

Douleur chronique - algorithmes de
prise en charge
Annexes complémentaires

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

Le présent document contient les annexes complémentaires aux rapports [Algorithme de prise en charge de la lombalgie avec ou sans douleurs radiculaire](#) et [Algorithme de prise en charge du syndrome de douleur régionale complexe \(SDRC\)](#).

Ces annexes et les rapports finaux sont accessibles en ligne dans la section [Publications](#) de notre site *Web*.

Renseignements

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

2535, boulevard Laurier, 5^e étage

Québec (Québec) G1V 4M3

Téléphone : 418 643-1339

Télécopieur : 418 646-8349

2021, avenue Union, bureau 1200

inesss@inesss.qc.ca

www.inesss.qc.ca

Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : 514 873-2563

Télécopieur : 514 873-1369

Membres de l'équipe de projet

Auteure principale

Geneviève Duplain Cyr, B. Pharm., M. Sc.

Collaboratrice interne

Sylvie Lamy, Ph. D.

Coordonnateur scientifique

Frédéric St-Pierre, Ph. D.

Directrice adjointe

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrice

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

Soutien administratif

Laura Guiol

Bureau – Méthodes, données et éthique

Unité – Science de l'information

Repérage de l'information scientifique

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

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Équipe de l'édition

Jean Talbot

Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Catherine Olivier, Ph. D.

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2026

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.

Responsabilité

L'Institut rend accessibles les principales informations qui ont servi à la préparation des rapports *Algorithme de prise en charge de la lombalgie avec ou sans douleurs radiculaire* et *Algorithme de prise en charge du syndrome de douleur régionale complexe (SDRC)* aux lecteurs qui désirent plus de détails sur sa démarche scientifique.

Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision linguistique. Il ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ACRONYMES	I
ANNEXE A.....	1
Mise en contexte des travaux.....	1
ANNEXE B.....	2
Approche méthodologique.....	2
ANNEXE C.....	5
Documents retenus.....	5
ANNEXE D.....	7
Tableaux d'information clinique sur les médicaments (niveau 1).....	7
ANNEXE E.....	14
Sondage auprès des futurs utilisateurs.....	14
RÉFÉRENCES.....	16

SIGLES ET ACRONYMES

AAS	Acide acétylsalicylique
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
Anti-H2	Antagoniste des récepteurs H2 de l'histamine
ATC	Antidépresseur tricyclique
AVC	Accident vasculaire cérébral
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CICr	Clairance de la créatinine
COX-2	Cyclo-oxygénase 2
GMF	Groupe de médecine de famille
GPC	Guide de pratique clinique
IMAO	Inhibiteur de la monoamine-oxydase
IPP	Inhibiteur de la pompe à protons
IPSPA	Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en première ligne
IRSN	Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS	Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine
NYHA	<i>New York Heart Association</i>
SDRC	Syndrome de douleur régionale complexe

ANNEXE A

Mise en contexte des travaux

Problématique et contexte de l'amorce des travaux

L'INESSS a publié en 2025 deux algorithmes d'évaluation, de prise en charge et de suivi de la douleur chronique, plus spécifiquement sur la lombalgie et le syndrome de douleur régionale complexe (SDRC) (INESSS, 2025a, 2025b). Les principales options de traitement pharmacologique y sont présentées, sans toutefois détailler les modalités d'usage utiles pour la pratique clinique.

Des travaux complémentaires ont donc été entrepris pour intégrer de l'information pratique sur les modalités d'usage des principaux médicaments utilisés dans le traitement de la douleur chronique, notamment les mises en garde, les précautions, les contre-indications, la posologie, la dose maximale, la durée de traitement et les principaux effets indésirables. L'information sur les modalités de pratique clinique concernant les médicaments inclus dans les algorithmes sur la lombalgie et le SDRC pourrait s'appliquer aux prochains algorithmes sur la douleur chronique à paraître, si pertinent.

Puisqu'un outil clinique distinct sur les opioïdes sera publié par l'INESSS prochainement, ils sont exclus des présents travaux.

ANNEXE B

Approche méthodologique

Question d'évaluation

La question suivante a guidé les travaux d'évaluation de l'INESSS en lien avec l'usage de la médication recommandée pour le traitement de la lombalgie ou du SDRC chez l'adulte dans un contexte de soins en première ligne :

- Quelles sont les modalités de pratique clinique concernant le traitement pharmacologique de la lombalgie ou du SDRC chez l'adulte avec les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), l'acétaminophène, les relaxants musculaires non-benzodiazépines, les corticostéroïdes systémiques, les antidépresseurs (tricycliques ou inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline [IRSN]) et les gabapentinoïdes, en ce qui concerne :
 - la dose et la posologie;
 - la durée du traitement;
 - les mises en garde et précautions;
 - les contre-indications;
 - les ajustements posologiques et
 - les principaux effets indésirables?

