

# UETMISSS

Unité d'évaluation des technologies  
et modes d'interventions en santé  
et en services sociaux

## **LA DOULEUR NEUROPATHIQUE AVEC ATTEINTE PRIMAIRE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : IDENTIFICATION DES MEILLEURES PRATIQUES**

### **REVUE RAPIDE**

Préparée par :

L'Unité d'évaluation des technologies et  
modes d'interventions

Service du développement des pratiques  
et de l'évaluation

Direction de la qualité, de la performance et des mandats  
universitaires

Mars 2015

**Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Capitale-Nationale**

**Québec** 

Institut de réadaptation en déficience  
physique de Québec

Le contenu de cette publication a été rédigé par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS) de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDQP).

Pour se renseigner sur cette publication ou toute autre activité de l'UETMISSS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention  
en santé et en services sociaux  
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec  
525, boulevard Wilfred Hamel  
Québec (Québec) G1M 2S8  
Canada

Téléphone : 418 529-9141 poste 6589

Afin de faciliter la lecture du document, un seul genre a été retenu pour identifier le féminin et le masculin.

Il est recommandé de citer le document de cette façon :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS).  
**La douleur neuropathique avec atteinte primaire du système nerveux central : identification des meilleures pratiques.** Revue rapide préparée par Désirée Nsanzabera, M.A.P., M.A., Isabelle Deaudelin, M.Sc. et Normand Boucher, Ph. D. : Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, 25 pages.

La reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, à condition d'en citer la source.

Copyright © 2015 Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

Une revue rapide présente les informations destinées aux gestionnaires et aux cliniciens afin de soutenir la prise de décision concernant une technologie ou une mode d'intervention en santé et services sociaux. Il s'agit d'une approche consistant à réaliser, en un temps relativement court, une synthèse rapide d'informations issues de sources de données probantes sélectionnées. Le document n'a pas fait l'objet d'un examen critique par des experts.

Ce document présente les informations disponibles au 15 octobre 2014 selon la méthodologie de recherche retenue. Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité de l'IRDQP et de son personnel à l'égard des informations transmises.

# TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE DES INFORMATIONS RECUEILLIES .....	1
1. DEMANDEURS.....	1
2. CONTEXTE DÉCISIONNEL .....	1
3. OBJET D'ÉVALUATION.....	1
4. QUESTION DÉCISIONNELLE .....	2
4.1. QUESTIONS D'ÉVALUATION .....	2
5. DÉMARCHE D'ÉVALUATION .....	2
5.1. CRITÈRES PICOTS POUR DÉFINIR LES QUESTIONS D'ÉVALUATION ET LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE .....	2
5.2. COMITÉ DE TRAVAIL.....	3
5.3. MÉTHODOLOGIE .....	3
5.3.1. Recherche documentaire .....	3
5.3.2. Sélection des publications et évaluation de la qualité.....	3
5.3.3. Synthèse des données.....	4
6. RÉSULTATS .....	4
6.1. ORGANISATION DES SERVICES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE .....	4
6.2. INTERVENTIONS CORRESPONDANT AUX CHAMPS DISCIPLINAIRES DES PROGRAMMES DEMANDEURS .....	5
6.2.1. Interventions utilisées en ergothérapie et/ou en physiothérapie.....	6
6.2.1.1. Désensibilisation .....	6
6.2.1.2. Rééducation sensorielle / sensitive .....	6
6.2.1.3. Exercice.....	7
6.2.1.4. Massage .....	7
6.2.1.5. Stimulation électrique transcutanée (TENS).....	7
6.2.1.6. Techniques basées sur l'imagerie ou l'illusion.....	7
6.2.1.7. Techniques de relaxation .....	8
6.2.2. Interventions utilisées en psychologie.....	8
6.2.2.1. Interventions orientées vers les facteurs psychologiques de la douleur neuropathique.....	8
6.2.2.2. Thérapies cognitivo-comportementales (CBT: Cognitive behavioral therapies) .....	8
6.2.2.3. Hypnose.....	9
6.2.3. Interventions utilisées en récréologie .....	9
6.2.4. Interventions utilisées en orientation professionnelle (Vocational Rehabilitation Counseling).....	9
6.3. INTERVENTIONS NE CORRESPONDANT PAS AUX CHAMPS DISCIPLINAIRES DES PROGRAMMES DEMANDEURS.....	9
6.3.1. Thérapies alternatives .....	9
6.3.1.1. Acupuncture.....	9
6.3.1.2. Qi-gong.....	10
6.3.2. Nouvelles orientations.....	10
6.3.2.1. Approches axées sur la réduction de la médication .....	10
6.3.2.2. Potentiel futur de l'effet placebo .....	10
7. SOMMAIRE DES CONSTATS.....	10
8. DISCUSSION .....	11
CONCLUSION.....	12
RÉFÉRENCES.....	13
ANNEXES .....	15



## SYNTHÈSE DES INFORMATIONS RECUEILLIES

### CONTEXTE

Développement, au PERDC et dans les autres programmes de l'IRDPO, d'une offre de services pour la clientèle atteinte de douleur neuropathique.

### P.I.C.O.T.S.

**P :** Personnes atteintes de douleur neuropathique consécutive à une lésion du système somatosensoriel.

**I :** Intervention non pharmacologique et non chirurgicale.

**C :** Si présentés. Peuvent être autres interventions ou aucune.

**O :** Si présentés. Peuvent être primaires (i.e. ➔ douleur, ➔ qualité de vie) ou secondaires (i.e. ➔ anxiété, coping, retour au travail).

**T/S :** Si présentés. Peuvent être : autogestion, prévention, traitement, suivi à long terme.

Critères d'exclusion :

Types de douleurs :

- Musculosquelettiques;
- chroniques si aspect neuropathique non précisé.

Types d'intervention :

Pharmacologique ou chirurgicale.

Types de publications : autres que revues systématiques, guides de pratiques, ouvrages spécialisés.

### QUESTION DÉCISIONNELLE

Quelle devrait être l'offre de service pour la clientèle adulte présentant de la douleur neuropathique?

### QUESTIONS D'ÉVALUATION

- Quelle est l'organisation des services associée à l'efficacité des services, notamment au niveau de la précocité, l'intensité et la durée des interventions, les intervenants impliqués, l'environnement (*setting*) et les coûts associés?
- Quelles sont les pratiques et les interventions qui peuvent être utilisées pour la prise en charge en réadaptation de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne des adultes présentant de la douleur neuropathique avec atteinte primaire du système nerveux central? Quelle est leur efficacité?

### RÉSULTATS

#### EN LIEN AVEC L'ORGANISATION DES SERVICES

- Approche interdisciplinaire centrée sur la participation sociale et articulée autour de 4 piliers :
  - ✓ Éducation et information visant l'engagement de la personne et de sa famille;
  - ✓ Interventions médicales;
  - ✓ Interventions de réadaptation physique et professionnelle;
  - ✓ Interventions psychologiques et comportementales.
- Trois perspectives : complémentaire, compensatoire et alternative.
- Le moment où l'approche interdisciplinaire est recommandée varie : certains la recommandent au début, d'autres seulement si d'autres ont échoué.

#### EN LIEN AVEC LES PRATIQUES ET INTERVENTIONS INDIVIDUELLES :

##### Interventions déjà pratiquées dans les champs disciplinaires

- La plupart des interventions préconisées pour la douleur neuropathique sont déjà utilisées pour d'autres types de douleur chronique (musculosquelettique, viscérale, etc.).
- Quelques interventions seulement semblent indiquées spécifiquement pour la douleur neuropathique, notamment la désensibilisation et la rééducation sensitive.
- La plupart des interventions présentées dans cette revue relèvent de champs disciplinaires déjà présents au programme : ergothérapie, physiothérapie, psychologie, etc. même si certaines techniques et modalités peuvent être plus connues par des professionnels que d'autres. Aussi, l'organisation des services actuelle ne serait pas remise en question.

##### Interventions non actuellement offertes

- Certaines interventions ne sont pas actuellement utilisées, notamment en raison du cadre légal, normatif et financier. Il s'agit des thérapies alternatives (acupuncture, Qi-gong, etc.).
- D'autres sont à l'étude, comme des thérapies axées sur la réduction des médicaments.
- Bien que le potentiel actuel d'utilisation soit limité, la rééducation sensitive et les approches visant la réduction de la médication mériteraient d'être mieux connues par les professionnels.
- Les professionnels devraient être outillés pour informer adéquatement les usagers, étant donné l'abondance des « thérapies » proposées sur internet.

### LIMITES

- Revue basée uniquement sur des revues systématiques (5), des guides de pratique (3) et des ouvrages spécialisés (3).
- Niveaux d'évidences limités dans les publications retenues.
- Éléments d'organisation de services peu développés. Entre autres, fréquence et intensité des services peu documentées.
- Douleur neuropathique est une problématique multifactorielle et multidimensionnelle.
- Difficulté à établir les impacts financiers et organisationnels des choix cliniques.
- Perspective des usagers n'a pas été présentée.



## 1. DEMANDEURS

- Programme d'expertise de réadaptation en douleur chronique (PERDC), direction des programmes multiclientèles et aides techniques.
- Programmes des Myélopathies et programme des Encéphalopathies, direction des services à la clientèle des adultes et des aînés.

## 2. CONTEXTE DÉCISIONNEL

En 2010, l'IRDPO a été désigné membre du Centre d'expertise en douleur chronique (CEDC) pour le RUIS-UL. Le mandat du Programme d'expertise en réadaptation en douleur chronique (PERDC) est de soutenir le développement des services de deuxième ligne (région 03) et d'offrir des services de réadaptation de troisième ligne (pour les régions du RUIS-UL) pour des personnes vivant avec de la douleur chronique ayant un impact significatif sur la réalisation des habitudes de vie.

Actuellement à l'IRDPO, l'offre de service pour la prise en charge de la douleur d'origine musculosquelettique est jugée adéquate, compte tenu d'une expérience de plus de 20 ans dans l'intervention de réadaptation pour cette clientèle. De plus, le PERDC dispose d'une équipe d'experts à l'affût du développement des connaissances scientifiques, dont [l'évaluation produite par l'INESSS sur la prise en charge de la douleur chronique](#). Cependant, l'offre de service pour la clientèle aux prises avec de la douleur d'origine neuropathique centrale doit être bonifiée de manière à permettre une meilleure adéquation avec le besoin. Compte tenu du mandat de centre d'expertise, l'IRDPO estime qu'il est nécessaire d'être à la fine pointe des connaissances sur la meilleure offre de services de réadaptation à mettre en place pour cette clientèle.

