleur de différents types : lombalgie, arthrose du genou ou de la hanche, fibromyalgie, polyarthrite rhumatoïde et douleur au cou.

Tableau 1 : Résultats de recherche et considérations pratiques sur l'exercice et la douleur chronique

Affection	Résultats de recherche	Limites des données probantes	Considérations pratiques ^a
Douleur chronique^b, notamment : <ul style="list-style-type: none"> • Lombalgie • Arthrose • Fibromyalgie • Polyarthrite rhumatoïde • Cervicalgie 	<ul style="list-style-type: none"> • De façon générale, les données probantes indiquent que l'exercice pourrait réduire l'intensité de la douleur et améliorer la capacité fonctionnelle physique comparativement à l'absence d'intervention^b. • L'exercice a peu d'effets indésirables chez les personnes atteintes de douleur chronique^b. 	<ul style="list-style-type: none"> • Données probantes de faible qualité^{b, c} • Variabilité parmi les études (p. ex. types de douleur et d'exercice)^b • Études primaires retenues publiées avant avril 2015; de nouvelles données pourraient être disponibles^b • Exclusion des revues systématiques autres que Cochrane^b • Données insuffisantes sur les effets à long terme^b 	<ul style="list-style-type: none"> • Certaines personnes sont réticentes au mot « exercice »; parlez plutôt de « mouvement », de « bouger » ou de « mode de vie actif ». • Il n'y a pas une activité qui soit meilleure que les autres; aidez les gens à trouver plusieurs activités qu'ils aiment. S'il y en a trop, le patient peut choisir une activité différente qui lui conviendra chaque jour. • Préconisez un début doux et une augmentation lente. Plusieurs courtes séances (quotidiennes) d'exercice seront mieux tolérées que quelques longues séances.
Arthrose du genou^d	<ul style="list-style-type: none"> • L'activité physique pourrait réduire la douleur et améliorer la capacité fonctionnelle et la qualité de vie liée à la santé chez les patients souffrant de gonarthrose comparativement aux soins usuels, à l'absence de traitement et aux interventions simulées^d. • L'activité physique entraînerait une augmentation temporaire de la douleur mineure par rapport à une intervention simulée, mais il n'y aurait pas de différence quant à l'aggravation de la douleur, aux chutes ou au décès^d. • L'activité à faible impact alliant renforcement musculaire, étirements et aérobie n'entraîne pas d'événements indésirables graves chez les personnes âgées; il n'y a pas non plus de différence significative dans le nombre d'arthroplasties totales du genou entre les patients ayant fait de l'activité physique et les témoins qui n'en ont pas fait^d. 	<ul style="list-style-type: none"> • Données probantes de qualité faible à moyenne^{c, d} • Variabilité parmi les études (types et durée des exercices, durée du suivi)^d • Peu d'information sur l'observance des programmes d'exercice par les patients ou sur les événements indésirables^d 	<ul style="list-style-type: none"> • Chez les personnes sédentaires, les activités cardiovasculaires sont mieux tolérées que les exercices contre résistance. Commencez par des exercices cardiovasculaires, puis ajoutez de la musculation. • Discutez des attentes – positives comme négatives – du patient relativement à l'exercice (p. ex. augmentation de la douleur, sudation, perte de poids). Insistez sur le fait qu'il est normal et acceptable de ressentir de la douleur pendant et après l'exercice, et que le but est de trouver un juste équilibre. Expliquez au patient que l'exercice pourrait ultimement être bénéfique sur le plan de la douleur, du sommeil et de l'humeur, et que l'activité physique régulière améliore l'efficacité d'autres traitements contre la douleur. • Prescrivez de l'activité physique et prévoyez un suivi lors duquel vous évaluerez le patient, écouterez ses commentaires et lui offrirez du soutien. Au suivi, posez-lui des questions qui renforceront sa responsabilité dans la prise en charge de sa douleur (p. ex. « Quel exercice avez-vous fait cette semaine? » « Comment avez-vous pris en charge l'augmentation de votre douleur? »)

^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 : Revue systématique Cochrane intitulée « Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews² ».

^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.

^d Source des données : Examen rapide de l'ACMTS intitulé *L'activité physique dans la prise en charge de la gonalgie chronique causée par l'arthrose : efficacité clinique*³.

En résumé :

L'acupuncture pourrait atténuer la douleur des types suivants : lombalgie, arthrose de la hanche, arthrose, céphalées, douleur à l'épaule, douleur pelvienne chronique ou prostatite, sciatique et douleur myofasciale.

Tableau 2 : Résultats de recherche et considérations pratiques sur l'acupuncture et la douleur chronique

Affection	Résultats de recherche	Limites des données probantes	Considérations pratiques ^a
Douleur chronique non cancéreuse^{b, c}	<ul style="list-style-type: none"> Des données probantes laissent croire que l'acupuncture pourrait être une intervention efficace pour réduire la douleur chez l'adulte atteint de lombalgie^{b, c}, d'arthrose de la hanche^b, d'arthrose^b, de céphalées^b, de douleur à l'épaule^b, de douleur myofasciale^b, de sciatique^b et de prostatite ou de douleur pelvienne chronique^b comparativement à l'absence de traitement, à un traitement simulé, au placebo ou aux soins usuels. En ce qui concerne la lombalgie, une source^c fait état de légères réductions à court et à long terme de la douleur, et aucun effet à moyen terme^d. Les études portant sur la prostatite chronique et la douleur pelvienne ne font état d'aucune différence entre les groupes recevant l'acupuncture et les groupes de comparaison pour ce qui est des événements indésirables^b. 	<ul style="list-style-type: none"> Qualité des données d'une source^b faible; force des données de l'autre source^{c, e} faible à modérée Résultats variables selon la population de patients et le type d'acupuncture^b Signification pour le patient du changement dans la douleur pas toujours mentionnée^{b, c} Pas de suivi à long terme^b Variabilité parmi les études (diagnostic clinique, comorbidités, interventions, comparateurs)^{b, c} Critères d'évaluation non normalisés^b Données limitées sur les effets néfastes^{b, c} Échantillons de petite taille^c 	<ul style="list-style-type: none"> Il faut parfois de deux à quatre traitements pour remarquer des résultats; toutefois, de nombreux patients font état d'un soulagement (réduction de la douleur, amélioration de l'état de relaxation et du sommeil) pouvant durer plusieurs jours après un seul traitement. L'insertion de l'aiguille n'est habituellement pas douloureuse, mais elle peut provoquer un léger inconfort ou une sensation de chaleur de courte durée au point d'insertion. Si une aiguille est trop désagréable, elle peut être retirée. Idéalement, les patients sentiront une pression sourde sous l'aiguille. En cas de douleur résiduelle, de légers étirements ou un doux massage pourront atténuer le tout. Le traitement peut causer des ecchymoses ou de légers saignements. Les effets indésirables plus graves sont extrêmement rares et découlent d'une mauvaise application. Recommandez aux patients de chercher un acupuncteur agréé ayant de l'expérience en traitement de la douleur chronique.

^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 *L'acupuncture dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse : efficacité clinique, rapport coût/efficacité et lignes directrices*⁴.

^c Source des données : Rapport produit pour l'Agency for Healthcare Research and Quality intitulé *Noninvasive Nonpharmacological Treatment for Chronic Pain: A Systematic Review Update*⁵.

^d Court terme : de 1 mois à moins de 6 mois; moyen terme : de 6 mois à moins de 12 mois; long terme : 12 mois et plus.

^e 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 :

La thérapie manuelle pourrait atténuer la douleur des types suivants : lombalgie chronique (manipulation vertébrale et massage), cervicalgie (massage) et céphalées de tension (manipulation vertébrale).

Tableau 3 : Résultats de recherche et considérations pratiques sur la thérapie manuelle et la douleur chronique

Affection	Résultats de recherche	Limites des données probantes	Considérations pratiques ^a
Dorsalgie ^{b, c}	<p>Manipulation vertébrale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bien que certaines données probantes indiquent que, comparativement à des témoins, la manipulation vertébrale est efficace pour réduire la douleur à moyen terme^d et améliorer la capacité fonctionnelle à court et à moyen terme^d chez les personnes atteintes de lombalgie chronique^b, le reste des données probantes est partagé^c. • Les thérapies manuelles sont habituellement bien tolérées et n'ont que des effets indésirables légers et passagers, comme l'inconfort, la fatigue^c et l'augmentation de la douleur^b. 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité des données d'une source de faible à modérée^c; force des données de l'autre source de faible à modérée^{b, e} • Variabilité parmi les études retenues (types de thérapie manuelle et populations)^{b, c} • Signification pour le patient du changement dans la douleur pas toujours mentionnée^{b, c} • Données limitées sur les effets néfastes^b • Aucune donnée probante sur les effets à long terme^{b, d} 	<ul style="list-style-type: none"> • Les modalités de traitement recommandées dépendront du site de la douleur, du diagnostic, des objectifs de soins, des préférences du patient et de la réponse au traitement. • Encouragez le recours à la thérapie manuelle comme stratégie transitoire visant à réduire la douleur, à aider le patient à devenir plus actif et à prendre sa douleur en charge lui-même (certains patients développent une dépendance à leur traitement et se sentent impuissants; ils s'en remettent alors trop à leur fournisseur de soins). • Encouragez les patients à chercher un professionnel qui a de l'expérience avec la douleur chronique et qui voit la thérapie manuelle comme un traitement d'appoint à l'autoprise en charge. • Le patient peut ressentir de l'inconfort durant le traitement et pendant un ou deux jours après. Cet inconfort peut être soulagé par du mouvement doux, l'application de chaud ou de froid et l'automassage. • Respectez la préférence des patients pour des membres de professions agréées ou réglementées et évitez de poser des jugements. Encouragez les patients à essayer différents fournisseurs et différents types de thérapies manuelles qui leur sont accessibles et à poursuivre le traitement qui leur convient le mieux. Un patient devrait avoir essayé différents fournisseurs (absence de réduction ou augmentation de la douleur après un nombre raisonnable de séances) avant que des interventions plus efficaces soient envisagées.
	<p>Massothérapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comparativement à des témoins, la massothérapie pourrait être efficace pour réduire la douleur et améliorer la capacité fonctionnelle à court terme^d chez les personnes atteintes de lombalgie chronique^b. On n'observe aucun effet à moyen terme pour l'un ou l'autre des indicateurs^d. • Aucun effet indésirable grave n'est signalé en lien avec la massothérapie. Des effets indésirables légers (augmentation de la douleur) sont signalés^b. 	<ul style="list-style-type: none"> • Données probantes fragmentaires et force de faible à modérée^{b, e} • 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 retenues (diagnostic clinique et comorbidités)^b • Aucune donnée probante sur les effets à long terme^{b, d} 	