Sont exclus des présents travaux, les opioïdes, les bisphosphonates et les préparations magistrales pour application topique.

Mobilisation des savoirs

Pour répondre à la question d'évaluation, les documents retenus pour les travaux effectués pour les algorithmes de prise en charge de la lombalgie et du SDRC ont été examinés afin de repérer de l'information clinique pertinente sur les différents médicaments¹. Parmi les documents examinés, 14 incluaient de l'information ou des recommandations permettant de répondre à la question d'évaluation. Les monographies canadiennes des différents médicaments visés ont également été examinées. Lorsque l'information était manquante ou incomplète, d'autres sources d'information ont été consultées, notamment les sources tertiaires en pharmacologie, comme le site de Vigilance Santé, de même que des ouvrages de référence en grossesse et allaitement (p. ex. Grossesse et allaitement : Guide thérapeutique, site web [E-lactation](#)). La liste des documents d'encadrement spécifiques aux informations cliniques sur les médicaments retenus est présentée à l'[annexe C](#) du présent document.

¹ Se référer aux sections Méthodologie des algorithmes en douleur chronique de l'INESSS pour plus d'information sur les stratégies de repérage de l'information et la sélection des publications. Disponibles à : <https://inesss.algorithmes-douleur-chronique.info/>.

À partir de l'information recueillie, une version préliminaire des tableaux a été élaborée puis soumise aux membres du comité consultatif pour recueillir leur perspective et en valider le contenu.

Consultation des parties prenantes

Différentes perspectives ont été recueillies dans le cadre de ces travaux. Ces échanges avaient pour but principal de valider l'information présentée dans les versions préliminaires des tableaux, ainsi que la clarté et la convivialité du format proposé.

Comité consultatif

Un comité consultatif constitué principalement de médecins de famille, de pharmaciens et d'infirmière praticienne spécialisée a été mis sur pied. Le comité consultatif avait pour mandat d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et de pratique ainsi que l'acceptabilité du produit livré, et ce, en fournissant de l'information, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux. La perspective des membres du comité consultatif a été recueillie par l'intermédiaire de quelques échanges par courriel. Les membres du comité consultatif pour l'élaboration des tableaux sont :

- **Caroline Côté**, infirmière praticienne spécialisée en première ligne (IPSPL), Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire; chargée de cours, Département des sciences de la santé, Université du Québec à Rimouski (UQAR); candidate au doctorat en sciences infirmières, Faculté des Sciences infirmières, Université Laval
- **Philippe De Grandpré**, pharmacien communautaire, Groupe de médecine de famille (GMF) clinique familiale des Prairies – Santé Québec Lanaudière
- **Anne-Marie Pinard**, anesthésiologiste et cheffe du service de douleur chronique du CHU de Québec, Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique du réseau universitaire intégré de santé 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
- **Simon-Frédéric Richard**, médecin de famille, directeur médical, Clinique Maizerets – GMF universitaire; professeur de clinique, Faculté de médecine, Université Laval; Département de médecine générale, Service d'hospitalisation, Santé Québec – CHU de Québec – Université Laval

Futurs utilisateurs

Afin d'assurer la qualité globale des tableaux, la clarté et la pertinence de l'information présentée ainsi que la convivialité et l'accessibilité de cette information au sein des algorithmes, certains futurs utilisateurs potentiels provenant de différentes régions du Québec - ayant déjà testés les algorithmes - ont de nouveau été sollicités. Ils ont été invités à répondre à un court sondage en ligne afin de recueillir leurs commentaires sur l'information ajoutée. Les questions destinées aux futurs utilisateurs sont consultables à l'[annexe E](#) du présent document. Les futurs utilisateurs n'ont pas validé la version définitive de l'outil.

Les commentaires des futurs utilisateurs ont été analysés par l'équipe de projet, reproduits dans des tableaux récapitulatifs et sont consignés dans un espace de travail commun. Selon la nature des commentaires et la valeur ajoutée de cette perspective clinique nouvellement recueillie, les documents ont été ajustés en conséquence.

Les futurs utilisateurs qui ont accepté d'être nommés pour leur participation à ces travaux complémentaires sont :

- **Marie-Philippe Déry**, infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes (IPSSA), Santé Québec – CHU de Québec – Université Laval – Hôpital de l'Enfant-Jésus
- **Francis Fournier**, urgentologue, Santé Québec Bas-Saint-Laurent – Hôpital de Rimouski
- **Marie-France Joanis**, IPSPL, GMF Val-Bélair
- **Julie Poirier**, IPSPL, GMF Clinique médicale Saint-Étienne

Mise à jour

La mise à jour des tableaux d'information sur les différentes approches pharmacologiques sera faite en continu, notamment en fonction de la publication d'autres produits de l'INESSS sur la douleur chronique.

ANNEXE C

Documents retenus

Liste des documents d'encadrement spécifiques aux informations cliniques sur les médicaments

Des documents retenus dans le cadre des travaux pour les algorithmes de prise en charge de la lombalgie et du SDRC, 14 incluaient de l'information sur les caractéristiques des médicaments utilisés en contexte de douleur chronique. La qualité méthodologique des documents d'encadrement retenus, jugée adéquate pour les présents travaux, a été évaluée au moyen de la [grille AGREE II](#) (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*).

Pays / Organisation (auteur), année	Type de douleur
Canada	
IHE – TOP, 2017 (Alberta)	Lombalgie
Allemagne	
NDMG (Chenot <i>et al.</i>), 2017	Lombalgie
Belgique	
KCE (van Wambeke <i>et al.</i>) 2017	Lombalgie
Danemark	
DHA (Stochkendahl <i>et al.</i>) 2018	Lombalgie
États-Unis	
ACCOEM (Hegmann <i>et al.</i>), 2020	Lombalgie
RSDSA (Harden <i>et al.</i>), 2022	SDRC
KP Washington, 2021	Lombalgie
Michigan Medicine (Chiodo <i>et al.</i>), 2020	Lombalgie
VA/DoD (2022)	Lombalgie
Royaume-Uni	
NICE, 2020	Lombalgie
SIGN, 2019 (Écosse)	Lombalgie
Suisse	
WHO, 2023	Lombalgie

AACOEM : American College of Occupational and Environmental Medicine; IHE – TOP : Institute of Health Economics – Toward Optimized Practice; KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé; KP : Kaiser Permanente; NDMG : National Disease Management Guideline; NICE : National Institute for Health and Care Excellence; SIGN : Scottish Intercollegiate Guidelines Network; VA/DoD : Department of Veterans Affairs/Department of Defense; WHO : World Health Organization

Liste de documents connexes

Deux documents connexes, retenus dans le cadre des travaux sur la lombalgie, incluait également de l'information spécifique sur les médicaments.

Source	Type de document
Korownyck <i>et al.</i> , 2022	Lignes directrices de pratique clinique
Marciano <i>et al.</i> , 2023	Revue narrative

ANNEXE D

Tableaux d'information clinique sur les médicaments (niveau 1)

Il est important de noter que l'information complète relative aux sources scientifiques et aux arguments en soutien aux éléments retenus dans les tableaux qui suivent sera détaillée dans l'algorithme dynamique (niveau 3, non présenté ici, mais disponible dans l'outil Web).

AINS

IMPORTANT : Les AINS sont associés à des risques cardiovasculaires, gastro-intestinaux et rénaux. Ils ne peuvent être considérés qu'après un examen approfondi, une évaluation du rapport bénéfices/risques en fonction des antécédents, et en tenant compte des contre-indications et des effets indésirables potentiels.

Mises en garde et contre-indications des AINS selon la situation clinique (liste non exhaustive)	
Situation clinique	Usage des AINS
Grossesse ou allaitement	3^e trimestre : AINS oraux contre-indiqués - Peuvent être envisagés à court terme au 1^{er} et 2^e trimestre et pendant l'allaitement si acétaminophène inefficace - Éviter le célécoxib pendant toute la grossesse
Insuffisance rénale (CICr inférieure à 30 mL/minute)	AINS oraux contre-indiqués - Privilégier d'autres options (p. ex. : acétaminophène, diclofénac topique)
Maladie cardiovasculaire non maîtrisée ou événement cardiovasculaire récent	
Ulcère gastrique ou duodénal actif, saignement gastro-intestinal actif	
Maladie hépatique sévère	AINS oraux contre-indiqués - Privilégier d'autres options (p. ex. : diclofénac topique)
Maladie inflammatoire de l'intestin	- AINS oraux généralement contre-indiqués - Pourraient être envisagés si jugé sécuritaire
Présence d'au moins un des facteurs de risque de saignement gastro-intestinal suivants : - Âge supérieur à 60 ans - Antécédent de saignement gastro-intestinal, ulcère gastrique ou duodénal, chirurgie bariatrique - Consommation excessive d'alcool <i>Helicobacter Pylori</i> non traité - Usage concomitant d'anticoagulants oraux, d'antiplaquettaires (incluant l'AAS à faible dose), de corticostéroïdes systémiques, ou d'ISRS	- AINS non sélectifs + IPP - Célécoxib - Si plusieurs facteurs de risque, envisager célécoxib + IPP - Diclofénac topique
Présence de facteurs de risque d'événement cardiovasculaire : - Antécédent d'AVC, d'ICT, d'infarctus du myocarde ou de MCAS - Hypertension artérielle - Dyslipidémie - Diabète - Insuffisance cardiaque (classe I de la NYHA); - Maladie vasculaire périphérique - Tabagisme - Insuffisance rénale (clairance de la créatinine entre 30 et 60 mL/minute)	- AINS à envisager avec prudence - Privilégier d'autres options (p. ex. : acétaminophène, diclofénac topique)

Posologie et effets indésirables des principaux AINS			
NOTE : Dose régulière pour une durée limitée (c.-à-d. moins de 30 jours) préférable à une posologie au besoin. Peut être répété périodiquement lors d'exacerbations de la douleur. Viser la plus petite dose efficace, pour la plus courte durée possible.			
Envisager l'essai d'un autre AINS si efficacité clinique non satisfaisante lors d'un premier essai avec un AINS			
AINS	Posologie	Dose maximale proposée	Principaux effets indésirables à communiquer à la personne (liste non exhaustive)
AINS oraux			
Non sélectifs (liste non exhaustive)			
Diclofénac	Libération rapide : 50 mg aux 6 à 8 heures Libération retardée (comprimés entériques) : 50 mg BID Libération prolongée : 100 mg die	100 mg par jour	• Aggravation des troubles rénaux • Augmentation du risque d'infarctus du myocarde • Hausse de la tension artérielle • Inconfort, douleurs ou saignements gastro-intestinaux • Insuffisance cardiaque (nouvelle ou aggravée)
Ibuprofène	400 à 800 mg aux 6 à 8 heures	2400 mg par jour	
Kétorolac	10 mg aux 4 à 6 heures	40 mg par jour	
Naproxène	250 à 500 mg aux 12 heures	1000 mg par jour	
Inhibiteur sélectif de la COX-2			
Célécoxib	200 mg die ou 100 mg BID	200 mg par jour	
AINS topiques			
Diclofénac gel	Application locale • Concentration de 1,16 % : 3 à 4 fois par jour • Concentration de 2,32 % : 2 g à mesurer à l'aide de la carte posologique fournie dans l'emballage 2 fois par jour		Réaction cutanée au site d'application

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien
AAS : Acide acétylsalicylique
AVC : Accident vasculaire cérébral
CICr : Clairance de la créatinine

COX-2 : Cyclo-oxygénase-2
ICT : Ischémie cérébrale transitoire
IPP : Inhibiteur de la pompe à protons
ISRS : inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine
MCAS : Maladie cardiaque athérosclérosante

ACÉTAMINOPHÈNE

IMPORTANT : Les surdoses d'acétaminophène peuvent être fatales. Les personnes âgées et celles atteintes d'insuffisance hépatique sont particulièrement à risque de surdose.

Mises en garde et contre-indications de l'acétaminophène selon la situation clinique (liste non exhaustive)	
Situation clinique	Usage de l'acétaminophène
Maladie hépatique sévère active	• Contre-indiqué
Maladie hépatique chronique stable	• Limiter la dose d'acétaminophène à 1500 mg par jour
Trouble lié à l'usage d'alcool	

Posologie et effets indésirables de l'acétaminophène			
Formulation	Posologie	Dose maximale proposée	Principaux effets indésirables à communiquer à la personne
325 mg	325 à 650 mg aux 4 à 6 heures	• Traitement de courte durée : 4000 mg par jour • Traitement de longue durée : 3000 mg par jour	• Généralement bien toléré • En surdose : dommages hépatiques
500 mg	500 à 1000 mg aux 4 à 6 heures		
650 mg (libération prolongée)	650 à 1300 mg aux 8 heures		

RELAXANTS MUSCULAIRES NON-BENZODIAZÉPINES

IMPORTANT : Les relaxants musculaires peuvent provoquer des effets sédatifs tels que les étourdissements, les vertiges et augmenter le risque de chute, particulièrement chez les personnes âgées et celles qui prennent d'autres médicaments déprimeurs du système nerveux central.

Mises en garde et contre-indications des relaxants musculaires selon la situation clinique (liste non exhaustive)	
Situation clinique	Usage des relaxants musculaires
Hyperthyroïdie	• Cyclobenzaprine contre-indiquée • Privilégier d'autres relaxants musculaires (p. ex. : méthocarbamol, orphénadrine)
Présence d'une des conditions suivantes : • Infarctus du myocarde récent (période post-ischémique) • Arythmie, bloc cardiaque ou troubles de la conduction • Insuffisance cardiaque aiguë	
Prise d'IMAO (phénelzine ou tranlycypromine) concomitante ou dans les 14 derniers jours ¹	
Âge supérieur à 65 ans	• Méthocarbamol à privilégier (en association avec ibuprofène ou acétaminophène selon la situation clinique et les antécédents) • Cyclobenzaprine et orphénadrine : à envisager avec prudence et à faible dose
Fardeau anticholinergique élevé	
Glaucome à angle fermé	
Hypertrophie bénigne de la prostate	
Grossesse ou allaitement	• Utiliser avec prudence et favoriser un usage ponctuel à court terme
Contre-indication aux AINS ou à l'AAS	• Éviter le méthocarbamol combiné à l'ibuprofène ou l'AAS • Privilégier le méthocarbamol combiné à acétaminophène ou un autre relaxant musculaire

1. La sélégiiline, un IMAO-B sélectif utilisé dans le traitement de la maladie de Parkinson, n'est pas concernée par cette contre-indication aux doses généralement utilisées (10 mg par jour ou moins).

Posologie et effets indésirables des principaux relaxants musculaires			
NOTE : Privilégier un traitement de courte durée (c.-à-d. une à deux semaines)			
Relaxant musculaire	Posologie	Dose maximale proposée	Principaux effets indésirables à communiquer à la personne (liste non exhaustive)
Cyclobenzaprine	Dose initiale : 5 à 10 mg hs Augmenter à 10 mg BID à TID si nécessaire	30 mg par jour	• Bouche sèche • Chutes • Étourdissements • Rétention urinaire • Somnolence
Méthocarbamol (Coformulation avec AAS, AINS ou acétaminophène)	400 à 1000 mg de méthocarbamol aux 4 à 6 heures	3200 mg de méthocarbamol par jour	
Orphénadrine	100 mg die à BID	200 mg par jour	

AAS : Acide acétylsalicylique

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

CORTICOSTÉROÏDES SYSTÉMIQUES

NOTE : L'information présentée dans cet algorithme concerne l'usage des corticostéroïdes systémiques à court terme (c.-à-d. pour une durée maximale de 14 jours). L'usage à long terme ou pour des cycles répétés n'est pas recommandé en contexte de douleur aiguë ou chronique.

Mises en garde et contre-indications des corticostéroïdes systémiques selon la situation clinique (liste non exhaustive)	
Situation clinique	Usage des corticostéroïdes systémiques
Infection fongique systémique (p.ex. : candidose disséminée)	Contre-indiqués
Kératoconjonctivite à herpès simplex	Éviter si possible : risque de perforation de la cornée
Phéochromocytome	Éviter si possible : risque d'exacerbation grave des symptômes
Varicelle, rougeole ou infection parasitaire active	Éviter si possible : risque de dissémination
Hypertension artérielle	Avec prudence : risque de rétention liquidienne
Insuffisance cardiaque congestive	
Insuffisance rénale (ClCr inférieure à 30 mL/min)	
Diabète de type 1 ou de type 2	Avec prudence : augmentation possible de la glycémie
Grossesse ou allaitement	Utiliser avec prudence et favoriser un usage ponctuel à court terme à la plus faible dose efficace Privilégier la prednisone ou la prednisolone
Manifestations cliniques psychiatriques non maîtrisées (p. ex. : trouble dépressif caractérisé, épisode maniaque, psychose)	Avec prudence : exacerbation possible des manifestations cliniques
Ulcère gastro-duodéal actif ou diverticulite	
Usage concomitant d'AINS	Privilégier célécoxib ou envisager un IPP

Posologie et effets indésirables des principaux corticostéroïdes systémiques		
NOTE : Privilégier un traitement de courte durée (c.-à-d. 10 à 14 jours)		
Corticostéroïde	Posologie	Principaux effets indésirables à communiquer à la personne (liste non exhaustive)
Prednisone / Prednisolone	20-50 mg die X 2-5 jours, puis réduire de 5-10 mg par jour à intervalle de 2 à 5 jours jusqu'à cessation	• Augmentation de l'appétit • Augmentation de la glycémie • Dyspepsie • Insomnie • Nervosité • Rétention liquidienne
Dexaméthasone	3-7,5 mg par jour (en 2 ou 3 prises) X 2-5 jours, puis réduire de 0,5 à 1 mg par jour à intervalle de 2 à 5 jours jusqu'à cessation	

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

ClCr : Clairance de la créatinine

COX-2 : cyclo-oxygénase-2

IPP : inhibiteur de la pompe à protons

ANTIDÉPRESSEURS (ATC ou IRSN)

Information clinique sur les antidépresseurs utilisés dans le traitement de la douleur			
Information clinique	Duloxétine ¹	Venlafaxine	ATC
Principales contre-indications (liste non exhaustive)	- Insuffisance hépatique - Insuffisance rénale (ClCr inférieure à 30 ml/minute)	<u>S.O.</u>	- Arythmie, bloc cardiaque ou troubles de la conduction - Infarctus du myocarde récent (période post-ischémique) - Insuffisance cardiaque aiguë - Insuffisance hépatique grave
Tous les antidépresseurs : Prise d'IMAO (phénelzine ou tranylcypromine) concomitante ou dans les 14 derniers jours²			
Principales précautions (liste non exhaustive)	Consommation importante d'alcool (risque d'hépatotoxicité)	Insuffisance rénale (ClCr inférieure à 30 ml/minute) : débiter à faible dose	- Âge supérieur à 65 ans - Antécédent d'épilepsie ou de convulsions - Facteurs de risque de prolongation de l'intervalle QT - Glaucome à angle fermé - Maladie cardiovasculaire - Prise concomitante d'autres médicaments anticholinergiques - Profil gériatrique - Rétention urinaire
Duloxétine et venlafaxine : - Âge supérieur à 65 ans ou prise concomitante de diurétiques (risque d'hyponatrémie) - Glaucome à angle fermé - Hypertension artérielle non contrôlée - Prise concomitante d'AAS, d'AINS ou d'anticoagulants (augmentation du risque de saignements) - Prise concomitante d'autres agents sérotoninergiques (risque de syndrome sérotoninergique)			
- Grossesse ou allaitement : utiliser avec prudence et individualiser selon le rapport entre bénéfices et risques - Privilégier ATC et venlafaxine			
Surveillance thérapeutique	Tension artérielle et fréquence cardiaque : - Pour tous : avant le début du traitement. - Chez les personnes avec hypertension artérielle : régulièrement pendant le traitement. - Envisager une diminution de la dose ou un arrêt progressif du traitement si élévation persistante de la tension artérielle.		ECG - Chez les personnes à risque cardiaque : à envisager avant de débiter le traitement - Pour tous : pendant le traitement si apparition de nouveaux symptômes cardiaques
Arrêt du traitement	Risque d'apparition de symptômes liés à l'interruption soudaine du traitement. Réduire graduellement la dose sur plusieurs semaines.		

1. La duloxétine est le seul antidépresseur avec indication officielle pour traiter la douleur chronique.
2. La sélégiline, un IMAO-B sélectif utilisé dans le traitement de la maladie de Parkinson, n'est pas concerné par cette contre-indication aux doses généralement utilisées (10 mg par jour ou moins).

Posologie et effets indésirables des antidépresseurs utilisés pour la douleur			
Antidépresseur	Posologie	Considérations posologiques	Principaux effets indésirables (liste non exhaustive)
Duloxétine	Dose initiale : 30 mg die Titration : augmenter à 60 mg die après 1 à 2 semaines, puis augmenter par paliers de 30 mg après au moins 4 semaines selon la tolérance et la réponse clinique Dose cible : 60 mg die Dose maximale proposée : 120 mg par jour	- Prendre avec nourriture pour réduire le risque de nausées parfois présentes en début de traitement ou lors des augmentations de doses - Envisager d'administrer la dose quotidienne en deux prises (30 mg BID) pour une meilleure tolérance	- Dysfonction sexuelle (surtout duloxétine) - Étourdissements - Inconfort, douleurs ou saignements gastro-intestinaux - sédation - Variation du poids
Venlafaxine	Dose initiale : 37,5 mg die Titration : augmenter à 75 mg die après 1 à 2 semaines, puis augmenter par paliers de 75 mg toutes les 1 à 2 semaines, selon la tolérance et la réponse clinique Dose cible : 150 mg die Dose maximale proposée : 300 mg par jour	s.o.	
ATC (amitriptyline, clomipramine, désipramine, doxépine, imipramine, nortriptyline, trimipramine)	Dose initiale : 10-25 mg die Envisager une plus faible dose initiale et une titration plus lente chez les personnes âgées¹ Dose cible : 50 à 125 mg die Titration : augmenter de 25 mg die à intervalle d'au moins 7 jours selon la tolérance et la réponse clinique Dose maximale proposée : 125 mg par jour	Administrer au soir, sauf la désipramine à administrer le matin pour éviter les troubles du sommeil	- Chutes - Constipation - Dysfonction sexuelle - Étourdissements - Sécheresse buccale - Sédation - Somnolence

1. Selon l'expérience clinique des parties prenantes, les ATC ne devraient être envisagés que dans des cas d'exception dans la population âgée, étant donné les risques associés aux effets indésirables, qui surpassent généralement les bénéfices dans cette population.

ATC : Antidépresseur tricyclique

ClCr : Clairance de la créatinine

ECG : Électrocardiogramme

IRSN : inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline

GABAPENTINOÏDES

Information clinique sur les gabapentinoïdes		
Information clinique	Gabapentine	Prégabaline
Principales contre-indications	s.o.	Grossesse et allaitement
Principales précautions (liste non exhaustive)	• Antécédent de trouble lié à l'utilisation de substances (risque d'abus ou de dépendance) • Grossesse ou allaitement : éviter la prégabaline. Envisager la gabapentine avec prudence en cas de non-réponse aux options mieux documentées. • Insuffisance cardiaque (prégabaline) : peut aggraver la condition • Insuffisance rénale (ClCr inférieure à 60 ml/minute) : ajustement de dose selon les monographies • Prise concomitante d'opioïdes (risque de dépression respiratoire)	
Surveillance thérapeutique	Pendant le traitement : état de conscience, sédation et dépression respiratoire, particulièrement si profil gériatrique ou prise concomitante d'autres médicaments déprimeurs du système nerveux central (p. ex. : opioïdes)	
Arrêt du traitement	Risque d'apparition de symptômes liés à l'interruption soudaine du traitement. Réduire graduellement la dose sur une période d'au moins trois semaines.	

Posologie et effets indésirables des gabapentinoïdes		
Gabapentinoïde	Posologie	Principaux effets indésirables (liste non exhaustive)
Gabapentine	Dose initiale : 100 – 300 mg hs • Envisager une plus faible dose initiale (p. ex. : 100 mg hs) et une titration plus lente chez les personnes âgées Titration : augmenter par paliers de 100 – 300 mg par jour (fractionné TID-QID) à intervalle d'au moins une semaine Dose cible : 900 – 2400 mg par jour (fractionné TID-QID) Dose maximale proposée : 3600 mg par jour	• Étourdissements • Gain pondéral • Œdème périphérique (prégabaline > gabapentine), • Sédation
Prégabaline	Dose initiale : 25 – 75 mg hs ou BID • Envisager une plus faible dose initiale (p. ex. : 25 mg hs) et une titration plus lente chez les personnes à risque accru d'effets indésirables (p. ex. : profil gériatrique) Titration : augmenter par paliers de 25 – 75 mg par jour (fractionné BID) à intervalle d'au moins une semaine Dose cible : 300 – 450 mg par jour (fractionné BID) Dose maximale proposée : 600 mg par jour	

ClCr : Clairance de la créatinine

ANNEXE E

Sondage auprès des futurs utilisateurs

Cinq futurs utilisateurs ont répondu au questionnaire ci-dessous au sujet des tableaux complémentaires ajoutés aux algorithmes sur la lombalgie et le SDRC, accessibles par le lien cliquable intitulé *Approches pharmacologiques*. Leurs réponses seront mises à disposition sur demande.

Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les énoncés suivants.

1. L'information sur les modalités d'usage des médicaments utilisés en douleur chronique est **présentée de façon conviviale** (p. ex. : ordre de présentation de l'information dans les tableaux, niveau de langage).
 - ☐ Totalement en accord
 - ☐ Plutôt en accord
 - ☐ Ni en accord ni en désaccord
 - ☐ Plutôt en désaccord
 - ☐ Totalement en désaccord
2. Merci d'indiquer vos commentaires en lien avec l'énoncé précédent, notamment si vous avez répondu être en désaccord.
3. L'information sur les modalités d'usage des médicaments utilisés en douleur chronique est **claire et facile à comprendre**.
 - ☐ Totalement en accord
 - ☐ Plutôt en accord
 - ☐ Ni en accord ni en désaccord
 - ☐ Plutôt en désaccord
 - ☐ Totalement en désaccord
4. Merci d'indiquer vos commentaires en lien avec l'énoncé précédent, notamment si vous avez répondu être en désaccord.
5. Le contenu des tableaux est **pertinent à ma pratique** (adapté à la réalité et aux besoins du terrain).
 - ☐ Totalement en accord
 - ☐ Plutôt en accord
 - ☐ Ni en accord ni en désaccord
 - ☐ Plutôt en désaccord
 - ☐ Totalement en désaccord

6. Merci d'indiquer vos commentaires en lien avec l'énoncé précédent, notamment si vous avez répondu être en désaccord.
7. Selon vous, manque-t-il de l'information importante pour la pratique ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
8. Si vous avez répondu oui à la dernière question, merci de nous indiquer le (les) élément(s) manquant(s).
9. L'information sur les modalités d'usage des médicaments utilisés en douleur chronique est **facile à trouver** dans les algorithmes (p. ex. : liens cliquables visuellement repérables et adéquatement positionnés dans l'algorithme).
- ☐ Totalement en accord
 - ☐ Plutôt en accord
 - ☐ Ni en accord ni en désaccord
 - ☐ Plutôt en désaccord
 - ☐ Totalement en désaccord
10. Merci d'indiquer vos commentaires en lien avec l'énoncé précédent, notamment si vous avez répondu être en désaccord.
11. **Avez-vous d'autres commentaires** sur la convivialité, la clarté ou l'accessibilité des tableaux complémentaires ?
12. Quelle est votre profession ?
13. Souhaitez-vous être cité dans le rapport final pour votre participation à ce projet ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
14. Si vous avez répondu oui à la dernière question, merci de nous indiquer votre nom, spécialité, acronymes, affiliation et établissement.

Commentaire :

RÉFÉRENCES

- AA Pharma Inc. (2022, Date d'homologation initiale : 26 septembre 2012, Date de révision : 14 décembre 2022). *DESIPRAMINE. Chlorhydrate de désipramine comprimés*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00068949.PDF
- AA Pharma Inc. (2023, Date d'approbation initiale : 19 mars 2014, Date de révision : 21 juillet 2023). *AVENTYL. Capsules de chlorhydrate de nortriptyline* https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00072013.PDF
- Accord Healthcare Inc. (2025, Date d'autorisation initiale : le 10 octobre 2012, Date de révision : le 18 novembre 2025). *ACH-Gabapentin. Capsules de gabapentine*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00082601.PDF
- Apotex Inc. (2022a, Date de l'homologation initiale : 5 janvier 2004, Date de révision : 16 mars 2022). *APO-DEXAMETHASONE. Comprimés de dexaméthasone. Comprimé de 0,5 mg et de 4 mg, voie orale*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00065303.PDF
- Apotex Inc. (2022 b, Date de l'autorisation initiale : 31 décembre 1989. Date de révision : 22 septembre 2022). *APO-DICLO et APO-DICLO SR. Diclofénac sodique en comprimés à libération retardée et à libération lente. Comprimés à libération retardée, 25 mg et 50 mg, et à libération lente, 75 mg et 100 mg, pour prise par voie orale*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00067703.PDF
- Apotex Inc. (2025a, Date d'homologation initiale : 22 juin 1998. Date de révision : 11 février, 2025). *APO-KETOROLAC. Comprimés de trométhamine de kétorolac, Comprimés à 10 mg, voie orale*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00078701.PDF
- Apotex Inc. (2025 b, Date d'approbation initiale : 30 mars 2015, Date de révision : 01 avril 2025). *APO-PREDNISONE. Comprimés de prednisone. Comprimés à 1 mg, à 5 mg et à 50 mg, voie orale*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00080334.PDF
- Apotex Inc. (2025c, Date de révision : 03 juillet 2025). *IBUPROFÈNE EN GEL LIQUIDE. Gélules d'ibuprofène 200 mg et 400 mg*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00081167.PDF
- Chenot, J.-F., Greitemann, B., Kladny, B., Petzke, F., Pfingsten, M. et Schorr, S. G. (2017). Non-specific low back pain. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(51-52), 883.
- Chiodo, A. E., Bhat, S. N., Van Harrison, R., Shumer, G. D., Wasserman, R. A., Park, P., Patel, R. D., Van Harrison, R., Proudlock, A. L. et Rew, K. T. (2020). Low Back Pain [Internet]. *Michigan Medicine University of Michigan. Michigan Medicine Clinical Care Guidelines*2020, 11. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572334/pdf/Bookshelf_NBK572334.pdf
- e-lactancia.org. <https://www.e-lactancia.org/>
- Ferreira, E., Martin, B. et Morin, C. (2013). *Grossesse et allaitement : guide thérapeutique*, 2e éd. MontréalÉditions CHU Ste-Justine2013, 1184.

- Haleon Canada SRI. (2024, Date d'approbation initiale : 21 août 2014, Date de révision : 26 septembre 2024). *VOLTAREN EMULGEL Douleur articulaire Extra fort. Gel de diclofénac diéthylamine à 23,2 mg/g (2,32 % p/p), norme du fabricant.* https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00077434.PDF
- Haleon Canada SRI. (2025a, Date de l'autorisation : 28 août 2025). *ROBAX PLATINE. Caplets de méthocarbamol dosé à 500 mg et d'ibuprofène dosé à 200 mg* https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00081726.PDF
- Haleon Canada SRI. (2025 b, Date d'approbation initiale : 9 avril 2008, Date de révision : 29 janvier 2025). *VOLTAREN EMULGEL Gel de diclofénac diéthylamine à 11,6 mg/g (1,16 % p/p), norme du fabricant.* https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00078634.PDF
- Harden, R. N., McCabe, C. S., Goebel, A., Massey, M., Suvar, T., Grieve, S. et Bruehl, S. (2022). Complex regional pain syndrome: practical diagnostic and treatment guidelines. *Pain medicine*, 23(Supplement_1), S1-S53. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9186375/pdf/pnac046.pdf>
- Hegmann, K. T., Travis, R., Andersson, G. B. J., Belcourt, R. M., Carragee, E. J., Eskay-Auerbach, M., