

Algorithme de prise en charge de la lombalgie avec ou sans douleur radiculaire

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé

Algorithme de prise en charge de la lombalgie avec ou sans douleur radiculaire

Rédaction

Sylvie Lamy
Faiza Boughrassa
Stéphanie Côté

Collaboration

Geneviève Bigras
Jim Boulanger
Marie-Ève Pelchat
Marie-Pascale Pomey
Isabelle Samson

Coordination scientifique

Véronique Gagné

Direction

Catherine Truchon
Stéphane Gilbert
Élisabeth Pagé

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteures principales

Sylvie Lamy, Ph. D.
Faiza Boughrassa, M. Sc.
Stéphanie Côté, Ph. D.

Collaboratrices et collaborateur internes

Geneviève Bigras, B. Pharm., M. Sc.
Jim Boulanger, Ph. D.
Marie-Ève Pelchat, B. Pharm., M. Sc.
Marie-Pascale Pomey, MD, Ph. D.
Isabelle Samson, MD

Coordonnatrice scientifique

Véronique Gagné, M. Sc.

Adjointe et adjoint à la direction

Élisabeth Pagé, Ph. D., M.B.A.
Stéphane Gilbert, Ph. D.

Directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Repérage de l'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Bureau – Méthodologies et éthique

Olivier Demers-Payette, Ph. D.
Catherine Olivier, Ph. D.
Adriana Freitas, Ph. D.
Émilie Gagnon, B. Des.
Louis Lochhead, M.B.A. (– juin 2024)
Karine Sénécal, LL.B., LL.M.

Soutien administratif

Lolita Haddad

Équipe de l'édition

Jean Talbot
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Littera Plus, révision linguistique
Traductions Alain Gélinas inc., traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025
ISBN 978-2-555-00461-0 (PDF)

Tous droits réservés
© Gouvernement du Québec, 2025

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Algorithme de prise en charge de la lombalgie avec ou sans douleur radiculaire. Rapport rédigé par Sylvie Lamy, Faiza Boughrassa et Stéphanie Côté. Québec, Qc : INESSS; 2025. 46 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport les membres du comité consultatif de base sont :

M^{me} Lucie Alègre, patiente partenaire, Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CRCHUM)

M. Yvan Campbell, kinésologue, équipe interdisciplinaire de la Clinique de gestion de la douleur, Hôpital du Haut-Richelieu/Hôpital Charles-Le Moyne du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre; professeur adjoint de clinique, École de kinésiologie et des sciences de l'activité physique, Faculté de médecine, Université de Montréal

M^{me} Stéphanie Clément, infirmière clinicienne, Clinique de la douleur, Direction des services professionnels, Hôpital de Saint-Jérôme (CISSS des Laurentides)

M^{me} Caroline Côté, infirmière praticienne spécialisée en 1^{re} ligne (IPSPL), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale; coordonnatrice de stage IPSPL, auxiliaire d'enseignement au programme IPS, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

M. Rodrigo Deamo Assis, physiothérapeute, chercheur et chef responsable de l'équipe multidisciplinaire de la Clinique régionale de la gestion de la douleur (CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue)

M^{me} Chantal Doré, ergothérapeute, Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) du Réseau universitaire intégré de santé et de service sociaux (RUISSS) de l'Université de Sherbrooke, Direction des services généraux, CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS); chargée de cours, École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke

D^r Jean-Pierre Dropinski, médecin de famille spécialisé en douleur, Clinique de la douleur de l'Hôtel-Dieu de Lévis (CISSS de Chaudière-Appalaches)

D^{re} Marie-Ève Goyer, médecin de famille, professeure agrégée de clinique, Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université de Montréal; directrice scientifique, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI); cheffe adjointe des programmes spécifiques (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal)

M^{me} Catherine Lemyze, patiente partenaire, CRCHUM

D^{re} Myriam Paul, anesthésiologiste, Hôpital de Dolbeau-Mistassini (CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean)

M^{me} Laurie Plamondon-Lemieux, infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes (IPSSA), conseillère-cadre IPS – secteur rhumatologie, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec – Université Laval

D^{re} Anne Marie Pinard, anesthésiologiste et cheffe du service de douleur chronique du CHU de Québec, CEGDC du réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université Laval; professeure titulaire, Faculté de médecine, Université Laval; titulaire de la Chaire

de leadership en enseignement sur la douleur chronique, chercheuse au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS)

D^r Simon-Frédéric Richard, médecin de famille, Clinique Maizerets – Groupe de médecine de famille (GMF) universitaire; professeur de clinique, Faculté de médecine, Université Laval; Département de médecine générale, Service d'hospitalisation, CHU de Québec – Université Laval

M^{me} Marie-Josée Rivard, psychologue spécialisée en gestion de la douleur, Ordre des psychologues du Québec, Centre d'aide à l'apprentissage et à la famille, Sainte-Julie et Saint-Bruno-de-Montarville

D^{re} Yveline Romain, médecin de famille (algologue), Clinique de la douleur (CISSS de la Côte-Nord)

M^{me} Annabelle Roy, pharmacienne, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ), Département de pharmacie, site Christ-Roi (CIUSSS de la Capitale-Nationale)

D'autres professionnels détenant une expertise d'intérêt pour la condition de santé examinée se sont joints au comité consultatif de base :

D^{re} Évelyne Théberge, physiatre, Département de médecine spécialisée, Service de physiatrie (médecine physique et réadaptation), CHU de Québec – Université Laval

M. Yannick Tousignant-Laflamme, professeur titulaire, programme de physiothérapie, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke; chercheur, Centre de recherche du CHUS

Comité de suivi

Pour ce rapport, le suivi est assumé par le comité de gouvernance du continuum douleur chronique du MSSS (Comité consultatif et de coordination pour la mise en œuvre du continuum douleur chronique)

Les membres du comité de suivi sont :

M^{me} Mathilda Abi-Antoun, consultante en services de première ligne et services de proximité, Direction générale des affaires universitaires, médicales et pharmaceutiques, MSSS

M^{me} Hélène Beaudry, chercheuse, directrice exécutive, Réseau québécois de recherche sur la douleur (RQRD)

M. Yves Beaulieu, psychologue, Ordre des psychologues du Québec, Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et Hôpital de Montréal pour enfants

M^{me} Lucie Beauregard, infirmière clinicienne, conseillère – Continuum Douleur chronique, Direction des services hospitaliers, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, MSSS

D^{re} Aline Boulanger, anesthésiologiste, directrice du CEGDC RUISSS Université de Montréal, Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)

M^{me} Krista Brecht, infirmière en pratique avancée, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

Mme Geneviève Couture, directrice générale, Association québécoise de la douleur chronique (AQDC)

M. Philippe De Grandpré, pharmacien communautaire, Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)

D^r Étienne de Médicis, anesthésiologiste, CEGDC RUIS Université de Sherbrooke (CHUS)

M^{me} Guylaine Dufour, ergothérapeute, analyste au développement de l'exercice professionnel, Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ)

M^{me} Nancy Fortin, chef de service, CEGDC RUISSS Université de Sherbrooke (CHUS)

M. Pierre Genest, président, AQDC

M^{me} Stéphanie Grégoire, physiothérapeute, chargée de projets, Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ)

M^{me} Caroline Janelle, psychologue, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau; administratrice, Société québécoise de la douleur (SQD)

M^{me} Nathalie Labrecque, directrice, Direction des services hospitaliers, MSSS

D^{re} Sophia Lamghabbar, anesthésiologiste, Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) – Association des anesthésistes du Québec (Centre Hospitalier Pierre-Le Gardeur)

M^{me} Emmanuelle Morin, conseillère, Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique, MSSS

M^{me} Josianne Pellerin, infirmière clinicienne, conseillère – Continuum Douleur chronique, Direction des services hospitaliers, MSSS

D^{re} Anne Marie Pinard, anesthésiologiste, CEGDC RUISSS Université Laval (CHUL)

D^{re} Geneviève Richer, médecin de famille, Hôpital Sainte-Anne – Vétérans

M. Paul Simard, coordonnateur, CEGDC RUISSS Université de Montréal

D^r Allen Steverman, médecin de famille, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (CHUM et Hôpital juif de réadaptation)

M. Tim Sutton, conseiller-cadre – Direction des services multidisciplinaires (DSM), CISSS de la Gaspésie; conseiller – Direction de l'accès et de l'organisation des services de première ligne

M^{me} Regina Visca, directrice administrative, CEGDC RUISSS Université McGill

M^{me} Christine Voyer, coordonnatrice, CEGDC RUISSS Université Laval

D^r Mark Ware, médecin de famille, CEGDC RUISSS Université McGill (CUSM)

Lectrices et lecteur externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

M^{me} Junie Carrière, professeure adjointe, Faculté de médecine et des sciences de la santé, École de réadaptation, Université de Sherbrooke (campus Longueuil); chercheuse, Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail, Centre de recherche Charles-Le Moyne

M^{me} Gabrielle Pagé, professeure sous octroi agrégée, Département d'anesthésiologie et médecine de la douleur, Faculté de médecine, Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal; chercheuse régulière, Centre de recherche du CRCHUM

D^r Jean-Philippe Roy, professeur de clinique, Faculté de médecine de l'Université Laval; médecin du sport et médecin de famille, Clinique Maizerets – GMF universitaire, Clinique du PEPS – Université Laval, Clinique Cortex/Physio Interactive (Henri IV)

Autres contributions

L'Institut tient à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

M^{me} Manon Choinière, professeure titulaire, Département d'anesthésiologie et de médecine de la douleur, Faculté de médecine, Université de Montréal

M^{me} Julie Lanthier, professionnelle scientifique à la Direction de l'évaluation de la pertinence des modes d'intervention en santé, INESSS

D^r Duncan Schellenberg, médecin de famille, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, CLSC de LaSalle – Soutien à domicile, GMF Clinique Indigo

Futurs utilisateurs

L'Institut tient aussi à remercier les personnes qui ont contribué à la révision de l'outil d'aide à la prise en charge de la lombalgie (algorithme) – sous sa forme Web dynamique – à titre de futurs utilisateurs. Il s'agit de cliniciens pratiquant dans différents contextes de soins et services de première ligne.

Les futurs utilisateurs qui ont accepté d'être nommés sont :

D^r Denis Audet, médecin de famille, GMF universitaire (GMF-U) Saint-François d'Assise

D^r Francis Fournier, urgentologue, associé du Collège royal des médecins du Canada, CISSS du Bas-Saint-Laurent

M^{me} Julie Poirier, IPSPL, CISSS de Chaudière-Appalaches

D^{re} Roxanne St-Pierre-Alain, médecin de famille, Centre de santé de Témiscaming-Kiapwa

Déclaration d'intérêts

Les conflits d'intérêts et de rôles ont été déclarés et gérés conformément à la Politique de prévention, d'identification, d'évaluation et de gestion des conflits d'intérêts et de rôles des collaborateurs de l'INESSS. Les membres de l'équipe de projet INESSS déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce projet.

Des membres du comité consultatif ou autres personnes consultées ont déclaré les conflits d'intérêts et/ou de rôles suivants.

M^{me} Lucie Alègre a déclaré avoir un intérêt pour la thérapie de reconditionnement de la douleur (*Pain Reprocessing Therapy*) dans l'autogestion de la douleur chronique. Elle a été engagée bénévolement auprès du Pain Reprocessing Therapy Center, qui est établi aux États-Unis. En tant que patiente partenaire, M^{me} Alègre participe aux travaux du comité des contenus du nouveau programme de médecine (Renouveau du programme MD) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

M^{me} Manon Choinière a déclaré avoir reçu du financement pour divers projets portant sur la douleur par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQ-S) et le MSSS. En sa qualité de représentante chercheuse du RQRD du comité d'experts sur la douleur chronique 2019-2020 du MSSS, M^{me} Choinière a contribué à la réflexion pour les documents d'orientation et le plan d'action 2021-2026 sur la douleur chronique. Elle est membre de divers regroupements/groupes d'experts dans le domaine de la douleur chronique, notamment : le conseil d'administration de l'AQDC, le comité consultatif scientifique du Portail Surmonter sa douleur – Power Over Pain Portal (adulte) et le conseil scientifique de l'Observatoire français des médicaments antalgiques – France.

La **D^{re} Marie-Ève Goyer** collabore en tant que directrice scientifique de l'ESCODI à l'élaboration d'outils et autres produits et elle a participé à des congrès scientifiques et de multiples travaux pour soutenir la gestion de l'utilisation de certaines molécules en matière de dépendance. Elle est responsable de la formation sur les traitements des troubles liés à l'utilisation des opioïdes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

M^{me} Gabrielle Pagé a déclaré que ses projets de recherche sont financés principalement par des organismes subventionnaires fédéraux ou provinciaux (IRSC, FRQ-S, etc.). Elle est la présidente du comité scientifique de la Société canadienne de la douleur (SCD).

La **D^{re} Anne Marie Pinard** est à la fois membre du comité consultatif et du comité de suivi. Elle est titulaire d'une chaire de leadership en enseignement sur la douleur chronique qui a été soutenue financièrement par un don sans droit de regard à la Fondation de l'Université Laval par MEDISCA Pharmaceutiques Inc. (le financement s'est terminé en 2023).

M^{me} Laurie Plamondon-Lemieux est représentante des IPSSA au sein de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ). Elle a été rémunérée pour sa présence aux travaux des comités-conseils de compagnies pharmaceutiques et pour avoir donné des conférences en lien avec les agents biologiques en rhumatologie.

La **D^{re} Évelyne Théberge** a déclaré avoir participé aux travaux du comité consultatif de l'INESSS pour les indicateurs de pertinence de l'imagerie pour les lombalgies et les céphalées.

M. Yannick Tousignant-Laflamme a déclaré être formateur au sein du programme de formation continu de l'OPPQ. Il a déclaré que ses projets de recherche sont financés, notamment, par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), des FRQ-S et de ses réseaux. Il a publié de nombreux articles (auteur, coauteur) sur le sujet de la douleur lombaire.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou celles des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	III
AVERTISSEMENT.....	V
SIGLES ET ACRONYMES.....	VI
INTRODUCTION	1
1 MÉTHODOLOGIE.....	4
1.1 Questions d'évaluation	4
1.2 Bases méthodologiques	4
1.3 Stratégie de repérage de l'information scientifique	5
1.4 Sélection des publications.....	5
1.5 Évaluation de la qualité méthodologique des guides de pratique clinique.....	6
1.6 Extraction et synthèse de l'information scientifique	6
1.7 Collecte de données contextuelles et expérientielles et validation scientifique	7
1.7.1 Comité consultatif.....	7
1.7.2 Comité de suivi.....	7
1.7.3 Futurs utilisateurs	7
1.7.4 Lecteurs externes.....	8
1.8 Mises à jour en continu de l'algorithme.....	8
2 RÉSULTATS.....	9
2.1 Définition de la lombalgie	9
2.2 Algorithmes (niveau 1).....	10
2.2.1 Algorithme principal	12
2.2.2 Sous-algorithmes.....	14
2.2.3 Contenu visant à soutenir la réalisation de certaines étapes de la trajectoire	19
2.2.4 Contenu informatif	24
2.2.5 Boîtes à outils cliniques.....	28
2.3 Recommandations pour la pratique clinique (niveau 2).....	34
2.3.1 Évaluation diagnostique	34
2.3.2 Prise en charge collaborative	37
2.3.3 Suivi	41
MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE.....	42
CONCLUSION ET MISE À JOUR	43
RÉFÉRENCES	44

RÉSUMÉ

La douleur chronique est une condition de santé qui peut conduire à des incapacités fonctionnelles chez des personnes atteintes et avoir un impact sur plusieurs sphères de leur vie, notamment familiale, sociale, professionnelle, financière et psychologique. Elle figure parmi les problèmes de santé publique les plus importants. Dans les différents types de douleurs chroniques, la lombalgie est celle dont la prévalence est la plus élevée. Dans la plupart des cas de lombalgie aiguë, les personnes se rétablissent, mais pour certains, les symptômes persisteront et deviendront chroniques, d'où l'importance d'agir le plus efficacement possible en amont afin de réduire le risque de chronicité.

Des algorithmes de prise en charge de la douleur chronique ont été élaborés par les équipes interdisciplinaires de quatre centres d'expertise en gestion de la douleur chronique associés aux réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS) et publiés sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). À la demande du MSSS, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a mis à jour l'algorithme de prise en charge de la douleur lombaire publié en 2015.

L'algorithme développé dans le cadre de ce mandat est un outil d'aide à la décision regroupant un ensemble de recommandations, ainsi que les données probantes en appui, concernant la prise en charge de la lombalgie non cancéreuse; il est présenté sous une forme Web dynamique. Cet algorithme a été élaboré en collaboration avec des cliniciens et des patients partenaires et vise à soutenir les professionnels de la santé pratiquant en contexte de première ligne. Il couvre l'entièreté de la prise en charge, chez l'adulte, de la lombalgie non spécifique ou avec douleur radiculaire, depuis l'évaluation initiale jusqu'au suivi, dès la phase aiguë de la douleur, en prévention de sa chronicisation.

Le format Web de l'algorithme est divisé en trois principaux niveaux : l'algorithme principal comprenant des sous-algorithmes, des fenêtres contextuelles (*pop-up*) dont le contenu vise à soutenir la réalisation de certaines étapes de la trajectoire ou à informer sur des notions spécifiques et des boîtes à outils cliniques (niveau 1), les recommandations axées sur la pratique clinique et retenues dans nos travaux (niveau 2), et les données qui ont soutenu ces recommandations (niveau 3). Le présent document présente uniquement les niveaux 1 et 2. L'information relative au niveau 3 est disponible dans l'outil Web.

Les principaux éléments considérés dans l'évaluation diagnostique sont le type de douleur prédominante (nociceptive, neuropathique, nociplastique), la durée (aiguë, subaiguë, chronique, récurrente) ainsi que les facteurs pronostiques biopsychosociaux de chronicisation. La prise en charge de la personne chez qui on a diagnostiqué une douleur lombaire comprend principalement des approches non pharmacologiques (physiques et psychosociales), mais elle peut inclure également des approches pharmacologiques. Le suivi dépendra du profil de la personne ainsi que de la complexité et de l'évolution de sa douleur. Pour les patients au profil plus complexe, l'orientation

vers des professionnels qui détiennent une expertise en gestion de la douleur pourrait être envisagée. Une approche interdisciplinaire visant la restauration fonctionnelle globale du patient devrait être retenue pour gérer une douleur persistante.

Certains défis sont inhérents à la prise en charge de la douleur chronique dans le contexte de la pratique actuelle au Québec. Dans bien des cas, la prise en charge de cette clientèle demeure complexe pour de nombreux professionnels de première ligne, et un outil d'aide à la décision clinique tel que cet algorithme pourrait soutenir leur pratique à cet égard. L'accès aux soins et services, tant en première ligne que pour les spécialités, constitue également un enjeu de taille. Cela peut avoir des conséquences importantes sur les individus touchés, notamment ceux qui sont en contexte de vulnérabilité – p. ex. les personnes à faible revenu ou qui n'ont pas d'assurance privée et ne peuvent recourir à des services en milieux privés.

Le rehaussement et l'harmonisation de la pratique clinique au regard de la lombalgie dépendront de la diffusion et de la promotion de cet outil au sein du réseau ainsi que de l'adhésion et de l'appropriation de ses recommandations par les professionnels de la santé concernés. Des efforts devront également être maintenus afin d'actualiser de façon régulière les balises cliniques proposées en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques ainsi que des besoins des acteurs sur le terrain.

SUMMARY

Algorithm for the Management of Low Back Pain With or Without Radicular Pain

Chronic pain is a health condition that can lead to functional incapacity in sufferers and have an impact on several areas of their lives, including familial, social, professional, financial and psychological. It is one of the most important public health problems. Among the various types of chronic pain, low back pain is the most prevalent. In most cases of acute low back pain people recover, but for some, symptoms will persist and become chronic, hence the importance of acting as effectively as possible upstream to reduce the risk of chronicity.

Algorithms for managing chronic pain have been developed by interdisciplinary teams at four centres of expertise in chronic pain management associated with the Réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS) and published on the website of the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). At the request of the MSSS, the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) has updated the algorithm for managing low back pain published in 2015.

The algorithm developed as part of this mandate is a decision-support tool bringing together a set of recommendations, along with supporting evidence, regarding the management of non-cancerous low back pain; it is presented in a dynamic Web format. This algorithm was developed in collaboration with clinician and patient partners and is intended to support healthcare professionals practicing in front-line settings. It covers the entire management of low back pain that is non-specific or accompanied by radicular pain in adults, from initial assessment to follow-up and from the acute phase of pain onwards, in order to prevent chronicity.

The Web-based format of the algorithm is divided into three main levels: the principal algorithm contains sub-algorithms, with pop-up windows whose content is designed to support achieving certain steps in the trajectory or to provide information on specific concepts and clinical toolkits (level 1), the clinical practice-oriented recommendations adopted in our work (level 2), and the data that support these recommendations (level 3). This document presents only levels 1 and 2. Information on level 3 is available in the Web tool.

The main aspects considered in the diagnostic assessment are the predominant type of pain (nociceptive, neuropathic, nociplastic), duration (acute, sub-acute, chronic, recurrent) and biopsychosocial prognostic factors for chronicization. Management of a person diagnosed with low back pain mainly involves non-pharmacological approaches (physical and psychosocial) but may also include pharmacological approaches. Follow-up will depend on the person's profile, as well as the complexity and progression of their pain. For patients with a more complex profile, referral to professionals with expertise in pain management could be considered. An interdisciplinary approach aimed at the patient's overall functional restoration should be adopted to manage persistent pain.

Certain challenges are inherent in the management of chronic pain in the context of current practice in Québec. In many cases, the management of this clientele remains complex for many front-line professionals, and a clinical decision-making tool such as the present algorithm could support their practice in this regard. Access to care and services, both on the front line and for specialties, is also a major issue. This can have a major impact on affected individuals, especially those in vulnerable situations - e.g., people with low income or who have no private insurance and cannot access services in private settings.

The enhancement and harmonization of clinical practice regarding low back pain will depend on the distribution and promotion of this tool within the network, as well as the adoption and appropriation of its recommendations by the healthcare professionals involved. Efforts will also have to be maintained to regularly update the recommended clinical guidelines in line with developments in scientific knowledge and the needs of players in the field.

AVERTISSEMENT

Ce présent document a été produit en date du 31 mars 2025 lors de la mise en ligne initiale de l'algorithme. Des modifications lui ont depuis été apportées. Pour la version à jour de l'algorithme, veuillez vous référer à la page Web de l'[algorithme](#).

SIGLES ET ACRONYMES

AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
AIPSQ	Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec
AQDC	Association québécoise de la douleur chronique
ATC	Antidépresseur tricyclique
CEGDC	Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique
CHR	Centre hospitalier régional
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUL	CHU de Québec – Université Laval
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CIM	Classification internationale des maladies
CIRRI	Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CRCHUM	Centre de recherche du CHUM
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DSM	Direction des services multidisciplinaires
ESCODI	Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
FRQ-S	Fonds de recherche du Québec – Santé
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-A/R	Groupe de médecine de famille accès/réseau (super-clinique)
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
GTCD	Groupe de travail canadien sur la douleur
IASP	International Association for the Study of Pain
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IPSSA	Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes

IRD PQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
IRSN	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec)
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPPQ	Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
RQRD	Réseau québécois de recherche sur la douleur
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
RUISSS	Réseau universitaire intégré de santé et de service sociaux
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SCD	Société canadienne de la douleur
SQD	Société québécoise de la douleur

INTRODUCTION

La douleur chronique

La douleur chronique représente l'une des affections les plus complexes et difficiles à traiter. Elle entraîne des répercussions sur la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes et sur celle de leur entourage [MSSS, 2021; Santé Canada, 2019]. La prise en charge de la douleur chronique constitue un enjeu majeur de santé publique au Canada puisque, selon le Groupe de travail canadien sur la douleur (GTCD)¹, près de 8 millions de Canadiens (1 personne sur 5)² vivent avec cette condition [Santé Canada, 2021].

L'International Association for the Study of Pain (IASP) définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle »³. Elle est considérée comme « chronique » lorsqu'elle persiste ou réapparaît au-delà de trois mois [Treede *et al.*, 2019]. Avant de se chroniciser, une douleur présente toutefois une phase aiguë et une phase subaiguë.

En 2019, dans sa 11^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11)⁴, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a reconnu la douleur chronique comme un diagnostic à part entière, classée en deux sous-entités : la douleur chronique comme maladie (dite « primaire ») et la douleur chronique comme symptôme (dite « secondaire ») [Treede *et al.*, 2019]. La douleur chronique a des origines multifactorielles et elle est sous-tendue par différents mécanismes (nociceptif, neuropathique, nociplastique) [Nijs *et al.*, 2023; Otero-Ketterer *et al.*, 2022]. Afin de bien évaluer, diagnostiquer et traiter efficacement la douleur, les facteurs qui influent sur l'expérience et la perception de la douleur par le patient (biologiques, psychologiques et sociaux) [IOM, 2011; Gatchel *et al.*, 2007] doivent être pris en considération. Son traitement peut requérir une prise en charge multimodale, voire multidisciplinaire, intégrant notamment des approches pharmacologiques, physiques, psychologiques, spirituelles et d'autogestion [OMS, 2021; Santé Canada, 2019]. De ce fait, la prise en charge optimale de cette condition se trouve à être interdisciplinaire [Mailis *et al.*, 2022]. De plus, une prise en charge adaptée et précoce dès la phase aiguë ou subaiguë pourrait contribuer à diminuer le risque qu'elle devienne chronique [Dydyk et Conermann, 2024].

¹ Gouvernement du Canada – *Groupe de travail canadien sur la douleur* [site Web]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-travail-douleur-chronique.html> (consulté le 18 octobre 2022).

² Gouvernement du Canada – *Un plan d'action pour la douleur au Canada* [site Web]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-travail-douleur-chronique/rapport-2021.html> (consulté le 11 octobre 2022).

³ International Association for the Study of Pain – *Définition révisée de Douleur* (2020) [site Web]. Disponible à : <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/> (consulté le 18 octobre 2022).

⁴ Organisation mondiale de la santé – *Classification internationale des maladies*, onzième révision [site Web]. Disponible à : <https://icd.who.int/fr> (consulté le 28 octobre 2022).

La lombalgie

Prévalence

La douleur lombaire (ou lombalgie) chronique est l'une des six conditions de santé les plus fréquentes dans les pays socio-économiquement favorisés [Berenguera *et al.*, 2011]. Elle représente, depuis une décennie, l'une des trois complications musculosquelettiques les plus rapportées dans les sociétés occidentales, et sa prévalence, au cours des années à venir, est appelée à augmenter [MSSS, 2021].

La lombalgie est la principale cause d'incapacité dans le monde [Wu *et al.*, 2020]. En 2020, près de 10 % de la population mondiale vivait avec des douleurs lombaires, soit environ 619 millions de personnes, ce qui représente une augmentation de 60 % par rapport à 1990 [Ferreira *et al.*, 2023]. Chez les personnes qui présentent une lombalgie aiguë, l'incapacité est généralement limitée avec le temps et l'évolution clinique est souvent favorable. La lombalgie peut toutefois être récurrente, caractérisée par des épisodes aigus dont la fréquence peut s'accroître avec l'âge, ou être persistante (chronique) [WHO, 2023].

Pour la plupart des personnes qui présentent des douleurs lombaires (90 %), aucune cause spécifique ne peut être reconnue [Malik *et al.*, 2022]. La lombalgie non spécifique, aussi appelée lombalgie simple, lombalgie commune ou lombalgie mécanique, est le type de lombalgie le plus fréquent [Maher *et al.*, 2017]. Cette douleur ne s'explique par aucune maladie ou pathologie sous-jacente identifiable. La lombalgie spécifique, aussi appelée lombalgie symptomatique ou lombalgie secondaire, peut quant à elle être attribuée à une cause déterminée, et ne représente que de 1 à 5 % des cas de douleurs lombaires [Hartvigsen *et al.*, 2018]. À titre d'exemple, une douleur radiculaire ressentie par les personnes qui ont une lombalgie est généralement attribuable à l'atteinte d'une racine nerveuse spinale [WHO, 2023].

Contexte, objectif, champ d'application et public cible de l'algorithme

Depuis 2015, des algorithmes de prise en charge de différents types de douleur chronique élaborés par les équipes interdisciplinaires de quatre centres d'expertise en gestion de la douleur chronique associés aux réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux afin de soutenir la prise en charge et la trajectoire de soins des patients dans l'ensemble du réseau [MSSS, 2021]. Plusieurs de ces algorithmes nécessitent aujourd'hui une mise à jour compte tenu de l'évolution des connaissances scientifiques et du contexte de soins, ainsi que de l'expérience acquise depuis leur élaboration. Il est également pertinent de développer de nouveaux algorithmes visant la prise en charge d'autres types de douleur chronique.

C'est dans ce contexte que le MSSS a sollicité l'INESSS. L'objectif de l'algorithme sur la prise en charge de la lombalgie – le premier à être mis à jour – est de fournir des recommandations fondées sur des données issues de la littérature scientifique ainsi que l'expérience et l'expertise de cliniciens québécois concernant la prise en charge de la

douleur lombaire chez les adultes. L'algorithme et les sous-algorithmes associés visent à soutenir les cliniciens de première ligne dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes présentant une lombalgie aiguë ou subaiguë, dans l'optique de prévenir la chronicisation de la douleur, ou une lombalgie récurrente ou persistante depuis plus de trois mois, que cette lombalgie soit avec ou sans douleur radiculaire.

Comment utiliser l'algorithme

Le contenu de l'algorithme est subdivisé en trois niveaux d'information navigables à l'intérieur d'un outil Web interactif (avec des sections imprimables également).

Le premier niveau fournit un aperçu global du thème abordé dans lequel l'information est schématisée sous la forme d'arbres décisionnels répondant aux besoins de la pratique québécoise ([Algorithme principal](#)). Des liens cliquables ont été intégrés dans la structure de l'algorithme principal afin de guider le lecteur vers les énoncés de recommandations correspondants et des sous-algorithmes décisionnels (caractères bleus) ainsi que vers des aide-mémoire ou actions à réaliser (caractères bleus soulignés). Des icônes cliquables ouvrent une fenêtre contextuelle sur la même page et donnent accès soit à du contenu informatif () , soit à des outils cliniques et des ressources ().

Le deuxième niveau correspond aux recommandations formulées par l'INESSS afin de soutenir la pratique clinique ([Recommandations](#)). Des liens cliquables sont aussi associés aux recommandations et permettent de faire le pont vers les données issues de la littérature.

Le troisième niveau d'information comprend une synthèse des principales recommandations issues des documents d'encadrement de la pratique (guides de pratique clinique, lignes directrices, etc.) et des données probantes issues des revues scientifiques (le cas échéant) ainsi que la perspective des organisations citées qui appuient les lignes directrices émises. Ce dernier niveau (non présenté dans ce document, mais disponible dans l'outil Web) permet à l'utilisateur de l'algorithme d'approfondir le sujet traité et de porter un regard critique sur les éléments de preuve disponibles en soutien aux recommandations formulées.

1 MÉTHODOLOGIE

La méthodologie complète est disponible dans la section ADDENDUM accessible dans l'outil Web interactif.

1.1 Questions d'évaluation

Les questions suivantes ont guidé les travaux d'évaluation de l'INESSS en lien avec la prise en charge clinique de la douleur lombaire chez l'adulte dans un contexte de soins en première ligne.

Dimension clinique

1. Quels sont les différents diagnostics et sous-diagnostics à envisager?
2. Quelles sont les meilleures pratiques pour établir le diagnostic (y compris les outils d'évaluation, les tests requis, etc.)?
3. Quelles sont les meilleures pratiques pour la prise en charge thérapeutique de la douleur (y compris les traitements pharmacologiques et les interventions non pharmacologiques)?
4. Quels sont les signaux d'alerte à considérer selon le diagnostic?
5. Quelles sont les meilleures pratiques pour réaliser le suivi?

Autre élément

6. Y a-t-il d'autres éléments qu'il est important de considérer dans l'élaboration d'un algorithme pour guider la prise en charge de la douleur lombaire au Québec (p. ex. les médicaments autorisés, les soins et services spécialisés disponibles)?

1.2 Bases méthodologiques

Pour répondre aux questions d'évaluation, une revue rapide de la littérature a été réalisée. Les bases de données bibliographiques et d'autres sources d'information fournissant notamment des documents d'encadrement de la pratique (guides de pratique clinique, lignes directrices, etc.) ont été explorées. L'objectif principal était de répertorier les documents présentant des algorithmes et/ou des recommandations de bonnes pratiques relatives à la prise en charge clinique globale des douleurs lombaires. L'exercice a révélé l'existence de plusieurs documents récents encadrant la trajectoire globale de la gestion de la douleur lombaire (prévention, évaluation, traitement et suivi). Certains de ces documents sont basés sur une méthodologie structurée comprenant une revue de la littérature, parfois systématique, ou une revue des revues, et un consensus d'experts. La plupart des documents retenus présentent une appréciation de la force des recommandations formulées. Par conséquent, le contenu des guides de pratique existants a servi d'assise aux présents travaux et a été adapté au contexte de soins

québécois. Lorsque requis, les données issues de revues scientifiques ont permis de compléter l'information.

1.3 Stratégie de repérage de l'information scientifique

Le repérage de la littérature a été mené par une conseillère en information scientifique (bibliothécaire) en collaboration avec l'équipe de projet.

Les bases de données bibliographiques MEDLINE, Embase, EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews, Health Technology Assessment, NHS Economic Evaluation Database), PsycInfo et CINAHL Complete ont été interrogées initialement en octobre 2023 en tenant compte d'un seul concept : douleur lombaire. Des mises à jour ponctuelles ont été effectuées jusqu'avant la parution de ce rapport afin de repérer des publications récentes susceptibles de modifier les résultats présentés.

La stratégie ciblait particulièrement les guides de pratique clinique, les lignes directrices, les consensus d'experts, les revues systématiques, avec ou sans méta-analyse, et les revues de synthèse, publiés en anglais ou en français de 2013 à 2023. Élaborée d'abord dans MEDLINE, elle a fait l'objet d'une révision par une autre conseillère en information scientifique et a été par la suite adaptée dans chacune des bases de données consultées.

D'autres sources spécialisées, dont des sources de littérature grise, ont été examinées : sites Web d'agences en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé – sites Web d'organismes gouvernementaux, d'associations professionnelles et de sociétés savantes dont le réseau de la santé et les pratiques cliniques ont des similitudes avec ceux du Québec, p. ex. autres provinces canadiennes, États-Unis, Australie, Allemagne, Belgique, France, Royaume-Uni.

Enfin, les méthodes de recherche suivantes ont également été employées : moteurs de recherche Web; recherche par références, recherche manuelle de références auprès d'experts, dans des bibliographies ou dans les tables des matières de revues.

1.4 Sélection des publications

La sélection des documents d'encadrement a été effectuée indépendamment par deux professionnelles scientifiques (SL, FB) selon les critères d'inclusion suivants :

Populations ciblées : les adultes atteints d'une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire

Interventions :

- Prévention de la chronicisation; évaluation biopsychosociale;
- Diagnostic et dépistage d'un problème grave requérant une intervention urgente (investigation médicale ou chirurgicale) ou spécialisée, soit la redirection du patient vers des services spécialisés comme la réadaptation;

- Approches pharmacologiques et non pharmacologiques, interventions effractives, approches complémentaires;
- Gestion de la douleur en multidisciplinarité ou interdisciplinarité;
- Réévaluation des traitements/interventions et suivi des patients.

Contexte : les soins en 1^{re} ligne et l'orientation vers les 2^e et 3^e lignes; milieux de pratique : clinique de médecine familiale, clinique de la douleur, centre d'expertise en gestion de la douleur chronique, salle d'urgence, cabinets médicaux.

Critères d'exclusion : douleur d'origine cancéreuse, douleur spécifique autre que radiculaire, population gériatrique atteinte d'une déficience cognitive, population pédiatrique, femmes enceintes.

Lorsque pertinent, des revues systématiques avec ou sans méta-analyse et des études primaires dont les données permettaient de valider ou renforcer des recommandations en lien avec certains éléments de la trajectoire de soins ont été retenues. Des revues narratives ont aussi été conservées afin de mieux comprendre des notions complexes ou récentes, peu abordées dans les guides de pratique.

1.5 Évaluation de la qualité méthodologique des guides de pratique clinique

La qualité des documents d'encadrement retenus a été évaluée au moyen de la grille AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*)⁵, lorsque pertinente. La qualité méthodologique des revues systématiques n'a pas été évaluée, considérant que seuls certains éléments de contenu ont été retenus en complément aux données issues des guides de pratique.

1.6 Extraction et synthèse de l'information scientifique

L'extraction de l'information recensée a été réalisée et validée par deux professionnelles scientifiques (FB, SL). L'information tirée des documents retenus a été extraite telle que publiée, et celle rédigée en anglais a été traduite en français (traduction libre). La force des recommandations et la qualité de la preuve (selon l'organisation citée) ont été présentées lorsque l'information était disponible. L'ensemble de la preuve scientifique a ensuite été regroupée par thèmes et synthétisée sous la forme de documents de travail contenant des propositions de recommandations.

Afin d'intégrer les savoirs issus des données scientifiques, contextuelles et expérientielles, les résultats ne sont pas présentés en fonction des questions d'évaluation, mais en fonction de la logique inhérente à la trajectoire de soins.

⁵ Grille AGREE II. Disponible à : https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_French.pdf.

1.7 Collecte de données contextuelles et expérientielles et validation scientifique

1.7.1 Comité consultatif

Un comité consultatif a été mis sur pied pour accompagner l'INESSS dans l'élaboration de l'algorithme afin d'assurer la crédibilité scientifique de ses travaux, la pertinence clinique et de pratique et l'acceptabilité professionnelle et sociale du produit livré, et ce, en fournissant de l'information, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux. À cette fin, les membres du comité ont été invités, notamment, à :

- se prononcer sur les questions d'évaluation et les critères d'inclusion et d'exclusion employés pour la sélection de la littérature;
- fournir de l'information contextuelle et expérientielle;
- participer à l'élaboration des recommandations;
- contribuer à l'identification des conditions qui pourraient faciliter ou faire obstacle à l'implantation des recommandations formulées;
- se prononcer sur les produits de transfert de connaissances, selon les besoins déterminés en cours de production.

Les documents de travail élaborés à la lumière des données tirées de la littérature ont été partagés avec les membres afin de recueillir dans un premier temps leur vision des besoins cliniques et, par la suite, de comparer et de débattre à propos de l'information et des recommandations sélectionnées lors de l'extraction des données scientifiques. Ces échanges ont permis de recueillir les données expérientielles et contextuelles nécessaires à l'élaboration des recommandations et des algorithmes. Les membres du comité consultatif sont présentés dans les pages liminaires.

1.7.2 Comité de suivi

Le rôle du comité de suivi est assumé par le comité de gouvernance du continuum douleur chronique du MSSS – *Comité consultatif et de coordination pour la mise en œuvre du continuum douleur chronique*. Il veille à dégager les enjeux (p. ex. par rapport à l'implantation d'un algorithme interactif), à assurer la pertinence, l'acceptabilité, la diffusion et l'implantation des recommandations.

1.7.3 Futurs utilisateurs

Un comité de futurs utilisateurs en soins de 1^{re} ligne, composé de médecins de famille, d'IP SPL et d'urgentologues, pratiquant dans divers milieux – GMF, GMF-U, GMF-A/R, urgence – CHR, urgence – CHU, clinique publique d'IPS, CLSC, CHSLD – a été formé afin de tester une version bêta de l'algorithme – version Web – auprès de patients via un appareil électronique – ordinateur, ordinateur portable, tablette ou téléphone intelligent.

Parmi les personnes qui ont accepté de participer, cinq ont testé l'outil clinique et rempli le questionnaire en ligne.

1.7.4 Lecteurs externes

Des lecteurs externes spécialisés dans la prise en charge de la douleur chronique visée par l'algorithme ont été appelés à commenter ce document afin, notamment, d'assurer la justesse des recommandations.

1.8 Mises à jour en continu de l'algorithme

Une vigie portant sur les publications pertinentes sera réalisée en trois étapes en concomitance avec le comité consultatif :

- 1) Identification des thèmes à mettre à jour ou évaluation de la pertinence d'une mise à jour;
- 2) Évaluation des principales données probantes disponibles;
- 3) Formulation d'une nouvelle recommandation ou modification d'une recommandation existante, avec ou sans développement de la preuve.

La publication de la mise à jour des recommandations sera indiquée dans l'algorithme interactif (plateforme Web) par une étiquette visuelle « Mise à jour – date MM-AAAA » afin d'en faciliter le repérage.

2 RÉSULTATS

L'algorithme élaboré prend assise sur les étapes charnières de prise en charge des personnes qui présentent une lombalgie et, contrairement à plusieurs autres outils repérés dans la littérature, il couvre l'ensemble de la trajectoire de soins, de la prévention de la chronicisation, dès les phases aiguë et subaiguë de la douleur jusqu'au suivi. Il met également l'accent sur l'identification de la douleur prédominante et l'évaluation des facteurs biopsychosociaux en vue de dépister rapidement le risque de chronicisation. L'algorithme vise ainsi à soutenir les cliniciens de première ligne dans l'offre de soins et services pertinents, considérant l'expertise et l'expérience de chacun, et à les informer succinctement sur les soins et services pouvant être offerts en deuxième et troisième ligne de services afin d'orienter adéquatement les patients lorsque nécessaire.

2.1 Définition de la lombalgie

La définition de la douleur lombaire (lombalgie) retenue pour cet algorithme est la suivante :

Douleur se manifestant dans le bas du dos (entre la 12^e côte et le pli fessier), avec ou sans douleur radiculaire, et sans signes laissant suspecter une condition sous-jacente ou une atteinte neurologique grave.

La douleur peut être subdivisée selon la durée de sa présence :

- 1) **Douleur aiguë** : douleur présente depuis moins de 6 semaines. Ce type de douleur survient soudainement et commence de manière vive ou intense, et sert de signal d'alerte. Les objectifs de sa prise en charge sont notamment de soulager la douleur et de traiter la cause. Dans la plupart des cas, les symptômes disparaissent généralement en quelques jours ou quelques semaines.
- 2) **Douleur subaiguë** : douleur présente depuis 6 à 12 semaines – période charnière durant laquelle il est important d'intensifier le traitement afin de prévenir la chronicisation. Les objectifs de sa prise en charge sont notamment de soulager la douleur, de traiter la cause, et d'évaluer et gérer les facteurs de risque de chronicisation.
- 3) **Douleur chronique ou persistante** : douleur présente depuis plus de 12 semaines ou au-delà du temps de guérison normalement attendu. Sauf dans de rares cas où une douleur persistante peut disparaître, l'objectif principal de la prise en charge est surtout d'améliorer la qualité de vie et la capacité fonctionnelle du patient, par une approche thérapeutique multimodale, adaptée aux besoins du patient, collaborative et interprofessionnelle.
- 4) **Douleur récurrente** : périodes de douleur entrecoupées de périodes sans douleur (récidive).

2.2 Algorithmes (niveau 1)

L'algorithme principal se découpe en trois principales étapes de la trajectoire de soins d'un patient adulte qui présente une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire, soit :

- 1) [Évaluation diagnostique](#)
- 2) [Prise en charge collaborative](#)
- 3) [Suivi](#)

Plusieurs liens cliquables à même l'algorithme mènent soit à des sous-algorithmes, soit à des fenêtres détaillant des actions cliniques à entreprendre ou encore à des fenêtres à contenu informatif. Enfin, des boîtes à outils sont aussi accessibles à partir de l'algorithme principal ou de fenêtres à contenu clinique ou informatif.

Les cinq sous-algorithmes accessibles sont en lien avec les approches pharmacologiques et orientent vers les molécules à considérer selon le type de douleur prédominante et la notion de temporalité :

- 1) [Douleur nociceptive prédominante : douleur aiguë/subaiguë](#)
- 2) [Douleur nociceptive prédominante : douleur chronique](#)
- 3) [Douleur neuropathique prédominante : douleur aiguë/subaiguë](#)
- 4) [Douleur neuropathique prédominante : douleur chronique](#)
- 5) [Douleur nociplastique prédominante : douleur chronique](#)

Huit liens mènent à des fenêtres dont le contenu vise à soutenir le clinicien dans la réalisation de certaines étapes de la trajectoire :

- 1) [Anamnèse](#)
- 2) [Examen physique](#)
- 3) [Suspicion de drapeaux rouges](#)
- 4) [Critères visant à reconnaître la présence d'une douleur nociplastique](#)
- 5) [Facteurs pronostiques biopsychosociaux](#)
- 6) [Enseignement au patient](#)
- 7) [Récapitulatif des médicaments prescrits lors de la visite initiale](#)
- 8) [Opioïdes](#)

Six liens mènent à des fenêtres dont le contenu a une visée informative :

- 1) [Examen d'imagerie](#)
- 2) [Type de lombalgie](#)
- 3) [Phénotypes de la douleur](#)

- 4) [Orientation vers d'autres professionnels de la santé](#)
- 5) [Prise en charge interprofessionnelle](#)
- 6) [Cannabinoïdes](#)

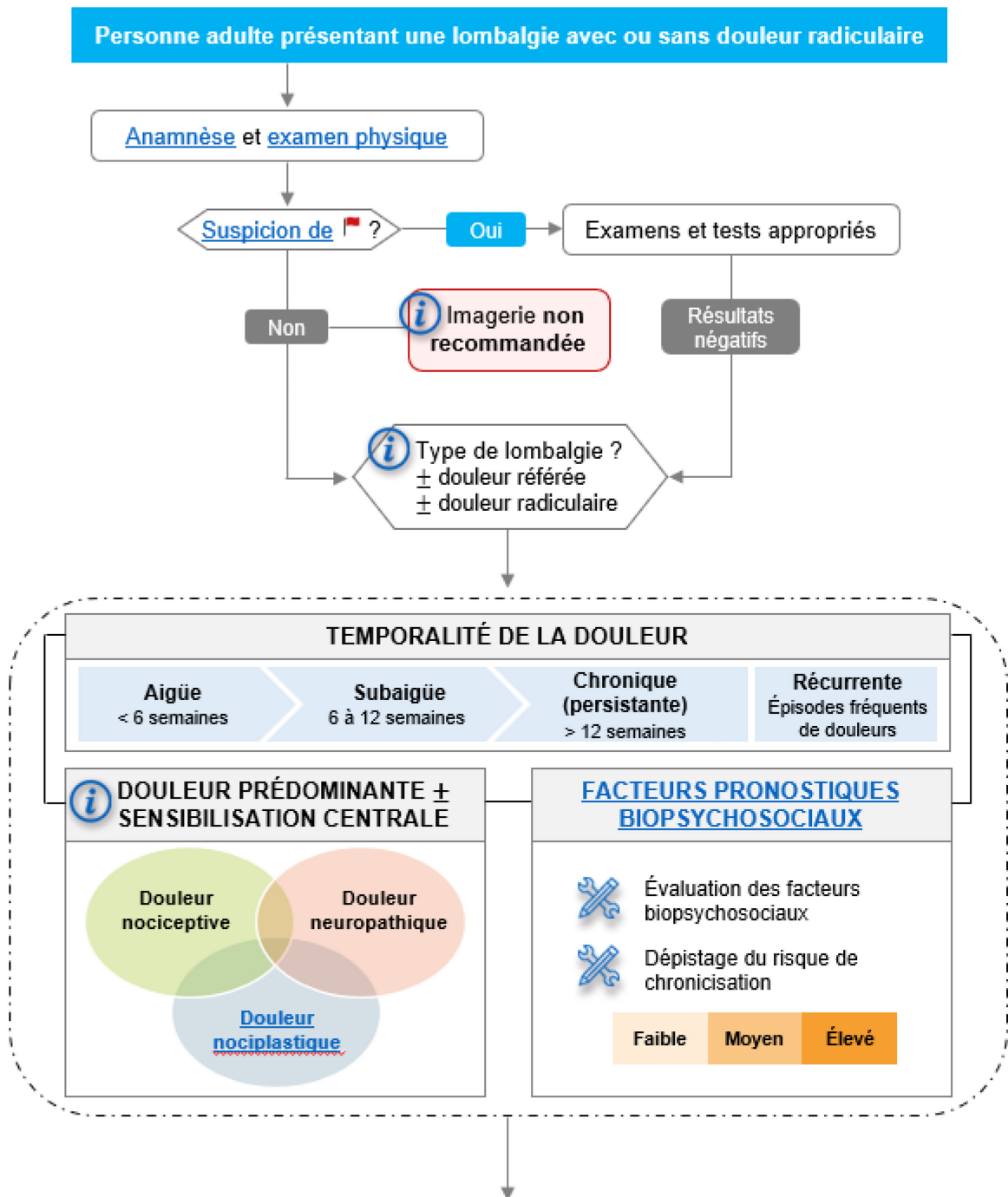
Dix liens mènent à des boîtes proposant quelques outils cliniques en soutien à certaines étapes de la trajectoire (le contenu de ces boîtes ne se veut pas exhaustif) :

- 1) [Imagerie](#)
- 2) [Suspicion d'une douleur nociceptive, douleur neuropathique ou sensibilisation centrale](#)
- 3) [Évaluation des facteurs pronostiques biopsychosociaux](#)
- 4) [Dépistage du risque de chronicisation](#)
- 5) [Évaluation des facteurs pronostiques biopsychosociaux et dépistage du risque de chronicisation](#)
- 6) [Enseignement au patient](#)
- 7) [Orientation vers d'autres professionnels de la santé](#)
- 8) [Prise en charge interprofessionnelle](#)
- 9) [Opioides](#)
- 10) [Cannabinoïdes](#)

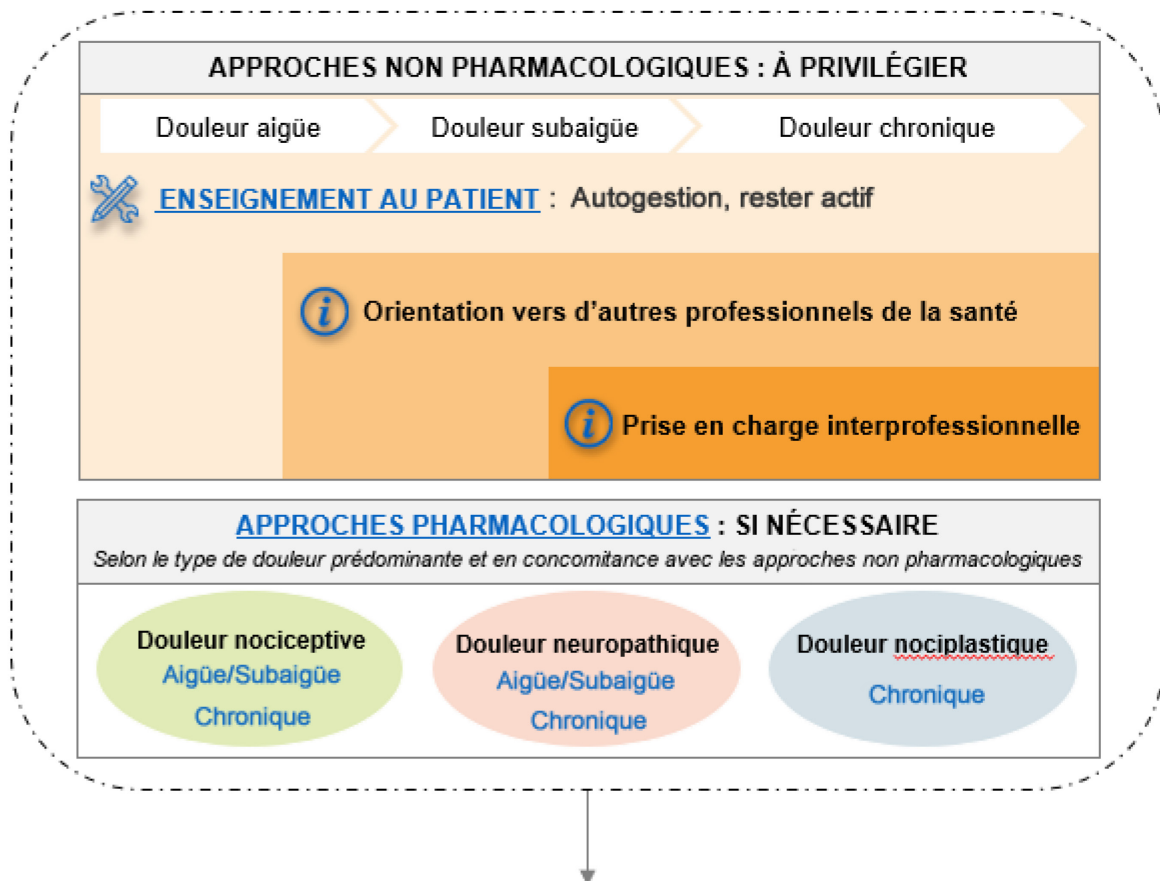
2.2.1 Algorithme principal

Dans le présent document, l'algorithme principal est présenté en trois sections. Pour visualiser l'algorithme principal dans son entièreté, veuillez consulter la page Web de l'[algorithme](#).

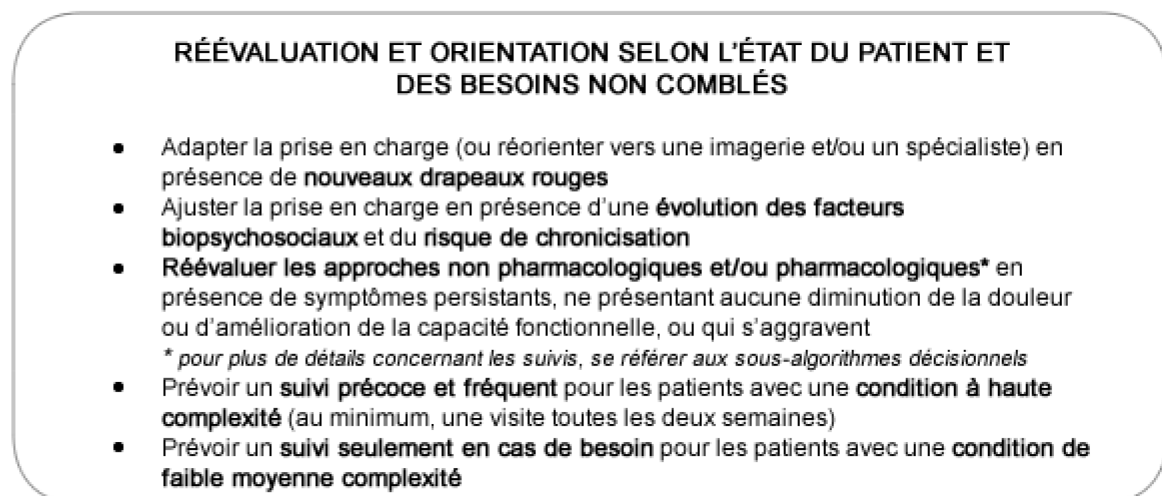
2.2.1.1 Évaluation diagnostique



2.2.1.2 Prise en charge collaborative



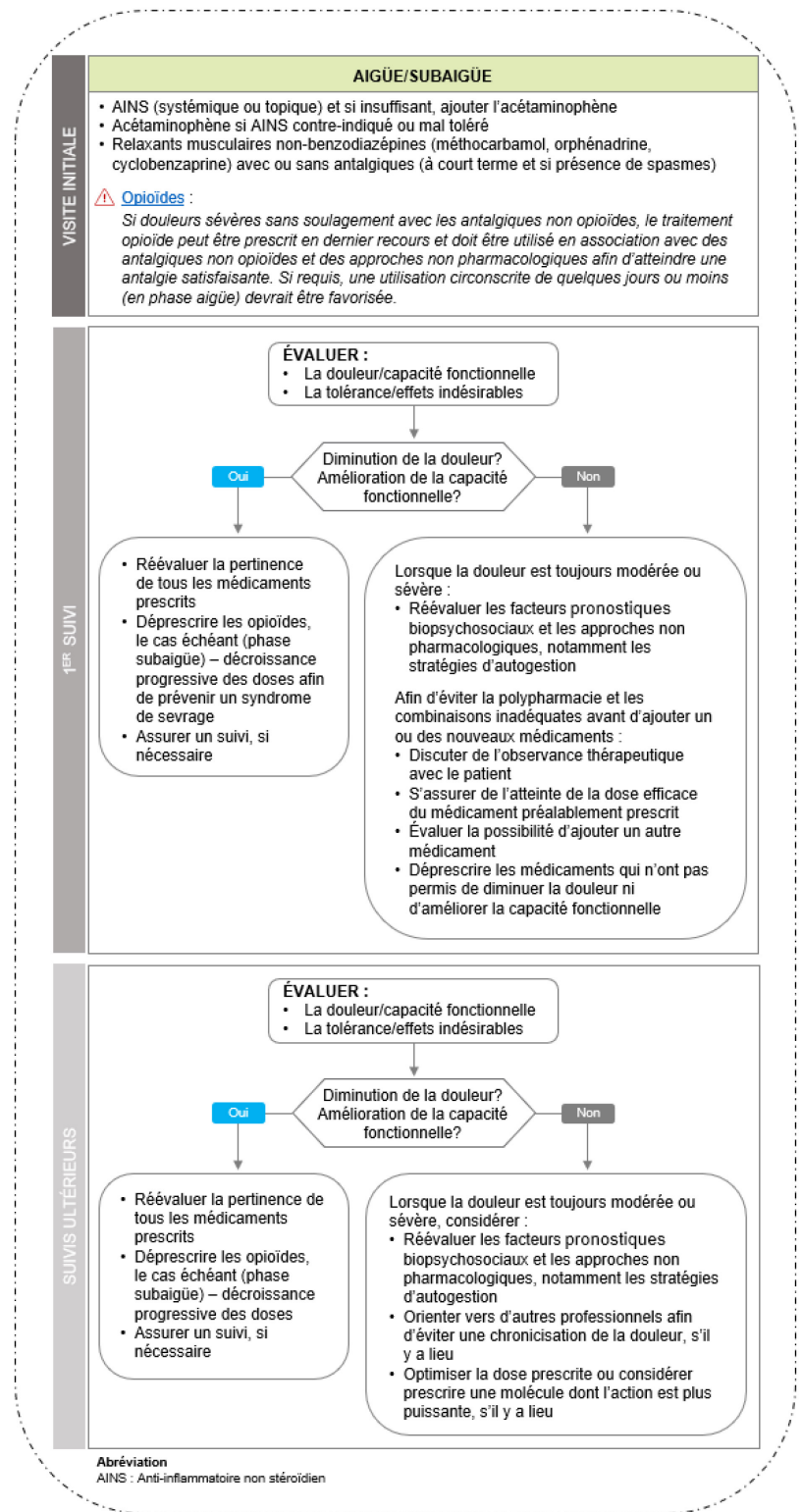
2.2.1.3 Suivi



2.2.2 Sous-algorithmes

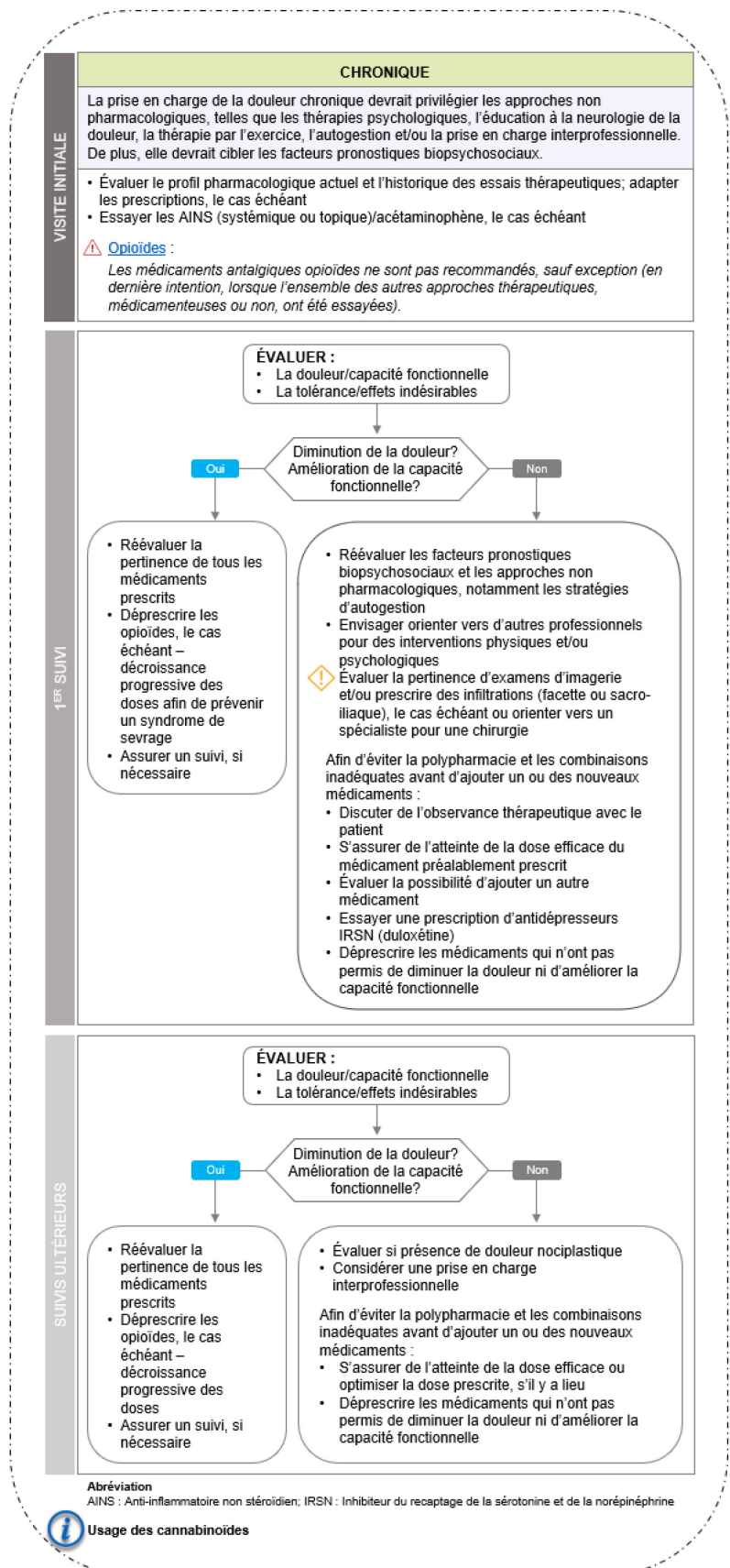
2.2.2.1 Douleur nociceptive prédominante : douleur aiguë/subaiguë

Approche pharmacologique toujours en concomitance avec les approches non pharmacologiques



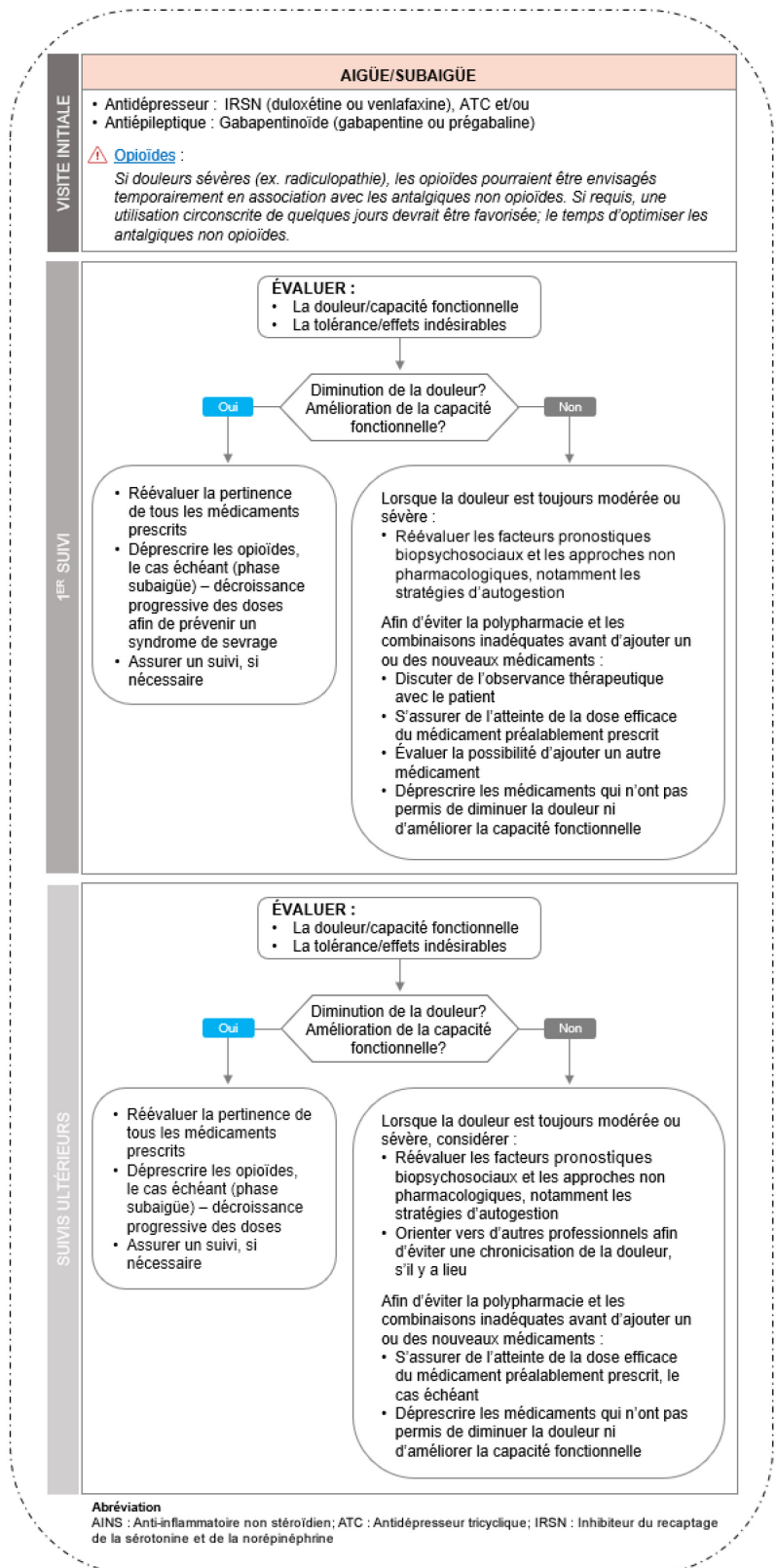
2.2.2.2 Douleur nociceptive prédominante : douleur chronique

Approche pharmacologique toujours en concomitance avec les approches non pharmacologiques



2.2.2.3 Douleur neuropathique prédominante : douleur aigüe/subaigüe

Approche pharmacologique toujours en concomitance avec les approches non pharmacologiques



2.2.2.4 Douleur neuropathique prédominante : douleur chronique

Approche pharmacologique toujours en concomitance avec les approches non pharmacologiques

CHRONIQUE

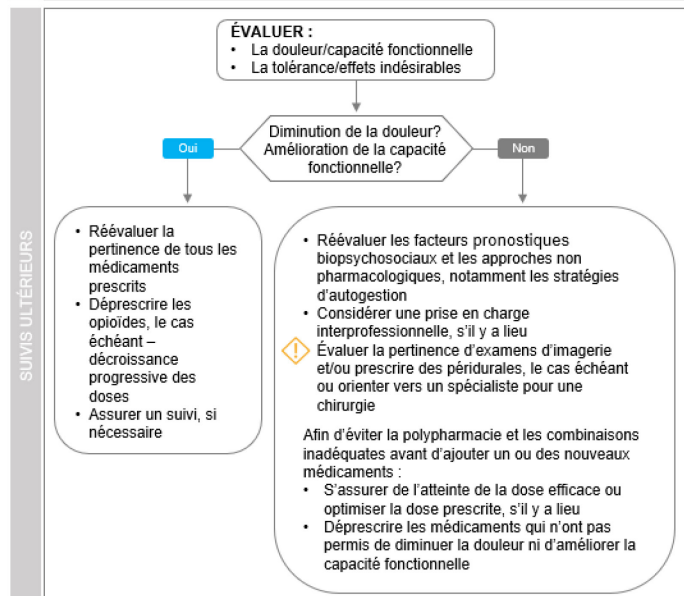
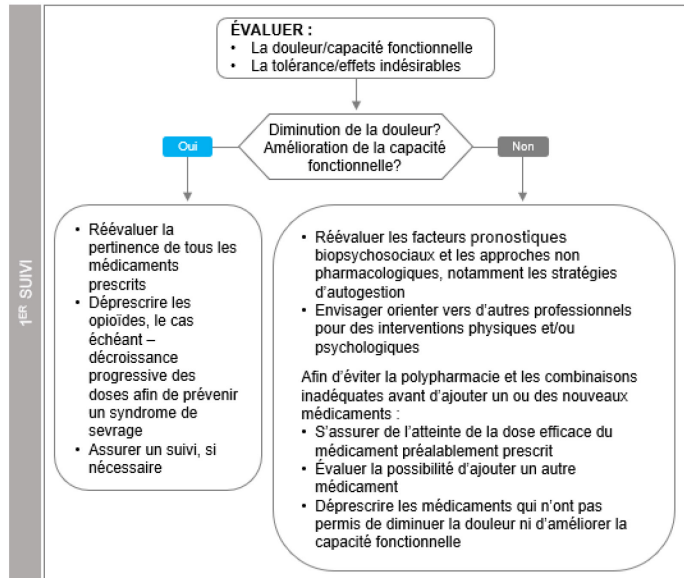
La prise en charge de la douleur chronique devrait privilégier les approches non pharmacologiques, telles que les thérapies psychologiques, l'éducation à la neurologie de la douleur, la thérapie par l'exercice, l'autogestion et/ou la prise en charge interprofessionnelle. De plus, elle devrait cibler les facteurs pronostiques biopsychosociaux.

• Évaluer le profil pharmacologique actuel et l'historique des essais thérapeutiques; adapter les prescriptions, le cas échéant

• Si pertinent, essayer l'une des deux options suivantes:

- Antidépresseur : IRSN (duloxétine ou venlafaxine), ATC
- Antépiléptique : Gabapentinoïde (gabapentine ou prégabaline)

⚠ **Opioides :**
Les médicaments antalgiques opioïdes ne sont pas recommandés, sauf exception (en dernière intention, lorsque l'ensemble des autres approches thérapeutiques, médicamenteuses ou non, ont été essayées).



Abréviation

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien; ATC : Antidépresseur tricyclique; IRSN : Inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la norépinéphrine



Usage des cannabinoïdes

NOTE : La prescription d'analgésiques topiques (préparation magistrale) peut parfois être envisagée en clinique ou centre de la gestion de la douleur, mais elle n'est pas couverte par la RAMQ.

2.2.2.5 Douleur nociplastique prédominante : douleur chronique

Approche pharmacologique toujours en concomitance avec les approches non pharmacologiques

CHRONIQUE

La prise en charge de la composante nociplastique de la douleur devrait surtout prioriser en première intention les approches non pharmacologiques, telles que les thérapies psychologiques, l'éducation à la neurologie de la douleur, la thérapie par l'exercice, l'autogestion et/ou la prise en charge interprofessionnelle. De plus, elle devrait cibler les facteurs pronostiques biopsychosociaux.

Il est important d'identifier et de traiter adéquatement les comorbidités pouvant avoir un impact sur la douleur. Les médicaments ciblant le système nerveux peuvent être envisagés, mais la balance bénéfice-risque doit être évaluée et discutée avec le patient.

• Évaluer le profil pharmacologique actuel et l'historique des essais thérapeutiques; adapter les prescriptions, le cas échéant

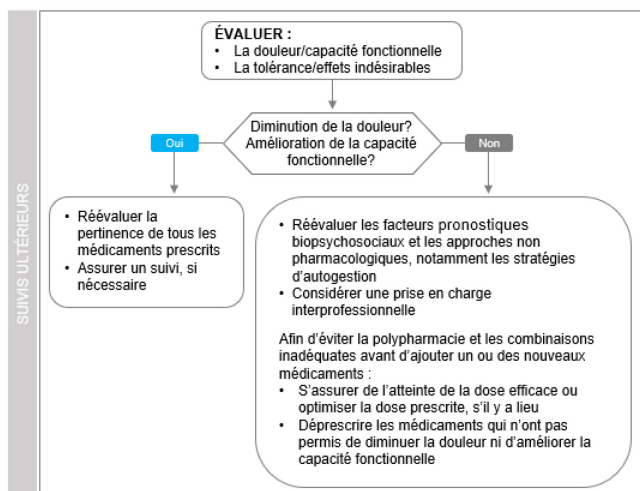
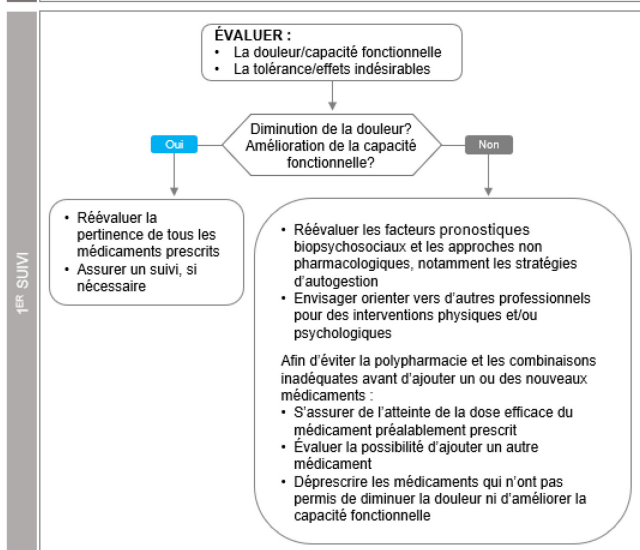
• Si pertinent, essayer l'une des deux options suivantes selon les comorbidités du patient :

- Antidépresseur : IRSN (duloxétine), ATC
- Antiépileptique : Gabapentinoïde (gabapentine ou prégabaline)

⚠ **Opioides :**

Les médicaments antalgiques opioïdes ne sont pas recommandés pour traiter la composante nociplastique de la douleur.

Si le patient prend déjà des opioïdes, il est important de réévaluer le traitement en fonction de la balance bénéfices/risques attendue, préalablement discutée avec le patient et de discuter de la déprescription (décroissance progressive des doses afin de prévenir un syndrome de sevrage).



Abréviation

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien; ATC : Antidépresseur tricyclique; IRSN : Inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la norépinéphrine



Usage des cannabinoïdes pour une douleur chronique

NOTE : La présence d'une composante nociplastique est surtout envisagée pour les patients qui ont une douleur chronique (ou récurrente avec un épisode de lombalgie d'une durée d'au moins 3 mois ou des douleurs pendant au moins la moitié des jours au cours des 6 derniers mois).
(Sources : Nijss et al., 2024, Kosek et al., 2021)

2.2.3 Contenu visant à soutenir la réalisation de certaines étapes de la trajectoire

2.2.3.1 Anamnèse

 Fermer

Anamnèse

Considérer évaluer notamment les éléments suivants :

- La douleur :
 - Nouvel épisode ou récurrence
 - PQRST :
 - P = facteurs qui provoque/précipitent/pallient;
 - Q = Qualité (qualifie/quantifie);
 - R = Région/rayonnement;
 - S = Sévérité (intensité);
 - T = Temps (quand/fréquence/durée)
- La condition de santé associée et/ou les antécédents médicaux, incluant les lombalgies antérieures (p. ex. traitements actuels et antérieurs ainsi que la réponse aux traitements);
- Les limitations et impacts fonctionnels (p. ex. vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle, loisirs/activités physiques);
- La santé mentale (dépression, anxiété, isolement, etc.);
- Les signes d'alerte d'une pathologie spécifique et/ou grave;
- Les habitudes de vie (p. ex. la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues).

2.2.3.2 Examen physique

 Fermer

Examen physique

Selon les informations recueillies lors de l'anamnèse, considérer les modalités d'évaluation suivantes :

Observations / palpation	Mobilité ou de force du rachis
- Posture assise et debout - Asymétrie ? - Patron de marche - Palpation des apophyses épineuses, EIPS (épines iliaques postérosupérieures) - Palpation appareil musculaire (recherche de points gâchettes ou syndrome myofascial, tonus)	- Amplitude de mouvement (mobilité active plan sagittal et frontal) - Réponse symptomatique aux mouvements répétés - Bilan musculaire : souplesse/force/endurance/coordination
Examen neurologique	Tests spéciaux (diagnostic différentiel)
- Sensibilité (déficits sensoriels – chercher une hypoesthésie, allodynie, dysesthésie) - Force (déficits moteurs) - Réflexes ostéotendineux (recherche d'une asymétrie, hypo/hyperréflexie) - Tests neurodynamiques (Lasègue/SLR [Straight Leg Raise]/tripode)	Hanche : - FABER et FADIR - Manœuvre de Trendelenburg - Palpation du grand trochanter Sacro-iliaque : - Tests de provocation (Laslett) - Palpation directe de l'articulation sacro-iliaque

2.2.3.3 Suspicion de drapeaux rouges

 Fermer

Drapeaux rouges

Considérer la présence potentielle d'une condition sous-jacente grave :

- **Syndrome de la queue de cheval (URGENT)** (p. ex. anesthésie en selle, incontinence urinaire et/ou fécale, rétention urinaire)
- **Fracture (URGENT)** (p. ex. traumatisme, antécédents/risque d'ostéoporose, utilisation chronique de corticostéroïdes)
- Maladies inflammatoires systémiques (p. ex. spondylarthrite ankylosante)
- Infection (p. ex. fièvre, antécédents d'utilisation de drogues intraveineuses, immunosuppression)
- Cancer (p. ex. antécédents de cancer, perte de poids inexpliquée, douleurs nocturnes importantes et inattendues, fatigue intense)
- Déficit neurologique grave ou progressif (p. ex. faiblesse motrice progressive, douleur sévère ou incapacitante au niveau du dos ou des jambes)

2.2.3.4 Critères visant à reconnaître la présence d’une douleur nociplastique

 Fermer

Principaux critères pour déterminer la présence d’une douleur chronique nociplastique

La **douleur nociplastique** est une douleur résultant d’une altération de la nociception malgré l’absence de preuve évidente de lésions tissulaires réelles ou potentielles provoquant l’activation de nocicepteurs périphériques ou de signes de maladie ou de lésions du système somatosensoriel à l’origine de la douleur

(Traduction libre de IASP terminology, 2020).

NOTE : La présence d’une composante nociplastique est surtout envisagée pour les patients qui ont une douleur chronique (ou récurrente avec un épisode de lombalgie d’une durée d’au moins 3 mois ou des douleurs pendant au moins la moitié des jours au cours des 6 derniers mois).

(Sources : Nijs *et al.*, 2024; Kosek *et al.*, 2021)

Pour déterminer la présence d’une douleur chronique nociplastique, évaluer les critères suivants :

Douleur diffuse plutôt que localisée

Hypersensibilité à la douleur évoquée

Présente au moins l’un des phénomènes dans la région douloureuse :

- Allodynie mécanique statique
- Allodynie mécanique dynamique
- Allodynie thermique (chaud/froid)
- Douleur ressentie à la suite de l’évaluation de l’une des stimulations susmentionnées

Douleur nociplastique dominante possible

Évidence d’hypersensibilité à la douleur et de comorbidité(s)

Évidence d’hypersensibilité à la douleur en lien avec l’une ou l’autre des sensibilités suivantes :

- Au toucher
- À la pression
- Au mouvement
- Thermique (chaud/froid)

Présence de l’une ou l’autre des comorbidités suivantes :

- Sensibilité accrue au son et/ou à la lumière et/ou aux odeurs
- Sommeil perturbé avec réveils nocturnes fréquents
- Fatigue
- Problèmes cognitifs (attention, mémoire, etc.)

Douleur nociplastique dominante probable

(Sources : Nijs *et al.*, 2024; Kosek *et al.*, 2021)

20

2.2.3.5 Facteurs pronostiques biopsychosociaux

 Fermer

Facteurs pronostiques biopsychosociaux

- Considérer évaluer les facteurs de risque d'évolution vers une chronicité et déterminer le niveau de risque :
 - Biologiques (ex. âge, comorbidité, surcharge pondérale, intensité élevée de la douleur, blessure grave)
 - Psychologiques (ex. kinésiophobie, catastrophisation, croyances, stress, anxiété, dépression, attentes négatives, capacité d'adaptation)
 - Sociaux (ex. environnement de travail – notamment au niveau de l'organisation (ex. soutien, accommodations, relations, horaires, difficultés des tâches) – , environnement social, culturel et familial, contexte socio-économique, éducation)



2.2.3.6 Enseignement au patient



Fermer

Enseignement au patient

NOTE : Les modalités ci-dessous peuvent être mise en œuvre par les différents professionnels selon leurs champs de compétence.

a. Appliquer rapidement les interventions pertinentes

- Recourir à un langage rassurant, bienveillant et réaliste en privilégiant un langage neutre/factuel :
 - Rassurer le patient sur la rareté d'atteintes graves à la colonne vertébrale en l'absence de signes d'alerte (drapeaux rouges);
 - Rassurer le patient sur le bon pronostic général de la lombalgie et sur l'évolution favorable en présence d'une douleur aiguë/subaiguë;
 - Reconnaître le récit du patient à propos de sa douleur, lui demander la nature, le contexte et comment il s'adapte;
 - Soutenir la formulation d'objectifs réalistes adaptés à sa situation (ex. «réduire la douleur», «accroître le niveau d'activité si douleur chronique»).
- Échanger avec le patient sur l'importance de son rôle proactif dans le traitement et offrir un espace de dialogue lui permettant d'identifier ses propres leviers et considérer ses besoins pour le soutenir.
- Fournir des informations personnalisées selon les facteurs biopsychosociaux identifiés contribuant à la douleur.
- Selon la condition du patient, le renseigner sur les diverses interventions à visée psychologique (telles que cognitivo-comportementale, d'acceptation et d'engagement, et de reconditionnement de la douleur) qui pourraient être pertinentes et l'orienter vers le professionnel approprié, si nécessaire.

b. Favoriser l'autogestion

- Demander au patient les activités/loisir qu'il aime faire et identifier avec lui les stratégies pouvant lui permettre la reprise ou la poursuite de ces activités.
- Informer sur les programmes et outils de soutien aux patients et les groupes d'entraide.
- Proposer d'autres sources d'informations portant sur le concept de la douleur et de stratégies pour gérer notamment le stress, les pensées et les émotions, le sommeil (ex. sites web, livres, etc.).
- Si possible, orienter vers des ressources pouvant soutenir la pratique d'exercices physiques adaptées.

c. Inciter à bouger – activité, exercice

- Afin d'encourager le patient à demeurer actif, le questionner sur les activités physiques qu'il aime et qu'il évite de faire à cause de sa douleur. Identifier avec lui des moyens concrets pour une reprise graduelle de ces activités.
- Expliquer au patient que l'exercice pourrait être bénéfique sur le plan de la douleur, du sommeil et de l'humeur, que sa pratique régulière améliore l'efficacité des autres traitements contre la douleur.
- Selon la condition du patient, le renseigner à propos de diverses interventions physiques (telles que les approches manuelles, les exercices thérapeutiques, les massages, les thérapies par aiguilles) susceptibles de contribuer à soulager la douleur et l'orienter vers le professionnel approprié, si nécessaire.

d. Encourager la reprise ou la poursuite des activités quotidiennes

- Inciter le patient à reprendre ou poursuivre ses activités (travail, études, autres) aussitôt que possible et considérer ses besoins pour le soutenir.

e. Déconstruire les mythes

- Informer que le repos au lit prolongé et l'immobilité sont déconseillés.
- Expliquer que les examens d'imagerie sont rarement indiqués et peuvent créer un stress inutile et des comportements d'évitement liés à la peur.
- Insister 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.



2.2.3.7 Récapitulatif des médicaments prescrits lors de la visite initiale



Fermer

Approches pharmacologiques

NOTE : Les approches pharmacologiques sont toujours en concomitance avec les approches non pharmacologiques.

Bref aperçu des médicaments pouvant être prescrits lors de la visite initiale

Choisir en fonction de la temporalité et du phénotype de douleur

Temporalité	Phénotype		
	Nociceptive	Neuropathique	Nociplastique
Aigüe/Subaigüe	(détails) - AINS avec ou sans acétaminophène - Relaxants musculaires non-benzodiazépines (méthocarbamol, orphénadrine, cyclobenzaprine) avec ou sans antalgiques (à court terme, si présence de spasmes)	(détails) - Antidépresseurs : IRSN (duloxétine ou venlafaxine), ATC et/ou - Antiépileptiques : Gabapentinoïde (gabapentine ou prégabaline)	-
Douleurs sévères	Opioides (quelques jours ou moins en phase aigüe)	Opioides (quelques jours, le temps d'optimiser les antalgiques non opioides)	
Chronique	(détails) - AINS avec ou sans acétaminophène - Opioides non recommandés, sauf exception	(détails) - IRSN (duloxétine ou venlafaxine), ATC ou - Gabapentinoïde (gabapentine ou prégabaline) - Opioides non recommandés sauf exception	(détails) En fonction des comorbidités du patient: - IRSN (duloxétine), ATC ou - Gabapentinoïde (gabapentine ou prégabaline) - Opioides non recommandés

Abréviation

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien; ATC : Antidépresseur tricyclique; IRSN : Inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la norépinéphrine

2.2.3.8 Opiïdes

 Fermer

Opiïdes

Si les opiïdes sont envisagés, considérer évaluer notamment les éléments suivants :

- Afin d'utiliser les opiïdes judicieusement, évaluer la présence ou le risque de développer un trouble de l'usage des opiïdes et/ou autres drogues, les co-prescriptions à risque (médicaments ayant un effet dépresseur sur le système nerveux central) ainsi que la pertinence de prescrire une trousse de naloxone en concomitance de l'opiïde.
- Si envisagée, la prescription d'opiïdes devrait viser la plus faible dose efficace, à court terme et lorsque possible, favoriser les opiïdes faibles (qui ont une activité moins puissante que la morphine, mais des mécanismes d'action semblables, et des effets indésirables moindres).
- Faire un suivi rapproché et réévaluer le traitement en fonction de la balance bénéfices/risques attendue, préalablement discutée avec le patient.
- L'enseignement au patient est important :
 - Insister sur l'importance du respect de sa prescription et de son adhérence au traitement;
 - Aviser le patient d'une déprescription à court terme selon l'évolution clinique, voire un arrêt du traitement d'opiïdes afin d'évaluer si ce traitement est toujours justifié ou si une dose inférieure serait suffisante;
 - S'assurer de sa compréhension des effets indésirables des opiïdes, des risques de dépendance, d'accoutumance et de surdose.



2.2.4 Contenu informatif

2.2.4.1 Examen d'imagerie

 Fermer

Examen d'imagerie

En l'absence de signes d'alerte (drapeaux rouges), l'imagerie diagnostique n'est pas indiquée pour une lombalgie non spécifique et pour une lombalgie avec douleur radiculaire.

- La plupart des patients qui souffrent d'une lombalgie aiguë voient leur état s'améliorer et n'ont pas besoin d'examens d'imagerie.
- Il y a une faible corrélation entre les résultats de l'imagerie et les symptômes cliniques.
- Les examens d'imagerie non recommandés peuvent donner de faux résultats positifs et entraîner des examens supplémentaires et même des interventions possiblement inutiles.
- Les changements dégénératifs observés sur l'imagerie lombaire sont généralement considérés comme non spécifiques, car ils sont peu corrélés aux symptômes.
- La nécessité d'une imagerie doit être réévaluée pour les patients dont les symptômes changent, s'aggravent ou demeurent invalidants malgré un traitement conservateur optimal.



2.2.4.2 Type de lombalgie



Fermer

Types de lombalgie

Lombalgie non spécifique

Douleur survenant principalement dans le dos sans signe ou symptôme :

- d'une affection sous-jacente grave (p. ex. un cancer, une infection ou un syndrome de queue de cheval),
- d'une sténose spinale ou d'une radiculopathie, ou
- d'une autre cause rachidienne spécifique (p. ex. une fracture par tassement vertébral ou une spondylarthrite ankylosante).

Radiculopathie

Pathologie d'une racine nerveuse qui se manifeste par un déficit sensitif et/ou moteur de ce nerf.

Douleur radiculaire

Douleur qui provient d'une racine nerveuse et qui généralement va suivre le trajet (la topographie) de ce nerf.

Par exemple :

- Le trajet d'une douleur provenant d'une hernie discale comprimant la racine L5 suivra la topographie de ce nerf, soit de la cuisse latérale vers la jambe et le dessus du pied.

NOTE : La radiculopathie est indépendante de la douleur radiculaire.

Douleur somatique référée

Douleur nociceptive ressentie dans un autre site que le site du stimulus initial. Elle n'est pas causée par une compression des racines nerveuses et est perçue généralement dans des régions partageant la même innervation segmentaire que la source.

Exemple général :

- Lors d'un infarctus du myocarde, plusieurs patients ressentiront une douleur au niveau du bras sans douleur thoracique malgré l'étiologie cardiaque, car les informations issues du cœur et du bras convergent vers les mêmes voies dans la moelle épinière.

Exemples spécifiques :

- La pancréatite, la pyélonéphrite ou la néphrolithiase peut se présenter par des douleurs lombaires.
- Des pathologies de la charnière dorso-lombaire (jonction entre rachis dorsal et lombaire) peuvent se manifester par des douleurs lombaires – syndrome de la jonction dorso-lombaire (ex. douleurs facettaires ou mêmes des fractures des corps vertébraux de cette région peut se manifester seulement par une douleur lombaire sans douleur locale franche).
- Le syndrome myofascial (points gâchettes) peut se manifester par des douleurs musculosquelettiques dans tout le corps dont le dos.

Distinction entre douleur somatique référée et douleur radiculaire

Évaluation de la douleur		Douleur somatique référée	Douleur radiculaire
Origine		Récepteurs nocicepteurs des facettes articulaires, disques intervertébraux, sacro-iliaques, etc.	Nerf spinal
Topographie	Longueur	Typiquement lombosacré jusqu'au genou et rarement jusqu'au pied	Trajet du nerf spinal
	Projection	Proximal >> distal	Surtout au niveau de la fesse et du membre inférieur
	Largeur	Bande de douleur large	Bande de douleur étroite et bien circonscrite
Sensation		Diffuse, sourde, pression	Choc électrique, brûlure, paresthésie
Examen neurologique		Normal	Normal ou anormal (radiculopathie)

2.2.4.3 Phénotype de la douleur

 Fermer

Phénotypes de la douleur

NOTE : La lombalgie peut être mixte, toutefois il est judicieux d'identifier le phénotype de la douleur prédominante pour une meilleure approche de la prise en charge de la douleur.

	Nociceptive	Neuropathique	Nociplastique*
Définition	Douleur résultant de lésions réelles ou potentielles de tissu non neurales et due à l'activation des nocicepteurs (Traduction libre de IASP terminology, 2020).	Douleur causée par une lésion ou une maladie du système nerveux somatosensoriel (Traduction libre de IASP terminology, 2020).	Douleur résultant d'une altération de la nociception malgré l'absence de preuve évidente de lésions tissulaires réelles ou potentielles provoquant l'activation de nocicepteurs périphériques ou de signes de maladie ou de lésions du système somatosensoriel à l'origine de la douleur (Traduction libre de IASP terminology, 2020).
Distribution de la douleur	Discrète	Neuro-anatomiquement plausible	Régionale, multifocale ou étendue
Caractéristiques	La douleur est proportionnelle à l'influx nociceptif	Une lésion ou une maladie du système nerveux (central ou périphérique) est identifiable; douleur fulgurante dans la distribution dermatomique; symptômes tels que picotements dans les jambes, engourdissements et faiblesse musculaire; comparées aux lombalgies nociceptives, les lombalgies neuropathiques sont souvent associées à des niveaux de douleur plus élevés, à une plus grande incapacité, à de l'anxiété, à de la dépression et à une réduction de la qualité de vie liée à la santé.	La douleur ne peut être entièrement expliquée par les mécanismes de la douleur nociceptive ou neuropathique; elle se manifeste généralement par une réponse disproportionnée et imprévisible à la douleur, avec une hypersensibilité généralisée, une réactivité accrue à diverses entrées sensorielles (p. ex. stimuli tactiles) et une hypersensibilité à des stimuli non musculosquelettiques (p. ex. substances chimiques, odeurs, lumière, son, chaleur, froid, stress).

(Adapté de Nijs *et al.*, 2024)

* La présence d'une composante nociplastique est surtout envisagée pour les patients qui ont une douleur chronique (ou récurrente avec un épisode de lombalgie d'une durée d'au moins 3 mois ou des douleurs pendant au moins la moitié des jours au cours des 6 derniers mois).

(Sources : Nijs *et al.*, 2024; Kosek *et al.*, 2021)

Présence de sensibilisation centrale

NOTE : La sensibilisation centrale est une condition qui peut être présente dans les trois mécanismes de la douleur (nociceptive, neuropathique et nociplastique).

La **sensibilité centrale** est liée à une augmentation de la réactivité des neurones à l'entrée des stimuli douloureux au système nerveux central. La sensibilisation centrale englobe :

- le traitement sensoriel altéré dans le cerveau,
- le dysfonctionnement des mécanismes antinociceptifs descendants,
- l'activité augmentée des voies facilitatrices de la douleur,
- la sommation temporelle de la douleur ou du "wind-up" médullaire, et
- la potentialisation à long terme des synapses neuronales.

(Traduction libre de IASP terminology, 2020 et de Nijs *et al.*, 2010).

En résumé, le patient a une intolérance générale à toutes sortes de facteurs de stress physiques et émotionnels; le système nerveux central est surchargé et il reconnaît tous les stimuli (douloureux et non douloureux) comme une menace.



2.2.4.4 Orientation vers d'autres professionnels de la santé

 Fermer

Orientation vers d'autres professionnels de la santé

Selon les résultats obtenus suivant l'évaluation des facteurs pronostiques biopsychosociaux et du niveau de risque de chronicisation par le biais des outils cliniques , orienter si requis vers le ou les professionnels appropriés (p. ex. physiothérapeute, psychologue, ergothérapeute, médecins spécialistes).

Les objectifs d'une prise en charge par différents professionnels sont de :

1. Soulager la douleur (intensité, qualité, fréquence, durée)
2. Améliorer le niveau fonctionnel
3. Favoriser la qualité de vie, préserver l'autonomie
4. Diminuer la souffrance/détresse psychologique (stress, anxiété, dépression, colère, déceptions)
5. Favoriser le retour au travail et aux activités habituelles
6. Travailler à diminuer la peur de la douleur

Pour les patients ayant une lombalgie chronique, la prise en charge concomitante par d'autres professionnels de la santé devrait être réalisée.

Pour les patients ayant une lombalgie aiguë/subaiguë, les critères d'orientation vers d'autres professionnels sont notamment :

- La surutilisation de médicaments;
- Les impacts fonctionnels tel que l'altération de la marche, la perturbation dans les AVQ-AVD;
- L'intensité de la douleur;
- Les croyances accordant une importance disproportionnée à la douleur;
- Le haut niveau de peur ou d'anxiété engendrant des comportements d'évitement;
- L'isolement;
- Le risque de perte d'emploi en lien avec la lombalgie;
- Les accidents de travail et les accidents de la route.



2.2.4.5 Prise en charge interprofessionnelle

 Fermer

Prise en charge interprofessionnelle

Quand la prise en charge du patient ne peut plus se faire uniquement en première ligne (p. ex., patient à risque élevé de chronicité ou avec une lombalgie réfractaire) et que ce dernier bénéficierait de soins et de soutien offerts par une équipe interprofessionnelle, le professionnel traitant peut faire une demande de consultation auprès d'une clinique de gestion de la douleur ou d'un centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) ou une demande de services au guichet d'accès (DI-TSA-DP) du CIUSSS/CIUSSS pour les services en déficience physique, si l'une de ces ressources est disponible dans sa région.

Les cliniques ou centres de gestion de la douleur chronique peuvent aussi offrir un soutien et des outils au professionnel traitant pour optimiser la prise en charge de ses patients.

En complémentarité avec la prise en charge actuelle, et en l'attente d'une consultation en clinique ou dans un centre de gestion de la douleur, soutenir le patient dans l'amorce ou la poursuite de tous types d'activité physique et/ou approches complémentaires, si sécuritaires* et si jugées bénéfiques par le patient (ex. marche, natation, yoga, méditation pleine conscience, etc.).

* Selon la condition et les capacités du patient.



2.2.4.6 Cannabinoïdes

 Fermer

Cannabinoïdes

- Bien que les données probantes sur l'utilisation thérapeutique du cannabis demeurent limitées, les cannabinoïdes médicaux peuvent être envisagés comme un traitement de dernier recours, lorsque les autres options sont inefficaces ou ne sont pas tolérées, et selon le rapport bénéfice/risque.
 - L'usage des cannabinoïdes demande un suivi rapproché.
- L'utilisation du cannabis – produit thérapeutique non approuvé par Santé Canada – ne peut être le premier choix dans le traitement et avant de l'envisager, la réponse aux traitements basés sur d'autres formes de cannabinoïdes, dont la prescription est autorisée par Santé Canada, doit s'être avérée non concluante.
- Avec la légalisation du cannabis récréatif, de plus en plus de patients tentent une prise de cannabis en « automédication » pour soulager leur douleur, il est important d'en tenir compte et de demeurer à l'affût des interactions et des effets indésirables possibles.



2.2.5 Boîtes à outils cliniques

2.2.5.1 Imagerie

 Fermer

Boîte à outils cliniques

 Avertissement : Quelques exemples de ressources et d'outils validés cliniquement et disponibles en français repérés aux fins de cet algorithme. L'INESSS n'émet pas de jugement sur la qualité de ces outils et ne prétend pas être exhaustif quant au contenu proposé.

Imagerie (produits de l'INESSS) :

- Outil interactif d'aide à la décision – [IRM](#)
- État des pratiques – [Imagerie de la colonne vertébrale pour l'investigation de la lombalgie](#)

2.2.5.2 Suspicion d'une douleur nociceptive, douleur neuropathique ou sensibilisation centrale

 Fermer

Boîte à outils cliniques

 Avertissement : Quelques exemples d'outils validés cliniquement et disponibles en français repérés aux fins de cet algorithme. L'INESSS n'émet pas de jugement sur la qualité de ces outils et ne prétend pas être exhaustif quant au contenu proposé.

Si suspicion d'une douleur nociceptive :

- Questionnaire pour identifier et estimer l'intensité des douleurs nociceptives et neuropathiques : PainDetect Questionnaire
Source : Freynhagen *et al.*, 2006.
Disponible en [français](#) (traduction libre non validée)

Si suspicion d'une douleur neuropathique :

- Questionnaire pour identifier les douleurs neuropathiques dans une variété de conditions telles que les radiculalgies : [Douleur neuropathique 4](#) (DN4)

Si suspicion de la présence d'une sensibilisation centrale :

- Questionnaire pour détecter une sensibilisation d'origine centrale : Central sensitization inventory (CSI)
Source : Mayer *et al.*, 2012

2.2.5.3 Évaluation des facteurs pronostiques biopsychosociaux

 Fermer

Boîte à outils cliniques

 Avertissement : Quelques exemples de ressources et d'outils validés cliniquement et disponibles en français repérés aux fins de cet algorithme. L'INESSS n'émet pas de jugement sur la qualité de ces outils et ne prétend pas être exhaustif quant au contenu proposé.

Évaluation des facteurs pronostiques biopsychosociaux :

- Niveau fonctionnel
 - Questionnaire concis de la douleur : [Brief Pain Inventory](#) (BPI)
 - Échelle d'incapacité d'[Oswestry](#)
 - Questionnaire [Roland-Morris](#)
- État psychologique
 - Questionnaire sur la santé du patient : [Patient Health Questionnaire](#) (PHQ9) – mesure la gravité de la dépression
 - [Repères](#) d'utilisation pour l'intervenant
 - Dépistage des troubles anxieux : [Generalized Anxiety Disorder 7-item](#) (GAD-7)
 - Échelle de dramatisation face à la douleur : Pain Catastrophizing Scale (PCS)
Source : Sullivan *et al.*, 1995.
 - Échelle de kinésiophobie de Tampa : Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK)
Source : French *et al.*, 2002.
- Douleur post-traumatique
 - Programme d'éducation psychologique en vue de prévenir la chronicisation des symptômes psychologiques liés à la douleur et le stress post-accident : [Guide d'accompagnement de l'intervenant \(PEPA\)](#)

2.2.5.4 Dépistage du risque de chronicisation

 Fermer

Boîte à outils cliniques

 Avertissement : Quelques exemples d'outils validés cliniquement et disponibles en français repérés aux fins de cet algorithme. L'INESSS ne prétend pas émettre de jugement de valeur ni être exhaustive quant à son contenu.

Dépistage du risque de chronicisation :

- Questionnaire [Örebro](#) (version courte)
- Questionnaire [STarT Back](#)

2.2.5.5 Évaluation des facteurs pronostiques biopsychosociaux et dépistage du risque de chronicisation

 Fermer

Boîte à outils cliniques

 Avertissement : Quelques exemples de ressources et d'outils validés cliniquement et disponibles en français repérés aux fins de cet algorithme. L'INESSS n'émet pas de jugement sur la qualité de ces outils et ne prétend pas être exhaustif quant au contenu proposé.

Évaluation des facteurs pronostiques biopsychosociaux :

- Niveau fonctionnel
 - Questionnaire concis de la douleur : [Brief Pain Inventory](#) (BPI)
 - Échelle d'incapacité d'[Oswestry](#)
 - Questionnaire [Roland-Morris](#)
- État psychologique
 - Questionnaire sur la santé du patient : [Patient Health Questionnaire](#) (PHQ9) – appréciation des symptômes dépressifs et du niveau de détresse émotionnelle
 - [Repères](#) d'utilisation pour l'intervenant
 - Dépistage des troubles anxieux : [Generalized Anxiety Disorder 7-item](#) (GAD-7)
 - Échelle de dramatisation face à la douleur : Pain Catastrophizing Scale (PCS)
Source : Sullivan *et al.*, 1995.
 - Échelle de kinésiophobie de Tampa : Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK)
Source : French *et al.*, 2002.
- Douleur post-traumatique
 - Programme d'éducation psychologique en vue de prévenir la chronicisation des symptômes psychologiques liés à la douleur et le stress post-accident : [Guide d'accompagnement de l'intervenant \(PEPA\)](#)

Dépistage du risque de chronicisation :

- Questionnaire [Örebro](#) (version courte)
- Questionnaire [STarT Back](#)

2.2.5.6 Enseignement au patient

 Fermer

Boîte à outils cliniques

 Avertissement : Quelques exemples de ressources et d'outils validés cliniquement et disponibles en français repérés aux fins de cet algorithme. L'INESSS n'émet pas de jugement sur la qualité de ces outils et ne prétend pas être exhaustif quant au contenu proposé.

Autogestion

- Programme d'autogestion de la douleur chronique (Gérer ma douleur) : [Agir pour moi](#)
- [AutoTraitement de la lombalgie](#) – Clinique de la douleur CISSAT Rouyn-Noranda
- [Portail Surmonter sa douleur](#)

Groupe d'entraide

- L'Association québécoise de la douleur chronique ([AQDC](#))

Exercices

- Les [Presses](#) de l'Université de Montréal, fichiers téléchargeables : Exercices rachis et articulations sacro-iliaques (II. Exercices pour la lombalgie)
- Programme d'activité physique adapté :
 - [Le GO pour bouger](#)
 - [MOVE50+](#)

Ressources complémentaires :

- Choisir avec soin Québec : [Prescription non pharmacologique pour la lombalgie aigüe](#) sans drapeau rouge
- Ressources éducatives aux patients, proches aidants et professionnels de la santé : [Gérer ma douleur](#)
- CHUM – [Fiches santé](#)
- Programmes et services sociaux de proximité – [Le 211](#)

Quelques autres références disponibles (non évaluées par l'INESSS) :

- Déjouer la douleur chronique, Alan Gordon, Alon Ziv (2023), Les Éditions de l'Homme
- Libérez-vous de la douleur : par la méditation et l'ACT, Frédérick Dionne (2017), Éditions Payot & Rivages
- 99 façons de soulager les douleurs au dos et au cou, Denis Fortier (2017), Éditions Trécarré
- Le meilleur anti-douleur c'est votre cerveau, John E. Sarno (2016), éditeur : Thierry Souccar Editions

2.2.5.7 Orientation vers d'autres professionnels de la santé

 Fermer

Boîte à outils cliniques

- Plateforme Web pour la transmission des demandes en consultations spécialisées : MSSS – [L'accès priorisé aux services spécialisés](#)

2.2.5.8 Prise en charge interprofessionnelle

 Fermer

Boîte à outils cliniques

- Formulaire pour une demande de consultation – Gestion de la douleur chronique disponible sur le site des [Formulaires normalisés du réseau](#).
- Programme [ECHO® CHUM Douleur chronique](#)

2.2.5.9 Opioides

 Fermer

Boîte à outils cliniques

 Avertissement : Quelques exemples de ressources et d'outils validés cliniquement et disponibles en français repérés aux fins de cet algorithme. L'INESSS n'émet pas de jugement sur la qualité de ces outils et ne prétend pas être exhaustif quant au contenu proposé.

Opioides

- Outils de dépistage pour une douleur chronique
 - Pour évaluer le risque de mésusage avant la prescription d'opioïdes : [Score Opioid Risk Tool \(ORT\)](#)
 - Pour dépister le mésusage d'opioïdes prescrits : [Score Prescription Opioid Misuse Index \(POMI\)](#)
- Ressources pour les professionnels
 - CMFC – [Gestion de la douleur chronique non cancéreuse et les opioïdes](#)
 - OPQ-CMQ-OIIQ – [Prescription d'opioïdes : un rappel des bonnes pratiques](#)
 - McMaster University – [Lignes directrices canadiennes de 2024 visant l'ordonnance des opioïdes](#) (pour les patients souffrant de douleur chronique)
 - ISMP Canada – [Opioïdes pour gérer la douleur de courte durée](#)
 - OCC-FC – [Liste de vérification de l'observance du traitement opioïde](#) (Tableau 2, colonne OCC-FC)
 - INESSS – Guide d'usage optimal : Traitement par agonistes opioïdes : [Trouble lié à l'usage d'opioïdes \(TUO\)](#)
- Ressource pour les patients
 - Gouvernement du Canada – [Outils de sensibilisation pour les opioïdes](#)
- Ressources pour les professionnels et les patients
 - Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription : [Pour un usage sûr et approprié des médicaments](#)
 - AFMC – [Trousses d'outils du partenariat médecin-patient](#)
 - [Gérer ma douleur](#)

2.2.5.10 Cannabinoïdes

 Fermer

Boîte à outils cliniques

 Avertissement : Quelques exemples de ressources et d'outils validés cliniquement et disponibles en français repérés aux fins de cet algorithme. L'INESSS n'émet pas de jugement sur la qualité de ces outils et ne prétend pas être exhaustif quant au contenu proposé.

Cannabinoïdes

- Outil clinique
 - Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES) – [Utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques](#)
- Ressources pour les professionnels
 - CMQ – [Ordonnance de cannabis à des fins médicales](#)
 - Gouvernement du Canada – Renseignements destinés aux professionnels de la santé - [Le cannabis \(marihuana, marijuana\) et les cannabinoïdes](#)
- Ressources pour les professionnels et les patients
 - Université Laval – [Cannabis médical contre la douleur chronique](#)
- Ressources pour les patients :
 - [Gérer ma douleur](#)
 - Gouvernement du Canada – Renseignements pour le consommateur - [Cannabis \(marihuana, marijuana\)](#)
 - Santé Canada – [Accéder à du cannabis à des fins médicales](#)

2.3 Recommandations pour la pratique clinique (niveau 2)

Les recommandations qui appuient l'élaboration de l'algorithme principal et les sous-algorithmes de pratique clinique proposés au niveau 1 sont présentées dans les sections suivantes selon les trois principales étapes de la trajectoire de soins : l'évaluation diagnostique, la prise en charge collaborative et le suivi.

Il est important de noter que l'information complète relative aux sources scientifiques et aux arguments en soutien aux recommandations retenues est détaillée dans l'algorithme interactif (niveau 3, non présenté ici, mais disponible dans l'outil Web).

2.3.1 Évaluation diagnostique

- Les personnes qui présentent une lombalgie devraient faire l'objet d'une évaluation clinique complète comprenant :
 - l'anamnèse et l'examen physique;
 - la recherche de drapeaux rouges (signes d'alerte);
 - l'évaluation des facteurs biopsychosociaux.
- L'évaluation du patient devrait permettre au clinicien de procéder au diagnostic de la lombalgie :
 - non spécifique (avec ou sans douleur référée);
 - spécifique avec une douleur radiculaire (avec ou sans radiculopathie);
 - spécifique avec :
 - une pathologie rachidienne grave suspectée (drapeaux rouges);
 - une cause non spinale (p. ex. affections de la hanche, maladies des organes pelviens, troubles vasculaires).
- L'**anamnèse** devrait permettre de recueillir l'information sur les antécédents médicaux et traitements actuels, les antécédents de douleur lombaire ainsi que l'histoire de la douleur pour laquelle la personne consulte et de caractériser cette douleur – p. ex. localisation, intensité, facteurs d'aggravation et d'atténuation, durée, etc.
- Un **examen physique** comprenant un examen neurologique devrait être réalisé selon les hypothèses diagnostiques posées. Les objectifs de cet examen sont, entre autres, de déceler les problèmes de la posture et de la démarche, d'apprécier les mouvements/force du rachis ainsi que la sensibilité au niveau des apophyses épineuses ou des muscles. Si une atteinte neurologique est suspectée, l'examen devrait aussi rechercher des déficits sensoriels et/ou moteurs et des problèmes sur le plan des réflexes ostéotendineux.

- Des examens plus poussés peuvent être réalisés s'il y a suspicion à l'anamnèse, par exemple, d'une atteinte radiculaire (test de Lasègue/tripode) ou d'un syndrome de la queue de cheval : examen de la sensibilité de la région périnéale et glutéale et du tonus du sphincter anal.
- La recherche de **drapeaux rouges** devrait être effectuée systématiquement afin d'exclure une condition sous-jacente ou une atteinte neurologique grave ou progressive – p. ex. syndrome de la queue de cheval, fracture, maladies inflammatoires systémiques, infection, cancer – nécessitant une prise en charge spécifique et/ou urgente.
- L'anamnèse et l'examen clinique devraient tenir compte des diverses possibilités étiologiques d'une douleur lombaire, notamment la possibilité que cette douleur soit référée d'une atteinte autre que spinale, soit, par exemple, d'un organe abdominal (p. ex. pancréatite, lithiase rénale, dissection aortique), ou pelvien (p. ex. salpingite, tumeur ovarienne).
- L'évaluation des **facteurs pronostiques biopsychosociaux** devrait être faite systématiquement afin de déterminer le risque de persistance de la douleur (chronicisation), d'apprécier l'incapacité fonctionnelle et d'assurer une prise en charge adaptée.
 - Certains éléments doivent être reconnus précocement dans la trajectoire de soins du patient, notamment en ce qui a trait au contexte :
 - biologique : habitudes de vie (p. ex. sédentarité), antécédents de lombalgie;
 - psychologique : troubles psychologiques (p. ex. dépression, anxiété); kinésiophobie (p. ex. limitation des activités ou de faire certains mouvements par crainte de la douleur), catastrophisation (p. ex. amplification de l'importance de la douleur, sentiment d'impuissance face à sa condition, et rumination face à la douleur), fausses croyances (p. ex. penser que le repos est la meilleure solution contre le mal de dos);
 - social : vie familiale et sociale, statut social/économique, soutien social, satisfaction professionnelle, particularités de l'environnement de travail.
 - L'utilisation d'outils cliniques validés devrait être envisagée pour évaluer les divers facteurs biopsychosociaux et le risque de chronicité (section [2.2.5.5](#)).
- Pour une prise en charge efficiente, outre l'appréciation des facteurs biopsychosociaux, l'évaluation diagnostique devrait permettre au clinicien d'établir la typologie de la lombalgie (lombalgie non spécifique avec ou sans douleur référée, lombalgie spécifique associée à une douleur radiculaire avec ou sans radiculopathie), la temporalité de la douleur (aigüe, subaigüe, chronique), le phénotype de la douleur (nociceptive, neuropathique, nociplastique) ainsi que la douleur prédominante (si mixte) et la possibilité d'une sensibilisation centrale.

- S'il n'y a pas de drapeaux rouges, les **examens d'imagerie diagnostique** ne sont pas recommandés dans le cas d'une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire.

Les examens d'imagerie sont envisagés, notamment :

- dans les cas d'une lombalgie spécifique en présence de drapeaux rouges (p. ex. suspicion de syndrome de la queue de cheval);
 - lors d'une évolution clinique défavorable, malgré la combinaison d'approches non pharmacologiques⁶ (physiques et psychosociales) et pharmacologiques;
 - dans le cas d'une claudication intermittente neurogène;
 - si un traitement effractif est envisagé (p. ex. infiltration périodurale, facettaire ou sacro-iliaque).
- Il est recommandé d'expliquer au patient les raisons pour lesquelles un examen d'imagerie n'est pas indiqué.

Information complémentaire

Douleur prédominante

- Même si généralement plus d'un mécanisme sous-tend une douleur chronique (douleur dite mixte), déterminer la douleur qui prédomine permet de mieux cibler la prise en charge.

Sensibilisation centrale

- La sensibilisation centrale est une condition qui peut être présente dans les trois mécanismes de la douleur (nociceptive, neuropathique et nociplastique).
- Il s'agit d'une forme de neuroplasticité du système somato-sensoriel qui, en réponse à une activité périphérique soutenue et répétée, a pour conséquence l'amplification et la modification du message nociceptif touchant le système nerveux central. La persistance de cette hypersensibilité avec le temps est notamment attribuable à des traces (ou empreintes) laissées par les différentes expériences de douleurs vécues.
- La sensibilisation centrale serait l'un des principaux mécanismes sous-jacents de la douleur nociplastique, douleur qui a, pour rappel, des influences contributives supplémentaires provenant de la sensibilisation périphérique et qui ne peuvent être exclues.

⁶ Dans ce document, le terme « non pharmacologique » est employé sans la spécification entre parenthèse afin d'alléger le texte.

Limites des examens d'imagerie

- Il n'y a pas de corrélation étroite entre les symptômes cliniques et les résultats de l'imagerie médicale.
- L'imagerie ne modifie pas la prise en charge ou le pronostic, même si une étiologie spécifique est mise en évidence par la suite.
- Elle peut être une source de découvertes fortuites sans signification clinique et sans avantage en termes d'amélioration de la qualité de vie ou de diminution de la douleur.

2.3.2 Prise en charge collaborative

- La prise en charge devrait être le fruit d'une collaboration entre le clinicien traitant et les différents professionnels de la santé concernés (lorsque requis), dans l'optique, notamment, de prévenir la chronicisation de la douleur ou d'en réduire l'impact, dans la mesure du possible.
- La prise en charge devrait être faite conjointement avec la personne – prise de décision partagée.

2.3.2.1 Approches non pharmacologiques

- Les approches non pharmacologiques devraient être priorisées, misant sur l'enseignement au patient dès la consultation initiale et tout au long de la trajectoire de soins :
 - rassurer la personne, à la lumière de l'information qu'elle transmet – peurs, préoccupations, impact de la douleur sur la vie quotidienne, etc.;
 - l'informer sur sa condition et l'évolution possible de celle-ci;
 - l'encourager à adopter de saines habitudes de vie, à maintenir ses activités de la vie quotidienne et à rester active, notamment en proposant des activités physiques et en discutant avec elle de stratégies pouvant être adoptées pour réduire les craintes et les restrictions relatives aux activités (y compris les études/le travail);
 - lui proposer des stratégies en matière d'autogestion de la douleur et de sa condition.
- La prise en charge devrait être adaptée selon le potentiel d'amélioration de la condition de la personne et le niveau de risque de chronicisation :
 - pour une personne qui présente une douleur aiguë (non sévère) et à faible risque de chronicisation, une écoute active visant à rassurer, un encouragement à maintenir des activités physiques et un soutien à l'autogestion devraient être priorisés;

- pour une personne qui présente une douleur aiguë/subaiguë, avec des épisodes récurrents, ou une douleur persistante limitant ses activités, à risque de moyen à élevé de chronicisation, un soutien plus intensif de nature multidisciplinaire devrait être indiqué, notamment en orientant la personne vers :
 - un professionnel de la santé qui détient l'expertise pour offrir des interventions spécifiques telles que physiques ou psychologiques.
- pour une personne qui présente une douleur persistante à risque élevé de chronicisation ou déjà en phase chronique, une prise en charge interprofessionnelle ou une consultation/orientation auprès de professionnels qui détiennent une expertise en gestion de la douleur chronique devrait être envisagée.

Information complémentaire

Réassurance

- Dans la majorité des cas, le pronostic est favorable et la lombalgie se résorbe en l'espace de six semaines.
- Des atteintes graves à la colonne sont rares, surtout s'il n'y a pas de signes d'alerte (drapeaux rouges).

Incitation à bouger

- L'exercice physique est le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie non spécifique.
- Tout type d'activité physique adapté à la condition du patient et à ses préférences peut être recommandé.
- Aborder avec le patient l'idée que de demeurer inactif ou au repos strict n'est pas bénéfique pour soulager la douleur lombaire.

Orientation vers d'autres professionnels de la santé

- La pertinence d'orienter la personne vers d'autres professionnels de la santé est notamment fonction du niveau de connaissances et d'expérience du clinicien traitant, des besoins et attentes du patient, des ressources disponibles et accessibles à ce patient.

2.3.2.2 Approches pharmacologiques

- Les approches pharmacologiques devraient être employées en concomitance avec les approches non pharmacologiques.
- Le choix du traitement devrait tenir compte du type de douleur prédominante, des antécédents médicaux, des expériences antérieures de prise d'antalgiques, des préférences du patient et du risque de mésusage. Généralement, une approche progressive en fonction de la réponse du patient au médicament et à la dose prescrite est préférable.

De façon générale, les médicaments à envisager dans la prise en charge d'une douleur lombaire sont :

- Indiqués en première intention :
 - pour une douleur nociceptive (aigüe, subaigüe et chronique) : anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (systémique ou topique), seuls ou combinés à l'acétaminophène, ou acétaminophène seul si les AINS sont contre-indiqués ou mal tolérés;
 - pour une douleur nociceptive (aigüe ou subaigüe) et en présence de spasmes : relaxants musculaires non benzodiazépines seuls ou combinés avec les antalgiques, à court terme;
 - pour une douleur neuropathique (aigüe, subaigüe ou chronique) : antidépresseurs – inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) ou les antidépresseurs tricycliques (ATC) –, seuls ou combinés aux antiépileptiques (gabapentinoïdes);
 - pour une douleur chronique nociceptive : antidépresseurs – IRSN ou ATC – ou antiépileptiques (gabapentinoïdes), selon les comorbidités du patient (p. ex. insomnie, anxiété, trouble de stress post-traumatique et dépression).
 - les opioïdes ne sont jamais recommandés de façon systématique en raison des risques de mésusage, mais ils pourraient être prescrits :
 - à des patients bien sélectionnés réfractaires aux traitements de 1^{re} intention,
 - à des patients qui ont une douleur sévère à composante nociceptive ou neuropathique (aigüe/subaigüe).
 - la prescription d'opioïdes devrait :
 - viser une dose minimale efficace pour quelques jours seulement, en association avec des antalgiques non opioïdes afin d'obtenir une antalgie satisfaisante,
 - favoriser les molécules de faible puissance, lorsque possible,

- être accompagnée d'un suivi serré et d'une réévaluation lorsque l'usage est continu.
- Si les médicaments prescrits en première intention ne fonctionnent pas, avant d'ajouter un nouveau médicament, il convient de :
 - s'assurer de l'atteinte de la dose efficace du médicament préalablement prescrit et d'optimiser la dose prescrite s'il y a lieu;
 - réévaluer les facteurs pronostiques biopsychosociaux et les approches non pharmacologiques, notamment les stratégies d'autogestion;
 - déprescrire les médicaments qui n'ont pas permis de diminuer la douleur ni d'améliorer la capacité fonctionnelle.
- Pour une douleur sévère et persistante, des infiltrations de corticostéroïdes (et d'un anesthésique) pourraient être envisagées, soit une infiltration facettaire ou sacro-iliaque pour une douleur nociceptive, soit une infiltration périurale (ou épiburale) pour une douleur radiculaire de type neuropathique, dans le cadre d'une décision partagée avec le patient compte tenu des risques et de l'efficacité limitée.
- Des analgésiques topiques (préparation magistrale) pourraient parfois être envisagés pour traiter une douleur chronique à prédominance neuropathique.
- Une ordonnance de cannabinoïdes pourrait être envisagée pour soulager une douleur chronique si toutes les autres options médicamenteuses sont inefficaces ou ne sont pas tolérées et selon la balance bénéfices/risques discutée préalablement avec le patient.
- Il est recommandé de rappeler au patient le bon usage des médicaments, leur utilité à visée symptomatique et non curative, et de s'assurer de sa compréhension, notamment en ce qui concerne les effets indésirables et l'importance du respect de son ordonnance et de son adhésion au traitement.
- S'il n'y a pas de diminution de la douleur et/ou une amélioration de la capacité fonctionnelle, préalablement à tout changement de la médication, les facteurs pronostiques biopsychosociaux et les approches non pharmacologiques devraient être réévalués.

Information complémentaire

Antalgiques non opioïdes et opioïdes

- La gestion de la douleur par les antalgiques devrait favoriser le traitement en fonction de leur puissance d'action – qui ne correspond pas à l'intensité de la douleur – (classification par palier de l'OMS), mais aussi en fonction de leurs mécanismes d'action tenant compte de la nature de la douleur et des mécanismes physiopathologiques concernés (classification de Lussier et Beaulieu, IASP), ce qui permettra une prise en charge plus adaptée et plus ciblée selon la réalité clinique [Coudert et Decrozan, 2021].

Spécification à l'égard des opioïdes

- Il est recommandé de s'assurer de la compréhension du patient quant à la prise d'antalgiques opioïdes, notamment du processus de déprescription, le cas échéant (phase subaigüe/chronique) impliquant une décroissance progressive des doses afin de prévenir un syndrome de sevrage.

2.3.3 Suivi

- Tout nouvel élément inquiétant (p. ex. pathologies graves, déficits neurologiques) décelé lors des consultations de suivi devrait faire l'objet d'une investigation urgente ou d'une évaluation par un spécialiste;
 - Les patients qui présentent des signes et symptômes neurologiques graves ou qui se détériorent progressivement (p. ex. dans le cas d'une douleur radiculaire persistante ou chronique) devraient être immédiatement orientés vers une imagerie urgente et un examen chirurgical.
- Chez les patients dont les symptômes persistent, ne présentent aucune diminution de la douleur ou d'amélioration de la capacité fonctionnelle, ou qui s'aggravent, le traitement (non pharmacologique et/ou pharmacologique) devrait être réévalué.
- En présence de drapeaux rouges ou d'une modification des facteurs biopsychosociaux, un ajustement ou une réorientation de la prise en charge devrait être envisagé afin que celle-ci soit plus adaptée.
- Pour les patients qui présentent une condition à haute complexité, un suivi précoce et fréquent pourrait s'avérer approprié (au minimum, une visite toutes les deux semaines).
- Pour les patients qui présentent une condition de faible à moyenne complexité, le suivi pourrait n'être nécessaire qu'en cas de besoin.

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

C'est en assurant la disponibilité et la qualité des outils de référence tels que les algorithmes qu'il sera possible pour le MSSS de soutenir et d'intégrer l'ensemble des parties prenantes concernées – ministères et organismes gouvernementaux, établissements, pratiques cliniques, patients, usagers – dans toutes les étapes du continuum de soins et services. La diffusion et la promotion des algorithmes au sein du réseau ainsi que l'adhésion et l'appropriation des recommandations par les professionnels de la santé concernés sont essentielles afin de favoriser l'optimisation et l'harmonisation des pratiques cliniques au sein du réseau québécois de la santé.

À cette fin, il est suggéré, notamment, que :

- les établissements de santé et autres milieux cliniques ajoutent dans leurs protocoles et outils de référence un hyperlien vers l'algorithme de prise en charge de la lombalgie, ou du moins qu'ils s'assurent d'héberger l'algorithme et d'en promouvoir l'utilisation;
- les établissements d'enseignement procèdent à la mise à jour de la formation de base offerte aux futurs cliniciens en fonction de l'algorithme proposé pour la prise en charge de la lombalgie;
- les instances concernées par la formation continue (ordres professionnels, associations professionnelles, réseaux de douleur, etc.) développent et offrent des formations pour favoriser l'actualisation des connaissances sur la prise en charge de la lombalgie.

CONCLUSION ET MISE À JOUR

Cet algorithme est un outil d'aide à la prise en charge de la douleur lombaire qui regroupe l'ensemble des recommandations proposées par l'INESSS à la lumière des données trouvées dans la littérature. L'algorithme, présenté sous une forme Web dynamique, s'adresse aux professionnels de la santé qui exercent en contexte de première ligne. Il est conçu pour soutenir ces cliniciens dans la trajectoire de soins des personnes qui présentent une douleur lombaire, dès la phase aiguë de la douleur, en prévention de sa chronicisation, de l'évaluation initiale de la personne à son suivi.

La mise à jour de l'algorithme sera faite en continu, selon l'avancement des données scientifiques, l'évolution des pratiques cliniques ainsi que les besoins du réseau de la santé et des services sociaux.

RÉFÉRENCES

- Berenguera A, Pujol-Ribera E, Rodriguez-Blanco T, Violan C, Casajuana M, de Kort N, Trapero-Bertran M. Study protocol of cost-effectiveness and cost-utility of a biopsychosocial multidisciplinary intervention in the evolution of non-specific sub-acute low back pain in the working population: cluster randomised trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2011;12:1-9.
- Coudert P et Decrozant E. Les médicaments de la douleur. *Actualités Pharmaceutiques* 2021;60(603):31-5.
- Dydyk AM et Conermann T. Chronic Pain. Dans : *StatPearls* [Internet]. Treasure Island, FL : StatPearl Publishing; 2024.
- Ferreira ML, de Luca K, Haile LM, Steinmetz JD, Culbreth GT, Cross M, et al. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol* 2023;5(6):e316-e29.
- French DJ, Roach PJ, Mayes S. Peur du mouvement chez des accidentés du travail: L'Échelle de Kinésiophobie de Tampa (EKT). *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement* 2002;34(1):28-33.⁷
- Freyenhagen R, Baron R, Gockel U, Tolle TR. painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin* 2006;22(10):1911-20.⁷
- Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull* 2007;133(4):581-624.
- Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* 2018;391(10137):2356-67.
- Institute of Medicine (IOM). *Relieving pain in America: a blueprint for transforming prevention, care, education, and research*. Washington, DC : National Academies Press; 2011.
- International Association for the Study of Pain (IASP). *IASP Terminology, Pain terms and definitions* [site Web]. Washington, DC : IASP; 2020. Disponible à : <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/> (consulté le 28 juin 2024).⁷
- Korownyk CS, Montgomery L, Young J, Moore S, Singer AG, MacDougall P, et al. PEER simplified chronic pain guideline: Management of chronic low back, osteoarthritic, and neuropathic pain in primary care. *Can Fam Physician* 2022;68(3):179-90.

⁷ Références citées dans la sous-section 2.2.

- Kosek E, Clauw D, Nijs J, Baron R, Gilron I, Harris RE, et al. Chronic nociplastic pain affecting the musculoskeletal system: clinical criteria and grading system. *Pain* 2021;162(11):2629-34.⁷
- Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet* 2017;389(10070):736-47.⁷
- Mailis A, Deshpande A, Lakha SF. Long term outcomes of chronic pain patients attending a publicly funded community-based interdisciplinary pain program in the Greater Toronto area: results of a practice-based audit. *J Patient Rep Outcomes* 2022;6(1):1-10.
- Malik KM, Nelson AM, Chiang TH, Imani F, Khademi SH. The Specifics of Non-specific Low Back Pain: Re-evaluating the Current Paradigm to Improve Patient Outcomes. *Anesth Pain Med* 2022;12(4):e131499.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Continuum de soins et de services en douleur chronique - Orientations et lignes directrices 2021-2026. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux éd. Québec, Qc : MSSS; 2021. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-947-05W.pdf> (consulté le 18 octobre 2022).
- Nijs J, De Baets L, Hodges P. Phenotyping nociceptive, neuropathic, and nociplastic pain: who, how, & why? *Braz J Phys Ther* 2023;27(4):1-4.
- Nijs J, Kosek E, Chiarotto A, Cook C, Danneels LA, Fernandez-de-Las-Penas C, et al. Nociceptive, neuropathic, or nociplastic low back pain? The low back pain phenotyping (BACPAP) consortium's international and multidisciplinary consensus recommendations. *Lancet Rheumatol* 2024;6(3):e178-e88.⁷
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Lignes directrices sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'enfant : résumé d'orientation. Genève, Switzerland : OMS; 2021. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341828> (consulté le 28 octobre 2022).
- Otero-Ketterer E, Penacoba-Puente C, Ferreira Pinheiro-Araujo C, Valera-Calero JA, Ortega-Santiago R. Biopsychosocial Factors for Chronicity in Individuals with Non-Specific Low Back Pain: An Umbrella Review. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(16):1-25.
- Santé Canada. La douleur chronique au Canada : jeter les bases d'un programme d'action/rapport du Groupe de travail canadien sur la douleur. Ottawa, ON : Santé Canada; 2019. Disponible à : https://publications.gc.ca/collections/collection_2019/sc-hc/H134-5-2019-fra.pdf (consulté le 11 octobre 2022).

- Santé Canada. Un plan d'action pour la douleur au Canada. Ottawa, ON : Santé Canada; 2021. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport/report-rapport-2021-fra.pdf> (consulté le 11 octobre 2022).
- Sullivan MJ, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment* 1995;7(4):524-32.⁷
- Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain* 2019;160(1):19-27.
- World Health Organization (WHO). WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. Geneva, Switzerland : WHO; 2023. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38198579> (consulté le 2 août 2023).
- Wu A, March L, Zheng X, Huang J, Wang X, Zhao J, et al. Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. *Ann Transl Med* 2020;8(6):1-14.

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