<p>Cervicalgie^b</p>	<p>Massothérapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comparativement à des témoins, la massothérapie pourrait être efficace pour réduire la douleur et améliorer la capacité fonctionnelle à court terme^d chez les personnes atteintes de cervicalgie chronique^b. • Aucun effet indésirable grave n'est signalé en lien avec la massothérapie. Des effets indésirables légers sont signalés, notamment l'inconfort ou la douleur, les céphalées, les étourdissements, la somnolence, les sautes d'humeur, les nausées, l'endormissement et la difficulté à bouger la tête et le cou^b. 	<ul style="list-style-type: none"> • Données dispersées et force faible^{b,e} • 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 retenues (diagnostic clinique et comorbidités)^b • Aucune donnée probante sur les effets à long terme^{b,d} 	
<p>Céphalées de tension^b</p>	<p>Manipulation vertébrale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comparativement à des témoins, la manipulation vertébrale pourrait être efficace pour réduire la douleur et améliorer la capacité fonctionnelle à court terme^d chez les personnes souffrant de céphalées de tension chroniques^b. 	<ul style="list-style-type: none"> • Données dispersées et force faible^{b,e} • 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 retenues (diagnostic clinique et comorbidités)^b • Aucune donnée probante sur les effets à long terme^{b,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 : Rapport produit pour l'Agency for Healthcare Research and Quality intitulé *Noninvasive Nonpharmacological Treatment for Chronic Pain: A Systematic Review Update*⁵.

^c Source des données : Examen rapide de l'ACMTS intitulé *La thérapie manuelle dans la prise en charge de la dorsalgie et de la cervicalgie persistantes non cancéreuses : efficacité clinique*⁶.

^d Court terme : de 1 mois à moins de 6 mois; moyen terme : de 6 mois à moins de 12 mois; long terme : 12 mois et plus.

^e 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. Geneen, L. J., et coll. « Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews », *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, numéro 4, article n° CD011279. DOI: 10.1002/14651858.CD011279.pub3. Accessible au <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011279.pub3/abstract>
3. *L'activité physique dans la prise en charge de la gonalgie chronique causée par l'arthrose : efficacité clinique*, Ottawa, ACMTS, janvier 2020 (Rapport d'examen rapide de l'ACMTS : synthèse accompagnée d'une évaluation critique). Accessible au <https://www.cadth.ca/fr/lactivite-physique-dans-la-prise-en-charge-de-la-gonalgie-chronique-causee-par-larthrose-efficacite>
4. *L'acupuncture dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse : efficacité clinique, rapport cout/efficacité et lignes directrices*, Ottawa, ACMTS, octobre 2019 (Rapport d'examen rapide de l'ACMTS : synthèse accompagnée d'une évaluation critique). Accessible au <https://www.cadth.ca/acupuncture-chronic-non-cancer-pain-review-clinical-effectiveness-cost-effectiveness-and-0>
5. Skelly, A. C., et coll. *Noninvasive Nonpharmacological Treatment for Chronic Pain: A Systematic Review Update*, Comparative Effectiveness Review n° 227. (Préparé par le Pacific Northwest Evidence-based Practice Center en vertu du contrat n° 290-2015-00009-I.) Publication de l'HRQ n° 20-EHC009. Rockville (Maryland), Agency for Healthcare Research and Quality, avril 2020. DOI: <https://doi.org/10.23970/AHRQEPCCER227>. Accessible au <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/noninvasive-nonpharm-pain-update/research>
6. *La thérapie manuelle dans la prise en charge de la dorsalgie et de la cervicalgie persistantes non cancéreuses : efficacité clinique*, Ottawa, ACMTS, février 2020 (Rapport d'examen rapide de l'ACMTS : synthèse accompagnée d'une évaluation critique). Accessible au <https://www.cadth.ca/manual-therapy-persistent-non-cancer-back-and-neck-pain-review-clinical-effectiveness>

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