Bien que cette demande provienne du PERDC, les programmes des myélopathies, des encéphalopathies, de sclérose en plaques et des maladies neuromusculaires sont également concernés puisqu'ils prennent en charge des usagers avec la douleur neuropathique.

Dans le but de contribuer à l'atteinte de cet objectif, il a été convenu de confier le mandat de réaliser une évaluation de ces interventions à l'Unité d'ETMISSS de l'IRDPO. Une première demande, adressée en 2012 et devant donner lieu à une note brève a été suspendue en raison d'une revue systématique en cours de réalisation (Boldt, Eriks-Hoogland, Brinkhof, Bie, & von Elm, 2011). En 2014, devant le constat que la publication de la revue systématique tardait alors que les besoins de la clientèle nécessitaient une offre de services documentée, il a été décidé de répondre à la demande, cette fois-ci dans le cadre d'une revue rapide limitée aux revues systématiques publiées entre 2012 et 2014.

## 3. OBJET D'ÉVALUATION

La douleur neuropathique est une « douleur secondaire à une lésion ou une maladie affectant le système somatosensoriel (Bouhassira, 2008). La douleur se caractérise par des sensations de brûlures, de froid douloureux ou de décharges électriques (Lantéri-Minet, 2008). La lésion nerveuse responsable de la douleur peut être périphérique (impliquant les nerfs, les racines, les ganglions sensitifs ou les plexus) ou centrale (impliquant la moelle épinière ou le cerveau) (Bouhassira, 2008).

Les causes de la douleur neuropathique sont multiples : lésions des systèmes nociceptifs, des processus neuro-inflammatoires, l'hyperexcitabilité des neurones de 2<sup>e</sup> ordre, mort neuronale, diminution des mécanismes inhibiteurs et des réorganisations structurelles sont démontrées ou suggérées. Le phénomène de « sensibilisation centrale » est au cœur de cette problématique. Ce dernier est défini comme une augmentation anormale d'activité, spontanée et/ou évoquée, des neurones nociceptifs du système nerveux central (Garcia-Larrea & Magnin, 2008).

Parmi les causes les plus classiques de la douleur neuropathique centrale, on retrouve les atteintes cérébrales (accidents vasculaires cérébraux) et spinales (lésions médullaires et sclérose en plaques) (Bouhassira, 2008); (Morand,

2008)). La prévalence exacte de la douleur neuropathique n'est pas connue, mais deux études populationnelles européennes rapportent une prévalence entre 7% et 8% de la population générale (Haanpää & Treede, 2010). Parmi les groupes de personnes ayant certaines atteintes au système nerveux, la prévalence est plus haute. Par exemple, la littérature rapporte qu'entre 34-41% des personnes ayant une lésion médullaire vivent avec la douleur neuropathique, 5 ans post-traumatisme (Heutink et al., 2012). La douleur neuropathique peut avoir un impact important sur la réalisation des habitudes de vie, par exemple le sommeil, les relations interpersonnelles, la réalisation des activités courantes et le retour au travail.

## 4. QUESTION DÉCISIONNELLE

Quelle devrait être l'offre de service en réadaptation pour la clientèle adulte présentant de la douleur neuropathique avec atteinte primaire du système nerveux central, ayant un impact significatif sur la réalisation des habitudes de vie?

### 4.1. QUESTIONS D'ÉVALUATION

- Quelle est l'organisation des services associée à l'efficacité des services, notamment sur le plan de la précocité, l'intensité et la durée des interventions, les intervenants impliqués, l'environnement (*setting*) et les coûts associés?
- Quelles sont les pratiques et les interventions qui peuvent être utilisées pour la prise en charge en réadaptation de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne des adultes présentant de la douleur neuropathique avec atteinte primaire du système nerveux central? Quelle est leur efficacité?

## 5. DÉMARCHE D'ÉVALUATION

### 5.1. CRITÈRES PICOTS POUR DÉFINIR LES QUESTIONS D'ÉVALUATION ET LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

CRITÈRES D'INCLUSION	
Participants (P)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adultes sans profil gériatrique (16-79 ans)</li> <li>▪ Présentant une douleur neuropathique en lien avec l'une ou l'autre de ces conditions : lésion ou blessure médullaire, AVC, sclérose en plaques, douleur du membre fantôme (chez les amputés), syndrome de douleur régionale complexe (SDRC)</li> <li>▪ Inclure si douleur neuropathique est concomitante à la douleur musculosquelettique (orthopédique)</li> </ul>
Intervention (I)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modes d'intervention en réadaptation actuels et d'autres modes d'intervention alternatifs :               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Uni ou pluridisciplinaires</li> <li>→ Non pharmacologiques (inclure étude si interventions de réadaptation sont concomitantes à des interventions pharmacologiques)</li> <li>→ Non chirurgicales (inclure étude si interventions de réadaptation sont concomitantes à des interventions chirurgicales)</li> </ul> </li> <li>▪ Visant le traitement (soulagement) de la douleur et l'adaptation à la douleur (coping)</li> </ul>
Comparateur(s) (C)	Relever et préciser l'information, mais ne sera pas un critère de restriction
Résultats (outcomes) (O)	Relever et préciser l'information, mais ne sera pas un critère de restriction <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Résultats finaux : diminution de la douleur, diminution des impacts sur les habitudes de vie (par exemple, le retour au travail), amélioration de la qualité de vie</li> <li>▪ Résultats secondaires : affect (i.e. anxiété et dépression), « coping », capacités fonctionnelles</li> <li>▪ Point de vue des usagers sur les interventions</li> </ul>
Timing (T)	Relever et préciser l'information, mais ne sera pas un critère de restriction <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Précocité, durée et intensité de l'intervention et du suivi</li> </ul>

Environnement (setting) (S)	Relever et préciser l'information, mais ne sera pas un critère de restriction
<b>CRITÈRES D'EXCLUSION</b>	
Publications exclues	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervention pharmacologique ou chirurgicale prise isolément</li> <li>▪ Langue de publication autre que français ou anglais</li> </ul>
Types de douleurs exclus <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Douleurs musculosquelettiques / orthopédiques</li> <li>▪ Douleur chronique s'il n'y a pas de précision si elle est neuropathique</li> <li>▪ Lombalgie / cervicalgie / fibromyalgie</li> <li>▪ Arthrose / arthrite</li> </ul>
<b>LIMITES</b>	
Date de publication	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revues systématiques</li> <li>▪ Guides de pratiques fondés sur des données probantes</li> <li>▪ Ouvrages spécialisés (ex. chapitre de livre)</li> <li>▪ De 2012-01-01 à présent</li> </ul>

## 5.2. COMITÉ DE TRAVAIL

Un groupe de travail a été formé pour assurer le suivi des travaux. Il était composé des trois membres de l'UETMISSS : Normand Boucher, Isabelle Deaudelin et Désirée Nsanzabera, ainsi que deux cliniciens : René Quirion, du PERDC et David Rodrigue du programme des blessés médullaires.

Le mandat du groupe de travail était de :

- Contribuer à la recherche documentaire et à la sélection des publications;
- Valider et contextualiser les résultats exploratoires issus de l'ETMISSS;
- Participer à la diffusion du rapport d'ETMISSS et au transfert des connaissances.

## 5.3. MÉTHODOLOGIE

Pour cette évaluation, il a été convenu de réaliser une revue rapide<sup>2</sup>.

La sélection des publications, l'évaluation de leur qualité, l'extraction et la synthèse des données ainsi que l'écriture du rapport ont été réalisées par Désirée Nsanzabera. Dans un contexte d'apprentissage, Isabelle Deaudelin a participé à la sélection des publications, à l'évaluation de leur qualité ainsi qu'à la relecture du rapport. À toutes les étapes, elles ont bénéficié du soutien méthodologique de Normand Boucher, chercheur d'établissement à l'IRDPO.

### 5.3.1. Recherche documentaire

La stratégie de recherche documentaire a été élaborée par la bibliothécaire du CIGI, Nathalie Mousseau, selon les critères du PICOTS spécifiés dans le tableau précédent. La recherche documentaire a été, quant à elle, effectuée par Chantal Dufour et Jessie St-Laurent, techniciennes en documentation. Ces personnes s'assurent d'éliminer les doublons. Les bases de données bibliographiques PubMed, Embase, CINAHL, PsycINFO ont été interrogées et le moteur de recherche Google Scholar a également été utilisé.

### 5.3.2. Sélection des publications et évaluation de la qualité

La recherche documentaire a permis de repérer 593 publications et 13 documents de littérature grise.

<sup>1</sup> Ces types de douleurs ont été exclus, car les besoins de connaissance de l'équipe à cet égard étaient comblés.

<sup>2</sup> La définition de revue rapide se retrouve à la page ii.

Une première étape de sélection à partir de la lecture des titres et résumés a permis d'identifier 93 documents correspondant aux types de publications souhaitées, soit 77 revues systématiques, 13 guides de pratiques et 3 ouvrages spécialisés. Cinq-cent-treize (513) publications correspondant à des études primaires ont été exclues.

La deuxième étape de sélection s'est basée sur la lecture rapide des publications retenues. À cette étape, 82 publications ont été exclues ne répondant pas aux critères d'inclusion. Onze (11) publications ont été retenues, soit neuf cinq revues systématiques, trois guides de pratiques et trois ouvrages spécialisés (chapitres de livre). Les outils [AMSTAR](#) et [AGREE](#) sont utilisés respectivement pour évaluer la qualité des revues systématiques et des guides de pratiques. La qualité des ouvrages spécialisés n'a pas été évaluée.

Les deux professionnelles ont procédé à l'évaluation des publications chacune de leur côté et ont fait une mise en commun des résultats par la suite. La qualité des publications évaluées varie de faible à bonne (voir annexe 3). Les niveaux de preuve, quant à eux, n'ont pas été évalués.

### 5.3.3. Synthèse des données

Les données colligées dans les publications retenues ont été synthétisées dans le tableau qui est présenté en annexe 6.

## 6. RÉSULTATS

### 6.1. ORGANISATION DES SERVICES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE

Les trois guides de pratique retenus s'entendent sur le fait que la douleur neuropathique est la forme de douleur la plus encline à résister aux traitements conventionnels. Aussi, une **approche multimodale** comportant plusieurs modalités de prise en charge et faisant intervenir différents professionnels de la santé, selon une approche multidisciplinaire et/ou interdisciplinaire, est recommandée par les guides de pratique ((National Guideline, 2013), (Goebel et al., 2012), (Harden et al., 2013)) et les ouvrages spécialisés (Cook & Griensven (2014); Sumracki et al. (2014)). Toutefois, bien que la diversité des interventions fasse presque l'unanimité, l'interdisciplinarité n'est pas nécessairement utilisée en premier lieu.

L'exploration des publications ((Sumracki et al. (2014), National Guideline (2013); Cook & Griensven (2014)) démontre que les interventions peuvent être considérées selon trois perspectives :

- la perspective **complémentaire**, dans laquelle une intervention est offerte pour optimiser les effets d'une ou de plusieurs autres interventions;
- la perspective **compensatoire**, dans laquelle l'intervention est offerte pour pallier l'absence d'effets sur une dimension donnée, ou pour compenser les effets secondaires d'une autre intervention;
- la perspective **alternative**, dans laquelle une intervention est offerte à la place d'une autre, celle-ci pouvant avoir une efficacité équivalente ou non (d'autres facteurs que l'efficacité pouvant entrer en jeu, dont les préférences des cliniciens ou des usagers).

L'intervention multimodale vise différents mécanismes en interaction dans la douleur neuropathique. Selon Cook & Griensven(2014), ses objectifs peuvent se résumer en quatre éléments :

1. réduire la sensibilité périphérique;
2. réduire l'activité ectopique<sup>3</sup>;
3. diminuer la sensibilité centrale;
4. réduire la facilitation et augmenter l'inhibition au niveau central.

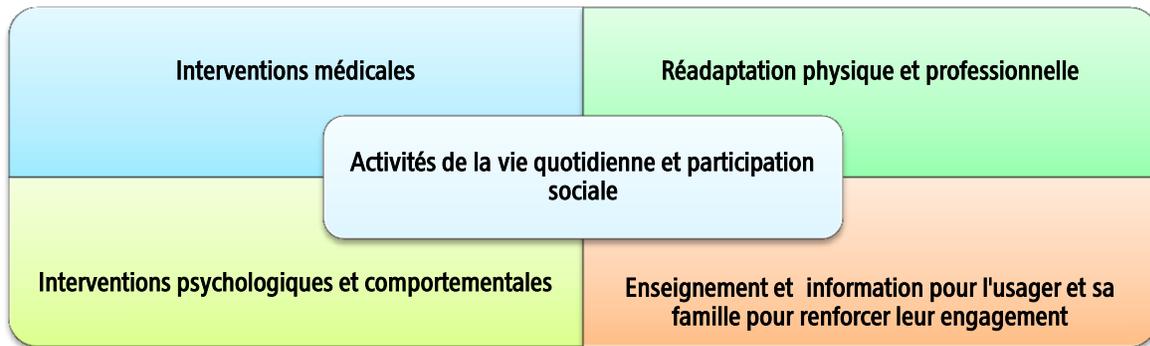
Pour atteindre ces objectifs, les auteurs proposent une approche globale pouvant comporter les éléments suivants : la désensibilisation, la rééducation sensitive, le reconditionnement du cerveau (*cortical remapping*) et enfin, les aides

---

<sup>3</sup> Les neurones endommagés développent de l'activité ectopique, c'est-à-dire qu'ils déchargent en l'absence de stimulus, ce qui engendre ensuite des douleurs neuropathiques.

techniques et adaptations (marchette, orthèse, etc.)<sup>4</sup>. Dans le cas précis du syndrome de douleur régionale complexe (SDRC), un algorithme de traitement est rapporté (Cook & Griensven, 2014, p. 150). Goebel et al. (2012) présentent, dans leur guide, les éléments principaux d'une approche interdisciplinaire<sup>5</sup> pour le traitement du SDRC, articulée autour de quatre principaux éléments : l'éducation, la réduction de la douleur, la réadaptation physique et l'intervention psychologique.<sup>6</sup>

Figure 1 : Quatre piliers pour le traitement du SDRC



En ce qui concerne le moment (timing) où l'approche interdisciplinaire est recommandée, on constate que Goebel et al. (2012) présentent d'emblée une approche interdisciplinaire, alors que les deux autres guides adoptent une démarche plutôt « étagée » : le guide de Harden et al. (2013) propose l'approche interdisciplinaire (incluant les médicaments, les psychothérapies et autres interventions) uniquement lorsque l'approche axée sur la restauration fonctionnelle a échoué ou n'a pas pu débuter. Le National Clinical Guideline (2013) (SIGN-136) propose, quant à lui, un traitement en six étapes<sup>7</sup> dans lequel l'approche interdisciplinaire incluant des thérapies psychologiques n'est proposée qu'à la toute dernière étape, lorsque la douleur demeure réfractaire après quatre médicaments conventionnels ou plus.

Toujours en ce qui concerne l'organisation des services, Goebel et al. (2012) recommandent spécifiquement du soutien à la fois multimodal et interdisciplinaire et sur le long terme.

## 6.2. INTERVENTIONS CORRESPONDANT AUX CHAMPS DISCIPLINAIRES DES PROGRAMMES DEMANDEURS

Afin de répondre aux questions d'évaluation de la manière qui se rapproche le plus des besoins décisionnels du demandeur, les interventions identifiées dans la littérature ont été regroupées, autant que possible, selon les champs disciplinaires au programme<sup>8</sup>. Cette classification a été également dictée par l'utilisation inégale des notions de « thérapie », « intervention » et « technique » dans les publications. Parfois, elles sont synonymes, d'autres fois elles sont utilisées pour nommer des méthodes distinctes. Aussi, la classification présentée considère les « techniques » et les « thérapies » comme modalités d'une « intervention ».

Il convient aussi de noter que tel qu'indiqué dans le PICOTS, la prise en charge de la douleur neuropathique peut viser divers résultats : réduction de la douleur, diminution des impacts sur les habitudes de vie (par exemple, le travail, les loisirs, etc.), amélioration des capacités fonctionnelles, amélioration de la qualité de vie, bien-être psychologique, développement de stratégies d'adaptation à sa condition (coping), etc. Les outcomes considérés dans les publications retenues sont rapportés dans l'annexe 6. Étant donné la variété des résultats explorés par les publications incluses

<sup>4</sup> Ces éléments sont décrits plus loin.

<sup>5</sup> L'approche de Goebel et al (2012) est détaillée en Annexe 5.

<sup>6</sup> Étant donné que l'organisation des systèmes de santé britannique et québécois est différente, cette revue ne tient pas compte de la distinction entre services de première et de deuxième ligne tels que présentés par Goebel et al. (2012).

<sup>7</sup> Annexe 3 : *Pathway for patient with neuropathic pain*. pp 52-53.

<sup>8</sup> À noter cependant qu'une même intervention peut se retrouver dans plus d'un champ disciplinaire.

dans la revue rapide, les interventions présentées ne tiennent pas compte de l'efficacité en lien avec l'un ou l'autre des résultats (outcomes).

### 6.2.1. Interventions utilisées en ergothérapie et/ou en physiothérapie

Les guides de pratique recommandent l'ergothérapie et la physiothérapie (parfois, sans établir de distinction entre les deux) comme composantes d'une approche visant la restauration fonctionnelle (Harden et al., 2013), l'adaptation, la réadaptation et/ou la gestion intégrée de la douleur (*pain management programs*) (Goebel et al., 2012). Cependant, une revue systématique et un guide de pratique indiquent que les données probantes quant à l'efficacité des interventions utilisant ces deux disciplines en termes de réduction de la douleur sont plutôt limitées ((O'Connell, Wand, McAuley, Marston, & Moseley, 2013) et (Goebel et al., 2012)).

L'ensemble des guides de pratiques ((National Guideline, 2013), (Goebel et al., 2012), (Harden et al., 2013)) suggère<sup>9</sup> différentes modalités d'intervention en ergothérapie et en physiothérapie. Certaines publications (exemple : Moura et al., (2012) et National Guideline (2013)) font référence à des interventions manuelles ou physiques (*manual therapies, mind-body therapies, etc.*). Ces interventions peuvent faire appel à des stratégies autres que physiques et/ou manuelles, en travaillant sur d'autres aspects (ex. cognitifs, i.e. l'image corporelle, professionnelle, en travaillant sur la réinsertion professionnelle, etc.). Dans les lignes qui suivent, différentes interventions pour lesquelles les données étaient disponibles sont présentées.

#### 6.2.1.1. Désensibilisation

Selon Cook et Van Griensven (2014), la désensibilisation est un processus qui vise à réduire l'hypersensibilité dans une zone du corps par un bombardement de stimulations vers des terminaisons nerveuses afin de réduire la douleur et l'inconfort. Le but final est d'amener la personne vers des sensations normales. Elle peut se faire dans un contexte de traitement clinique ou à la maison, par l'utilisateur lui-même. Deux principales interventions sont utilisées : l'exposition graduelle à la douleur (du niveau le plus tolérable à intolérable) ou l'exposition alternée (en passant du niveau tolérable à un niveau intolérable pour revenir au niveau tolérable et ainsi de suite). Divers objets ou techniques peuvent être utilisés : textures (coton, velcro, cuir, laine, mousse, etc.), particules (grains de riz, pâtes, haricots, lentilles, etc.), air (depuis un ventilateur), froid/chaueur, eau courante, percussions, tapotements, vibrations, tâches fonctionnelles, etc. L'ouvrage n'indique pas le niveau d'efficacité de l'intervention.

#### 6.2.1.2. Rééducation sensorielle / sensitive

Selon Cook & Griensven (2014), la rééducation sensorielle est basée sur le même principe et les mêmes techniques que la désensibilisation.

La rééducation sensorielle / sensitive, toute comme la désensibilisation, vise à réapprendre au corps à ne pas réagir de façon exagérée à des stimulations normales. La rééducation fonctionne au moyen de simples tâches, répétées plusieurs fois, jusqu'à l'obtention d'une réaction appropriée. Les techniques basées sur l'imagerie peuvent également être utilisées pour la rééducation sensorielle. Toutefois, le niveau d'efficacité de ces interventions n'est pas mentionné par les auteurs.

Une autre approche de la rééducation sensorielle / sensitive est proposée par (Spicher, Quintal, & Vittaz, 2013). Elle existe depuis quelques années et est basée sur une synthèse de connaissances, sans pour autant s'appuyer toujours sur des études de type RCT ou autre. Il présente de manière très descriptive la technique ou intervention et ses paramètres d'applications. Il existe un [réseau actif de personnes](#), autant des cliniciens que des professionnels de la santé, qui utilisent et vulgarisent la méthode. Dans le cadre de cette revue, la méthode est indiquée, mais elle ne peut pas faire l'objet d'une conclusion quelconque (pour ou contre), étant donné qu'il n'existe pas d'études indépendantes (à part celles du réseau précité) pour la valider.

---

<sup>9</sup> Suggèrent, parce que les évidences scientifiques sont trop limitées pour appuyer des recommandations.

### 6.2.1.3. Exercice

Il existe des données probantes (niveau de preuve variant de faible à fort)<sup>10</sup> quant à l'efficacité de l'exercice pour réduire la douleur, améliorer les fonctions physiques et mentales (i.e. la proprioception, la peur de bouger pour ne pas déclencher la douleur, etc.) et le bien-être en général ((National Guideline (2013); Sumracki et al., (2014)). Souvent utilisées en physiothérapie, les formes d'exercices varient (renforcement, flexibilité, aérobie, aquatique, etc.) de même que leur efficacité d'une personne à l'autre. Il est donc important de personnaliser l'exercice pour chacun des usagers. De plus, il faut faire attention pour ce qui est de la fréquence et de l'intensité. Autrement, il peut y avoir des effets non bénéfiques tels que l'exacerbation de la douleur dans certains cas de SDRC (Harden et al., 2013),

### 6.2.1.4. Massage

Le massage fait partie des techniques manuelles (*hands-on techniques / mind-body therapies*). Il est utilisé comme technique de désensibilisation et/ou comme technique de traitement en physiothérapie dans le cas du SDRC (Harden et al., 2013). Le massage consiste à travailler sur les muscles et le tissu conjonctif en utilisant diverses techniques, telles que la pression, la tension, ou des vibrations. Selon Sumracki et al., 2014, cette thérapie peut améliorer les fonctions physiques, favoriser la relaxation et le bien-être, soulager la tension et la douleur. Le National Guideline (2013) indique que l'efficacité du massage en termes de réduction de courte durée de la douleur est rapportée, mais dans une étude de faible qualité.

### 6.2.1.5. Stimulation électrique transcutanée (TENS)

La stimulation électrique transcutanée (appelée, dans certaines publications « électrothérapie ») est une technique utilisée en physiothérapie; elle se fait par l'application sur la peau, habituellement de chaque côté de la partie du corps qui ressent la douleur, d'électrodes reliées à des fils fixés à un petit appareil à piles. Les impulsions électriques sont transmises aux nerfs par les électrodes. L'approche est recommandée par Goebel et al. (2012). Toutefois, l'efficacité de cette approche n'est pas démontrée par des évidences scientifiques robustes (Sumracki, 2014).

### 6.2.1.6. Techniques basées sur l'imagerie ou l'illusion

Ces techniques ont en commun l'objectif de « reprogrammer » ou « reconditionner » le cerveau pour lui permettre à nouveau de recevoir, reconnaître et traiter correctement les signaux envoyés par le corps (Cook & Van Griensven (2014); Sumracki et al. (2014), Goebel et al. (2012)). Les principales techniques sont discutées dans les paragraphes suivants.

#### 6.2.1.6.1. Imagerie motrice guidée (IMG ou GMI en anglais)

L'imagerie motrice guidée représente une approche prometteuse en réadaptation pour le traitement de la douleur associée au membre fantôme (Moura et al, 2012) ainsi que pour différents types de douleur (Posadzki et al, 2012). Selon ces deux revues, les résultats sont encourageants, mais il n'y a pas suffisamment d'évidences pour appuyer l'utilisation de cette approche. Une variante de la technique est l'*imagerie motrice graduelle*. O'Connell et al. (2013) indiquent qu'il existe une évidence limitée quant à l'efficacité de cette dernière sur la réduction de la douleur et l'amélioration du fonctionnement dans le cas du SDRC alors que Goebel et al. (2012) rapportent une évidence forte quant à l'efficacité du traitement de la douleur associée au SDRC.

#### 6.2.1.6.2. Thérapie du miroir

Utilisée essentiellement pour soulager les douleurs associées au membre fantôme et au SDRC, la thérapie du miroir consiste à créer une illusion de la présence et des mouvements du membre perdu ou douloureux. La vision envoie un message fictif au cerveau pour créer une illusion de fonctionnement normal du membre. Plusieurs aptitudes sont mobilisées chez l'utilisateur : ses sens, mais aussi son imagination, son attention, sa concentration, sa motivation et sa mémoire.

---

<sup>10</sup> Niveaux de preuve évalués par les auteurs de ces ouvrages. Les outils utilisés pour mesurer la qualité des publications ne sont pas mentionnés.

L'efficacité de la thérapie du miroir sur la réduction de la douleur et l'amélioration du fonctionnement dans les cas de SDRC est documentée dans deux publications. Goebel et al. (2012) rapportent une évidence modérée et O'Connell et al. (2013), une évidence faible. Il existe des variantes de la thérapie du miroir :

- Le **feedback visuel avec miroir** (MVF : *mirror visual therapy*), approche qui, selon Moura et al. (2012), est prometteuse dans le cas du traitement de la douleur associée au membre fantôme, mais dont les évidences ne sont pas suffisantes pour appuyer une recommandation.
- La **mirror box therapy** (MBT) : approche qui, selon Sumracki (2013), est utilisée dans le traitement de la douleur associée au membre fantôme, au SDRC et à l'AVC, mais dont l'efficacité reste à établir.

#### **6.2.1.6.3. Immersion dans la réalité virtuelle (IVR):**

Cette technique, plus récente et basée sur une technologie plus avancée que les miroirs, permet à l'utilisateur une immersion complète dans une réalité virtuelle. Elle est utilisée dans le traitement de la douleur associée au membre fantôme, au SDRC et à l'AVC. Son efficacité n'a toutefois pas encore été démontrée par des études robustes, même si des études préliminaires sont prometteuses (Sumracki, 2014).

#### **6.2.1.7. Techniques de relaxation**

Les techniques de relaxation sont recommandées dans le cadre d'une intervention interdisciplinaire visant à traiter le SDRC (Goebel et al., 2012) et plus spécifiquement, comme technique à utiliser en physiothérapie (Harden et al., 2013). Il convient cependant de préciser que les revues systématiques retenues ne présentent pas de données sur l'efficacité de cette technique.

### **6.2.2. Interventions utilisées en psychologie**

#### **6.2.2.1. Interventions orientées vers les facteurs psychologiques de la douleur neuropathique**

Dans une revue des études publiées entre 1979 et 2005 sur l'efficacité des interventions psychologiques dans le traitement du SRDC, Harden et al. (2013) rapportent des résultats encourageants, pouvant aller jusqu'à la guérison complète des symptômes. Ils indiquent cependant que ces études ne sont pas basées sur des évidences scientifiques solides.

Bien que ces auteurs recommandent des interventions visant les facteurs psychologiques, ces interventions ne relèvent pas nécessairement de la psychologie en tant que champ disciplinaire. Elles sont tout aussi variées que l'éducation à l'utilisateur et à sa famille, les techniques de relaxation, les interventions cognitivocomportementales ou les interventions familiales. Le professionnel qui devrait réaliser ces interventions n'est pas précisé. Le guide de pratique (Harden et al, 2013) indique que ces interventions doivent s'inscrire dans un contexte multidisciplinaire dont le but est l'amélioration du fonctionnement et du contrôle de la douleur chez l'utilisateur.

Le guide de pratique de Goebel et al. (2012) recommande des interventions psychologiques dans le cadre d'une stratégie interdisciplinaire (voir annexe 4) visant à traiter la douleur associée au SDRC et utilisant des techniques telles que les thérapies cognitivo comportementales décrites dans les lignes qui suivent.

#### **6.2.2.2. Thérapies cognitivocomportementales (CBT: Cognitive behavioral therapies)**

Les thérapies cognitivocomportementales ont pour objectif d'améliorer les capacités des usagers en ce qui concerne l'adaptation et la tolérance à la douleur. Le principal levier d'intervention est d'amener l'utilisateur à prendre conscience de l'impact que ses propres cognitions (pensées et sentiments) et comportements peuvent avoir sur son expérience de la douleur, dans l'espoir de modifier ses pensées et comportements. Dans les CBT, l'utilisateur travaille sur les stratégies d'évitement de la douleur, les stratégies d'adaptation (« coping »), les habiletés pour diminuer l'anxiété, la détresse émotionnelle, la dépression ou la colère associée à la douleur ((Sumracki et al. (2014); Harden et al. (2013), National Guideline (2013)).

Plusieurs techniques sont utilisées dans le cadre des CBT : la relaxation, le biofeedback, l'exposition graduelle, etc. (Harden et al., 2013). À noter cependant que les publications qui mentionnent ces thérapies indiquent que les évidences scientifiques sont encore limitées quant à leur efficacité.

### **6.2.2.3. Hypnose**

Selon Moura et al. (2012), l'hypnose est une approche « prometteuse » dans le traitement de la douleur associée au membre fantôme, mais il n'y a pas suffisamment d'évidences pour appuyer sa recommandation.

### **6.2.3. Interventions utilisées en récréologie**

Goebel et al. (2012) recommandent les activités sociales et de loisir, à la maison comme en dehors, comme stratégies de maintien de la participation sociale chez les personnes atteintes de SDRC. Harden et al. (2013) abondent dans le même sens et mettent l'accent sur des activités visant non seulement à combattre la kinésiophobie par la promotion de l'exercice, mais aussi à réintroduire chez l'usager les notions de prise de décision et de plaisir que sa condition aurait autrement découragées.

### **6.2.4. Interventions utilisées en orientation professionnelle (Vocational Rehabilitation Counseling)**

Le soutien par un conseiller en orientation professionnelle est recommandé pour les personnes présentant un SDRC (Harden et al, 2013). Le conseiller est impliqué au niveau de la réinsertion professionnelle et travaille dans une perspective interdisciplinaire impliquant une étroite collaboration avec l'ergothérapeute et d'autres professionnels afin de préparer le client au retour en emploi. Il évalue le milieu de travail au regard des capacités fonctionnelles de son client. Le cas échéant, il peut proposer des aménagements ou un changement de milieu de travail.

## **6.3. INTERVENTIONS NE CORRESPONDANT PAS AUX CHAMPS DISCIPLINAIRES DES PROGRAMMES DEMANDEURS**

Pour plusieurs raisons, certaines des interventions présentées dans les publications consultées ne sont pas actuellement applicables au contexte des programmes de l'IRDPQ. Toutefois, elles présentent un intérêt pour le développement de services ou dans le cadre de projets de recherche. Ces interventions sont décrites dans les paragraphes qui suivent.

### **6.3.1. Thérapies alternatives**

#### **6.3.1.1. Acupuncture**

Bien que l'acupuncture soit mentionnée comme traitement alternatif, Jung & Chen (2013) rapportent un manque de données probantes sur son efficacité. Tel qu'indiqué par les auteurs :

- Le traitement est très peu invasif; il est possible de l'envisager comme complémentaire à d'autres traitements et/ou traitement alternatif;
- Il existe différents types d'acupuncture (électro-acupuncture, avec TENS, avec laser), lesquels ne produisent pas les mêmes effets;
- Son effet placebo est documenté dans les études primaires examinées par les auteurs (la « fausse » acupuncture produit également des effets significatifs);
- À utiliser avec prudence chez des usagers immunodéprimés (risque d'inflammation et d'infection).

Par ailleurs, O'Connel et al (2013) mentionnent l'existence de données probantes très faibles quant aux améliorations apportées par l'ajout de l'acupuncture dans la réadaptation. Toutefois, l'acupuncture ne produirait pas de meilleurs résultats qu'un traitement placebo.

### 6.3.1.2. Qi-gong

Cette thérapie, issue de la médecine traditionnelle chinoise, consiste en une combinaison de techniques de relaxation par respiration, méditation et mouvements. O'Connell et al. (2003) indiquent qu'il existe une évidence très faible quant à l'efficacité de la thérapie Qi-gong par rapport à une thérapie placebo.

### 6.3.2. Nouvelles orientations

Les interventions non pharmacologiques et non chirurgicales pour traiter la douleur neuropathique semblent s'orienter dans deux directions, encore en expérimentation :

#### 6.3.2.1. Approches axées sur la réduction de la médication

Ces approches sont liées aux préoccupations des cliniciens et des usagers quant à la prise de médicaments opioïdes sur le long terme chez certains usagers. Non seulement les médicaments ne réduisent pas leur douleur, mais elles entraînent d'autres effets indésirables. La réduction des médicaments chez des usagers sans supervision étant plutôt décevante, il y a un intérêt clinique à rechercher des traitements alternatifs. Une des revues systématiques retenues a exploré la question (Windmill et al., 2013). Malheureusement, il n'existe pas encore de résultats concluants à cet égard.

#### 6.3.2.2. Potentiel futur de l'effet placebo<sup>11</sup>

Selon Sumracki et al. (2014), les mécanismes d'actions des interventions non pharmacologiques sont apparentés à l'effet placebo. Cet effet est souvent associé aux cliniciens : un effet placebo élevé est observé lorsque le clinicien traite l'utilisateur avec douceur, attention, confiance et sollicitude. Il est également associé aux attentes des usagers. Selon ces auteurs, l'effet placebo sur la douleur confirme la nécessité d'interventions qui ciblent tous les aspects du traitement (physique, émotionnel et psychologique). Les auteurs indiquent qu'en ce moment, son usage thérapeutique pour traiter la douleur soulève encore diverses questions sur le plan légal, moral et éthique. Il est d'ailleurs illégal, pour les professionnels de la santé, de prescrire un traitement ou une intervention aux effets placebo. Toutefois, plusieurs questions sont à l'étude, notamment en lien avec les aspects éthiques et économiques des traitements « légalisés », mais qui n'en sont pas moins inefficaces, entraînent des effets secondaires importants et sont inutilement coûteux. Pour ces raisons, le potentiel futur de l'effet placebo est donc à l'étude.

## 7. SOMMAIRE DES CONSTATS

La synthèse des données recueillies dans les publications retenues permet l'émission de certains constats :

- La douleur neuropathique étant le type de douleur le plus réfractaire aux traitements conventionnels essentiellement axés sur la pharmacologie, les publications rapportent qu'il est important de recourir à une approche multimodale, multidisciplinaire et/ou interdisciplinaire.
- Le moment où l'approche interdisciplinaire est envisagée varie. Certains auteurs la préconisent dès le début du traitement; d'autres la préconisent comme traitement de dernier recours, lorsque toutes les autres options de traitement n'ont pas donné de résultats;
- Les interventions non pharmacologiques sont envisagées selon trois perspectives : complémentaire, compensatoire ou alternative. Dans tous les cas, les guides de pratique invitent les cliniciens à essayer différentes modalités, quitte à les abandonner et en essayer d'autres ;
- La plupart des interventions préconisées pour la douleur neuropathique sont déjà utilisées pour d'autres types de douleur chronique (musculosquelettique, viscérale, etc.). Quelques interventions seulement semblent indiquées spécifiquement pour la douleur neuropathique, notamment la désensibilisation et la rééducation sensitive.

---

<sup>11</sup> L'effet placebo est un phénomène clinique observé lorsqu'il y a une part de la guérison ou du soulagement attribuable uniquement aux croyances, aux attentes ou aux désirs de l'utilisateur.

Toutefois, les évidences quant à l'efficacité d'une intervention donnée ou sa supériorité par rapport à d'autres sont encore limitées;

- Les coûts relatifs aux interventions proposées ne sont pas documentés;
- La plupart des interventions relèvent de champs disciplinaires déjà présents au programme de l'IRDPQ: ergothérapie, physiothérapie, psychologie, etc. même si certaines techniques et modalités peuvent être mieux connues par certains types de professionnels. L'organisation des services actuelle ne serait donc pas remise en question.
- Pour les techniques et modalités qui sont moins connues et qui ne sont pas présentement offertes, les professionnels pourraient explorer leur potentiel si le cadre légal, normatif et financier le permet. La rééducation sensitive, l'acupuncture et les approches visant la réduction de la médication, entre autres, mériteraient d'être mieux connues par les professionnels.

## 8. DISCUSSION

La présente évaluation correspond à un nouveau produit d'ÉTMISSS, soit la revue rapide. En conséquence, sa réalisation s'est concentrée sur deux principales sources de données, soit les revues systématiques et les guides de pratiques. Le lecteur remarquera probablement que certaines interventions connues ne sont pas documentées en raison du fait qu'aucune étude primaire n'est incluse et que les seuls documents de littérature grise inclus sont les guides de pratique et les ouvrages spécialisés.

Le principal constat de ce projet d'ÉTMISSS est que l'approche multimodale, multidisciplinaire et/ou interdisciplinaire constitue la meilleure option thérapeutique pour la douleur neuropathique. Ceci dit, les interventions faisant partie de ladite approche varient beaucoup d'une publication à l'autre.

Plusieurs limites rendent l'identification des meilleures pratiques difficile. Dans un premier temps, la plupart des publications identifiées portent sur la douleur chronique en général et très peu sont spécifiques à la douleur neuropathique. C'est ainsi que des interventions telles que le yoga, la méditation et les thérapies musicales ou artistiques, utilisées pour traiter la douleur chronique, ne sont pas documentées dans le cas de la douleur neuropathique. Dans un deuxième temps, les niveaux d'évidence sont limités, y compris pour des interventions disciplinaires connues et utilisées couramment, tels que l'ergothérapie et la physiothérapie. De plus, lorsque les interventions sont suggérées, les aspects liés par exemple à la fréquence et à l'intensité recommandées pour atteindre un niveau significatif d'efficacité ne sont pas indiqués. Les effets secondaires sont également peu documentés. Aussi, la perspective des usagers n'est pas abordée dans les publications retenues. Les recommandations des guides de pratique existants semblent être un facteur déterminant dans le choix des cliniciens, et cette revue n'a pas permis de documenter d'autres facteurs pouvant être considérés.

Par conséquent, au terme de cette évaluation, des questions demeurent : devrait-on traiter la douleur neuropathique d'un blessé médullaire avec les mêmes interventions que pour la douleur du membre fantôme d'un amputé ou encore la douleur consécutive à un AVC? Ou encore, quelle intervention serait la plus efficace pour une dimension donnée de la problématique, par exemple, l'intensité de la douleur, son interférence avec les habitudes de vie ou la qualité de vie? La psychologie, la récréologie, ou les deux? Les interventions individuelles sont-elles plus ou moins efficaces que les interventions en groupe? Bien entendu, chaque réponse à ces questions comporte son lot d'impacts cliniques, organisationnels et financiers, qui ne sont pas documentés.

Certaines catégories d'interventions identifiées ne sont pas utilisées dans les programmes et ne le seront pas à court terme. Il s'agit des techniques alternatives (Qi-gong, acupuncture, etc.). La seule action envisageable pour le moment serait d'outiller les intervenants pour pouvoir répondre aux questions des usagers et les conseiller adéquatement, car la douleur chronique semble, sur internet, un terrain fertile pour les charlatans.

## CONCLUSION

La particularité de la douleur neuropathique réside dans le fait qu'elle est réfractaire aux traitements conventionnels. Les résultats de cette ÉTMISSS permettent de conclure que l'approche multimodale, multidisciplinaire et/ou interdisciplinaire d'intervention est la plus prometteuse. Cependant, le manque de données probantes solides ne permet pas de préciser quelles interventions seraient à privilégier. Aussi, la plupart des interventions utilisées dans le traitement de la douleur chronique d'origine musculosquelettique sont également valables pour la douleur neuropathique.

En ce qui concerne l'organisation des services, la plupart des interventions identifiées dans le cadre de cette revue s'inscrivent déjà dans l'organisation des services actuelle. Pour ce qui est des interventions qui ne sont pas actuellement offertes, le cadre légal et normatif ne permet pas de les développer pour le moment. Toutefois, il serait opportun d'outiller les intervenants afin qu'ils informent les usagers adéquatement.

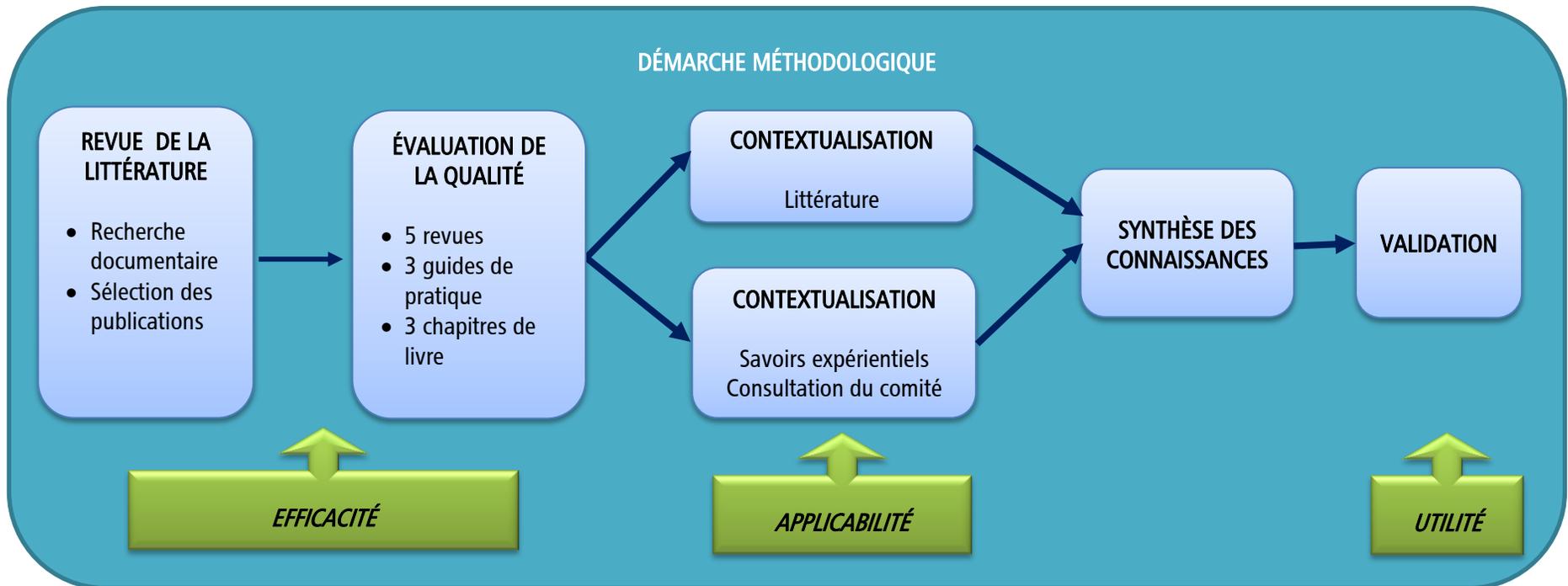
## RÉFÉRENCES

- Boldt, I., Eriks-Hoogland, I., Brinkhof, M. W., Bie, R. A., & von Elm, E. (2011). Non-pharmacological interventions for chronic pain in people with spinal cord injury. *The Cochrane Library*.
- Bouhassira, D. (2008). Définition et classification des douleurs neuropathiques. *La Presse Médicale*, 37(2), 311-314.
- Cook, N. U., & Griensven, H. v. (2014). Neuropathic pain and complex regional pain syndrome. In H. van Griensven, Strong, J & Unruh, A..M. (Ed.), *Pain. A textbook for health professionals. Second edition*. : Churchill Livingstone Elsevier.
- Garcia-Larrea, L., & Magnin, M. (2008). Physiopathologie de la douleur neuropathique: revue des modèles expérimentaux et des mécanismes proposés. *La Presse Médicale*, 37(2), 315-340.
- Goebel, A., Barker, C., Turner-Stokes, L., Atkins, R., Cameron, H., Cossins, L., . . . Lewis, J. (2012). Complex regional pain syndrome in adults: UK guidelines for diagnosis, referral and management in primary and secondary care. *Royal College of Physicians, London*.
- Haanpää, M., & Treede, F. (2010). Diagnosis and classification of neuropathic pain. *IASP Clinical Updates*, 18, 1-6.
- Harden, R. N., Oaklander, A. L., Burton, A. W., Perez, R. S. G. M., Richardson, K., Swan, M., . . . Bruehl, S. (2013). Complex Regional Pain Syndrome: Practical Diagnostic and Treatment Guidelines, 4th Edition. *Pain Medicine*, 14(2), 180-229. doi: 10.1111/pme.12033
- Heutink, M., Post, M. W., Bongers-Janssen, H. M., Dijkstra, C. A., Snoek, G. J., Spijkerman, D., & Lindeman, E. (2012). The CONECISI trial: results of a randomized controlled trial of a multidisciplinary cognitive behavioral program for coping with chronic neuropathic pain after spinal cord injury. *Pain*, 153(1), 120-128.
- Jung, W. S., & Chen, L. (2013). Acupuncture and Neuropathic Pain Management. *Med Acupunct*, 25(4), 261-268. doi: 10.1089/acu.2012.0943
- Lantéri-Minet, M. (2008). Diagnostic et principales causes des douleurs neuropathiques. *La Presse Médicale*, 37(2), 341-345.
- Luedtke, K., Rushton, A., Wright, C., Geiss, B., Juergens, T. P., & May, A. (2012). Transcranial direct current stimulation for the reduction of clinical and experimentally induced pain: a systematic review and meta-analysis. *Clin J Pain*, 28(5), 452-461. doi: 10.1097/AJP.0b013e31823853e3
- Morand, M., Fugère, F., Morand, C. et Turcotte ( 2008). « Douleur chronique » *Dans Pathologie médicale de l'appareil locomoteur. 2<sup>e</sup> édition*. (pp. 1007-1033): Sous la direction de Bergeron, Y., Fortin, L. & Leclaire, R. Québec. Édisem Inc. .
- Moura, V. L., Faurot, K. R., Gaylord, S. A., Mann, J. D., Sill, M., Lynch, C., & Lee, M. Y. (2012). Mind-Body Interventions for Treatment of Phantom Limb Pain in Persons with Amputation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91(8), 701-714 710.1097/PHM.1090b1013e3182466034.
- Nardone, R., Holler, Y., Leis, S., Holler, P., Thon, N., Thomschewski, A., . . . Trinka, E. (2014). Invasive and non-invasive brain stimulation for treatment of neuropathic pain in patients with spinal cord injury: a review. *J Spinal Cord Med*, 37(1), 19-31. doi: 10.1179/2045772313y.0000000140
- National Guideline, C. (2013). Management of chronic pain. A national clinical guideline Retrieved 11/26/2014, from <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47707&search=%22chronic+pain%22>
- O'Connell, N. E., Wand, B. M., Marston, L., Spencer, S., & Desouza, L. H. (2014). Non-invasive brain stimulation techniques for chronic pain. *Cochrane Database Syst Rev*, 4, CD008208. doi: 10.1002/14651858.CD008208.pub3
- O'Connell, N. E., Wand, B. M., McAuley, J., Marston, L., & Moseley, G. L. (2013). Interventions for treating pain and disability in adults with complex regional pain syndrome-an overview of systematic reviews. *status and date: Edited (no change to conclusions), published in*(10).
- Posadzki, P., Lewandowski, W., Terry, R., Ernst, E., & Stearns, A. (2012). Guided imagery for non-musculoskeletal pain: a systematic review of randomized clinical trials. *J Pain Symptom Manage*, 44(1), 95-104. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.07.014
- Spicher, C., Quintal, I., & Vittaz, M. (2013). La méthode de rééducation sensitive de la douleur (2e édition)—Préface: R. Melzack. *Montpellier, Paris: Sauramps Médical*.

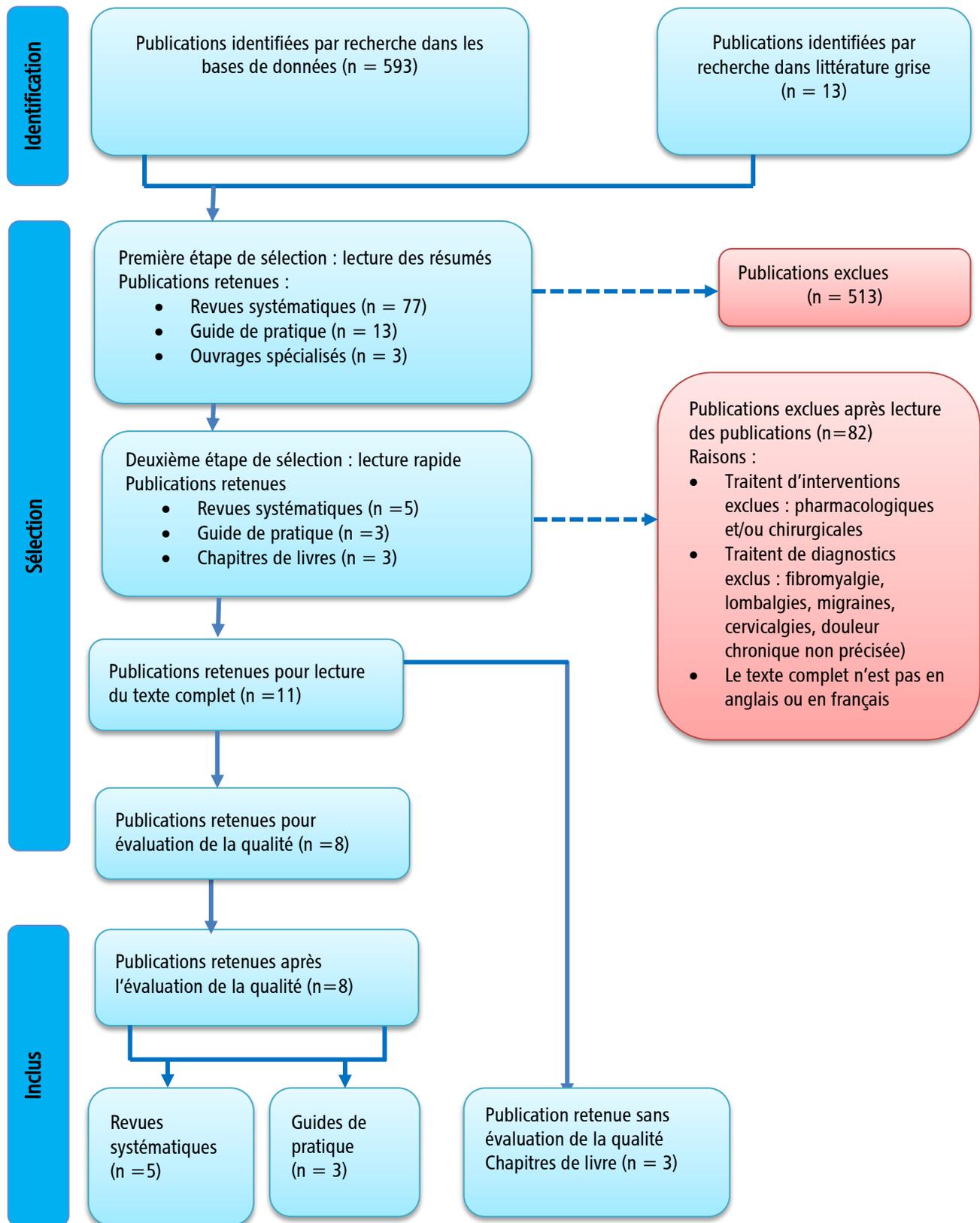
- Sumracki, N. M., Nicotra, L., Kwok, Y.H., Liu, L., Steeg, K.v., Watkins, L.R., Hutchinson, M.R. (2013). The future: new concepts and potential therapies. In *Toth, C. and Moulin, D.E. (2014). Neuropathic Pain: Causes, Management and Understanding*. Cambridge University Press.
- Windmill, J., Fisher, E., Eccleston, C., Derry, S., Stannard, C., Knaggs, R., & Moore, R. A. (2013). Interventions for the reduction of prescribed opioid use in chronic non-cancer pain. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, CD010323. doi: 10.1002/14651858.CD010323.pub2

## ANNEXES

### Annexe 1 : Modèle logique de la démarche méthodologique d'ÉTMISSS



## Annexe 2 : Processus de sélection des études



### Annexe 3 : Évaluation de la qualité des études incluses

ÉTUDE	OUTIL UTILISÉ	ÉVALUATION GLOBALE DE LA QUALITÉ	EXPLICATION
<b>GUIDES DE PRATIQUE</b>			
National Clinical Guideline (2013) SIGN 136	AGREE II	Bonne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Excellents scores dans les domaines suivants : précision des objectifs, des questions de santé couvertes et de la population concernée (97 %), clarté et présentation du guide (92 %), applicabilité (85 %) et rigueur dans l'élaboration des recommandations (82 %)</li> <li>▪ Scores moyens dans deux domaines : participation des groupes concernés (78 %) indépendance éditoriale (67 %)</li> </ul>
Harden et al. (2013)	AGREE II	Faible	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Scores moyens dans les domaines suivants : précision des objectifs, des questions de santé couvertes et de la population concernée (67 %) et participation des groupes concernés (61 %)</li> <li>▪ Score faibles sur deux items : rigueur dans l'élaboration des recommandations (48 %), indépendance éditoriale (46 %) clarté et présentation du guide (39 %) et applicabilité (13 %)</li> </ul>
Goebel et al. (2012)	AGREE II	Moyenne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Excellents dans les domaines suivants : précision des objectifs, des questions de santé couvertes et de la population concernée (94 %) et participation des groupes concernés (81 %)</li> <li>▪ Score moyen sur deux items : clarté et présentation du guide (78 %) et rigueur dans l'élaboration des recommandations (74 %)</li> <li>▪ Scores faibles sur deux items : indépendance éditoriale (46 %) et applicabilité (25 %)</li> </ul>
<b>REVUES SYSTÉMATIQUES</b>			
(Windmill et al., 2013)	AMSTAR	Bonne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Excellents scores dans tous les domaines</li> <li>▪ Méthode de combinaison des résultats n'a pas été évaluée</li> </ul>
(O'Connell et al., 2013)	AMSTAR	Bonne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Excellents scores dans tous les domaines</li> <li>▪ Méthode de combinaison des résultats n'a pas été évaluée</li> </ul>
(Posadzki, Lewandowski, Terry, Ernst, & Stearns, 2012)	AMSTAR	Bonne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Excellents scores dans tous les domaines</li> <li>▪ Méthode de combinaison des résultats n'a pas été évaluée</li> </ul>
(Moura et al., 2012)	AMSTAR	Moyenne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mauvais scores sur trois éléments : méthode de sélection des études non précisée, liste exhaustive des études incluses et non incluses non présentée et méthode d'évaluation de la qualité des études incluses non précisée</li> </ul>
(Jung & Chen, 2013)	AMSTAR	Faible	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mauvais scores sur plusieurs éléments : liste exhaustive des études incluses et non incluses non présentée, caractéristiques des études non indiquées, et méthode d'évaluation de la qualité des études incluses non précisée, qualité des études non utilisée dans la conclusion et probabilité d'un biais de publication</li> </ul>

## Annexe 4 : Éléments principaux d'une approche interdisciplinaire selon Goebel et al. (2012)

### Engagement : enseignement et information pour l'utilisateur et sa famille

- Participation active de l'utilisateur et sa famille dans l'établissement et la révision des objectifs
- Contrôle – l'utilisateur demeure responsable de son progrès
- Comprendre et tenir compte de la manière :
  - dont le stress émotionnel, la tension musculaire et le déconditionnement peuvent accroître l'expérience de la douleur
  - dont leurs propres comportements (comme cliniciens) peuvent servir à exacerber l'expérience de la douleur
- Apprentissage :
  - Approche d'autogestion, y compris l'établissement des objectifs et détermination du rythme
  - Juste équilibre entre en faire trop et trop peu
  - Techniques de relaxation, exercices de respiration, etc. pour inverser excitation sympathique
- « *Empowerment* » de la famille :
  - Encourager les personnes à rester actives et en faire plus pour eux-mêmes

### Prise en charge médicale

#### Prise en charge psychosociale et comportementale

- Identifier tout facteur psychologique contribuant à la douleur ou à l'invalidité
- Traiter l'anxiété et la dépression
- Identifier, explorer et aborder de manière proactive tous les facteurs internes (par exemple des comportements contre-productifs) ou les influences externes (par exemple des incitations perverses ou les dynamiques familiales, etc.) qui peuvent perpétuer les handicaps ou la dépendance
- Tenir compte des besoins de la famille et des aidants naturels - fournir des interventions psychologiques et des conseils le cas échéant
- Utiliser une approche axée sur l'atteinte des buts et la résolution pratique de problèmes (impliquant à la fois l'utilisateur et sa famille) afin de réduire les obstacles et promouvoir un fonctionnement sain

#### Prise en charge physique

- Rééducation de la posture normale
- Désensibilisation - manipulation de la partie affectée au moyen d'étirements passifs et d'exercices isométriques
- Progression à l'exercice isotonique actif, puis la rééducation de la force
- Reconditionnement général du corps et de la santé cardiovasculaire
- Encourager l'exercice physique visant le loisir et établissement d'objectifs fonctionnels
- Techniques pour répondre à la perception altérée et la conscience du membre, p.ex. entraînement moyen du feedback visuel avec miroir ou l'imagerie motrice graduée

#### Activités de la vie quotidienne et participation sociale

- Soutien au retour graduel vers l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne avec des objectifs fonctionnels clairs
- Évaluation et fourniture de matériel et adaptations spécialisés appropriés pour soutenir l'autonomie
- Enlèvement de matériel inapproprié ou inutile
- Adaptation de l'environnement
- Élargir les activités sociales et récréatives dans et en dehors de la maison
- Évaluation du poste de travail / réadaptation professionnelle

## Annexe 5 : Différentes approches en ergothérapie et en physiothérapie suggérées par Goebel et al. (2012)

- Enseignement et support à l'utilisateur
- Désensibilisation (activités proposées, Annexe 5)
- Exercices (généraux et de renforcement)
- Activités fonctionnelles
- Feedback visuel avec miroir
- Rééducation
- TENS
- Contrôle postural
- Activités de stimulation, planification et mise en priorité
- Établissement des objectifs
- Techniques de relaxation
- Stratégies d'adaptation (coping)
- Hydrothérapie
- Hygiène du sommeil
- Stratégies de contrôle de l'œdème
- Soutien au niveau de l'emploi (vocational support)
- Faciliter les conditions de l'autogestion
- Attelles

### Différentes approches réservées aux thérapeutes spécialisés :

- Imagerie motrice guidée
- Désensibilisation tactile et thermique autoadministrée
- Feedback visuel avec miroir
- Stratégie de correction de la perception erronée du corps (inclus le regard, le toucher et la pensée à propos de la partie du corps affectée)
- Techniques du mouvement fonctionnel pour améliorer le contrôle moteur et la conscience de la position du membre affecté
- Les principes de gestion du stress
- La rééducation de l'allodynie pour réduire la peur du contact physique
- La gestion de la dystonie

## Annexe 6 : Synthèses des publications consultées

QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE DES PUBLICATIONS : (° = non évaluée); (\* = faible); (\*\* = moyenne); (\*\*\*) = bonne)

NIVEAU D'ÉVIDENCE/EFFICACITÉ RAPPORTÉ PAR LES AUTEURS : (⦿ = non rapporté pour cette intervention); (❶ = faible) ; (❷ = modéré); (❸ = fort)

Interventions	Source d'informations	Type de publication	Type de douleur concerné	Résultats (outcomes) considérés	Constats / Conclusions / Recommandations des auteurs
<b>1. INTERVENTIONS APPLICABLES DANS LES CHAMPS DISCIPLINAIRES DES PROGRAMMES DEMANDEURS</b>					
<b>1.1. Interventions en ergothérapie et physiothérapie</b>					
1.1.1. Physiothérapie	- O'Connell et al. (2013) <sup>***</sup> ; ❶	- Revue systématique	- SDRC	- ⚡ douleur et des incapacités associées	- Traitement associé à des effets positifs en termes de réduction de la douleur et des incapacités.
1.1.2. Ergothérapie	- O'Connell et al. (2013) <sup>***</sup> ; ❶	- Revue systématique	- SDRC	- ⚡ douleur et des incapacités associées	- Traitement associé à des effets positifs en termes de réduction de la douleur et des incapacités.
1.1.3. Désensibilisation	- Cook & Griensven (2014) <sup>°</sup> ; ❶	- Ouvrage spécialisé - (chapitre)	- DN & SDRC	- ⚡ hypersensibilité Normalisation des sensations au toucher	- Traitement à considérer pour réduire la douleur et l'inconfort.
1.1.4. Rééducation sensorielle / sensitive	- Cook & Griensven (2014) <sup>°</sup> ; ❶ - Spicher, Quintal & Vittaz (2013)	- Ouvrages spécialisés - (chapitres)	- DN	- Normalisation des sensations au toucher par l'utilisation de la plasticité du cerveau	- Traitement à considérer pour réapprendre au cerveau à percevoir et discriminer les sensations.
1.1.5. Exercice	- Sumracki et al. (2014) <sup>°</sup> ; <sup>12</sup> - Cook & Griensven (2014) <sup>°</sup> ; ❶ - National guideline (2013) SIGN-136 <sup>***</sup> ; ❸	- Ouvrages spécialisés - (chapitres) et guides de pratique	- DN - SDRC	- ⚡ douleur, - ⚡ interférences sur les habitudes de vie - ↗ santé mentale (⚡dépression) - ↗ Bien-être global	- Les exercices fréquents et réguliers, quelle que soit leur forme, sont recommandés pour la santé physique et mentale, le bien-être psychologique et la qualité de vie. - L'exercice est recommandé, seul ou comme composante du traitement en physiothérapie ou en ergothérapie.

<sup>12</sup> Pour cette intervention, le niveau d'évidence rapporté varie de faible à fort (« gold ») selon le type de publication et le type d'exercice

Interventions	Source d'informations	Type de publication	Type de douleur concerné	Résultats (outcomes) considérés	Constats / Conclusions / Recommandations des auteurs
1.1.6. Massage	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Harden et al. (2013)*; ①</li> <li>- National guideline (2013) SIGN-136***; ⑤</li> <li>- Sumracki et al. (2014)°; ③</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guides de pratique</li> <li>- Ouvrage spécialisé (chapitre)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DN</li> <li>- SDRC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ↘ douleur</li> <li>- ↘ interférences sur les habitudes de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'efficacité du massage est rapportée, toutefois par des études de faible qualité.</li> <li>- Le massage est un traitement pouvant être utilisé pour réduire la douleur, améliorer les fonctions corporelles, accélérer le processus de guérison et promouvoir la relaxation et le bien-être.</li> </ul>
1.1.7. Stimulation électrique transcutanée (TENS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Goebel et al. (2012)**; ①</li> <li>- Sumracki et al. (2014)°; ①</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guide de pratique</li> <li>- Ouvrage spécialisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SDRC</li> <li>- DN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ↘ douleur</li> <li>- ↘ dysfonctionnements associés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le TENS est un traitement indiqué comme composante d'un programme de réadaptation articulé autour de la physiothérapie et l'ergothérapie. Toutefois, les données disponibles ne permettent pas de se prononcer sur l'efficacité; besoin d'autres études.</li> </ul>
1.1.8. Techniques basées sur l'imagerie ou l'illusion					
a) Imagerie motrice guidée (IMG ou GMI en anglais)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moura et al. (2012)**; ①</li> <li>- Posadzki et al. (2012)***; ①</li> <li>- O'Connell et al. (2013)***; ①</li> <li>- Goebel et al. (2012)**; ⑤</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revues systématiques</li> <li>- Guide de pratique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DN (Douleur fantôme)</li> <li>- Douleur non musculo-squelettique</li> <li>- SDRC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ↘ douleur</li> <li>- ↘ dysfonctionnements associés</li> <li>- ↗ capacités fonctionnelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'IMG pourrait contribuer à la réduction de la douleur et à l'amélioration des fonctions. Toutefois, les évidences quant à son efficacité de l'IMG sont encourageantes, mais peu concluantes.</li> <li>- L'IMG est un traitement à envisager dans le cadre d'un programme de réadaptation au sein d'une unité spécialisée ou auprès d'un expert en SDRC.</li> </ul>

Interventions	Source d'informations	Type de publication	Type de douleur concerné	Résultats (outcomes) considérés	Constats / Conclusions / Recommandations des auteurs
b) Thérapies du miroir	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Goebel et al. (2012)**; ②</li> <li>- O'Connell et al. (2013)**; ①</li> <li>- Moura et al. (2012)**; ①</li> <li>- Sumracki et al. (2014)°; ①</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guide de pratique</li> <li>- Revue systématique</li> <li>- Ouvrage spécialisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SDRC</li> <li>- DN (Douleur fantôme)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ↘ douleur</li> <li>- ↘ dysfonctionnements associés</li> <li>- ↗ fonctions physiques et psychologiques</li> <li>- ↗ qualité de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La thérapie du miroir est une thérapie novatrice et peu chère, pouvant contribuer à réduire la douleur et améliorer les fonctions.</li> <li>- Les résultats des études sont encourageants, mais ne sont pas assez robustes pour appuyer des recommandations cliniques.</li> <li>- Traitement pouvant être envisagé dans le cadre d'un programme de réadaptation au sein d'une unité spécialisée ou auprès d'un expert.</li> </ul>
c) Immersion dans la réalité virtuelle (IVR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sumracki et al. (2014)°; ①</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouvrage spécialisé</li> <li>- (chapitre)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DN (Douleur fantôme)</li> <li>- SDRC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ↘ douleur</li> <li>- ↗ qualité de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thérapie basée sur une technologie plus avancée que la MBT, mais ayant les mêmes effets.</li> </ul>
1.1.9. Techniques de relaxation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Goebel et al. (2012)**; ①</li> <li>- Harden et al. (2013)*; ①</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guides de pratique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SDRC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ↘ douleur</li> <li>- ↗ bien-être physique et fonctionnel</li> <li>- ↗ participation sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les techniques de relaxation, seules ou comme composantes d'un traitement en physiothérapie, peuvent être envisagées pour favoriser la réduction de la douleur.</li> <li>- Thérapie à envisager dans le cadre d'un programme de réadaptation spécialisé et interdisciplinaire.</li> </ul>
<b>1.2. Interventions en psychologie</b>					
1.2.1. Interventions orientées vers les facteurs psychologiques de la douleur neuropathique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Harden et al. (2013)*; ①</li> <li>- Goebel et al. (2012)**; ①</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guides de pratique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SDRC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ↘ douleur</li> <li>- ↘ peur de la douleur</li> <li>- ↘ dysfonctionnement du membre</li> <li>- ↘ détresse psychologique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les interventions psychologiques doivent être un des principaux éléments d'une approche interdisciplinaire de traitement. Toutefois, les évidences indiquent que les résultats des interventions sont encourageants, mais les évidences ne sont pas robustes pour statuer sur l'efficacité.</li> </ul>

Interventions	Source d'informations	Type de publication	Type de douleur concerné	Résultats (outcomes) considérés	Constats / Conclusions / Recommandations des auteurs
1.2.2. Thérapies cognitivo-comportementales (CBT: Cognitive behavioral therapies)	- Harden et al. (2013)*; ① - National guideline (2013) SIGN-136***; ① - Sumracki et al. (2014)°; ①	- Guide de pratique Ouvrage spécialisé (chapitre)	- SDRC - DN	- ↘ douleur - ↘ incapacités - ↗ qualité de vie	- Les thérapies cognitivocomportementales (TCC) visent à outiller l'utilisateur pour gérer/tolérer sa douleur. Leur action passe par la prise de conscience de l'effet de ses propres comportements et pensées sur la douleur. Toutefois, les évidences scientifiques quant à leur efficacité sont encore limitées. - Utilisée seule ou en combinaison avec d'autres traitements, une TCC pourrait contribuer à réduire la douleur et améliorer le bien-être.
1.2.3. Hypnose	- Moura et al. (2012)**; ②	- Revue systématique	- DN (Douleur fantôme)	- ↘ douleur - ↗ fonctions physiques et psychologiques	- Les études suggèrent que l'hypnose pourrait contribuer à réduire la douleur associée au membre fantôme. L'approche semble prometteuse, mais les évidences manquent pour statuer sur son efficacité.
<b>1.3. Interventions en récréologie</b>					
	- Goebel et al. (2012)**; ② - Harden et al. (2013)*; ②	- Guides de pratique	- SDRC	- ↗ mouvement - ↘ kinésiophobie - ↗ bien-être physique et fonctionnel - ↗ participation sociale	- La récréologie peut être utilisée pour combattre la peur du mouvement, favoriser la prise de décision, promouvoir le plaisir et combattre l'isolement. - Thérapie à envisager dans le cadre d'un programme de réadaptation spécialisée et interdisciplinaire.
<b>1.4. Interventions en orientation professionnelle (vocational rehabilitation counseling)</b>					
	- Harden et al. (2013)*; ②	- Guide de pratique	- SDRC	- ↗ réinsertion professionnelle	- L'orientation professionnelle doit être envisagée dans une perspective interdisciplinaire afin de préparer l'utilisateur au retour en emploi. Son efficacité n'est toutefois pas indiquée.

Interventions	Source d'informations	Type de publication	Type de douleur concerné	Résultats (outcomes) considérés	Constats / Conclusions / Recommandations des auteurs
<b>2. INTERVENTIONS PEU APPLICABLES DANS LE CONTEXTE ACTUEL DU DEMANDEUR</b>					
<b>2.1. Thérapies alternatives</b>					
2.1.1. Acupuncture	- Jung & Chen (2013)*; ① - O'Connell et al. (2013)**; ①	- Revues systématiques	- DN - SDRC	- ↘ douleur - ↗ qualité de vie - ↗ effets d'autres traitements	- L'acupuncture peut apporter des améliorations à court terme. Son effet placebo pourrait également être considéré, puisque l'acupuncture ne donne pas de meilleurs résultats que la fausse acupuncture. - L'acupuncture peut donc être considérée dans le cadre d'une approche multimodale, comme traitement complémentaire ou alternatif. Il faut retenir également qu'il existe différents types d'acupuncture, qui ne donnent pas lieu aux mêmes effets. Il est important de privilégier celui qui convient à l'utilisateur. - Traitement à utiliser avec prudence chez des patients immunodéprimés.
2.1.2. Qi-gong	- O'Connell et al. (2013)**; ①	- Revue systématique	- SDRC	- ↘ douleur -	- La thérapie Qi-gong est supérieure au placebo (faux Qi-gong) pour la réduction de la douleur.
<b>2.2. Nouvelles orientations</b>					
2.2.1. Approches axées sur la réduction de la médication	- Windmill et al. (2013)**; ①	- Revue systématique	- Douleur chronique non associée au cancer	- ↘ douleur	- Approche intéressante à explorer. Toutefois, aucune conclusion ne peut être tirée des études retenues.
2.2.2. Effet placebo	- Sumracki et al. (2014)°; ①	- Ouvrage spécialisé (chapitre)	- DN	- ↘ douleur - ↗ bien-être physique, émotionnel et psychologique	- Des études ont démontré la pertinence de l'effet placebo dans le traitement de la douleur.

Interventions	Source d'informations	Type de publication	Type de douleur concerné	Résultats (outcomes) considérés	Constats / Conclusions / Recommandations des auteurs
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'attitude du thérapeute, les attentes de l'utilisateur ainsi que le lien de confiance établi sont des éléments importants du traitement. Toutefois, dans l'état actuel des connaissances, son usage thérapeutique demeure encore au niveau de l'exploration, puisqu'il soulève des questions sur les plans moral, éthique et légal.</li> </ul>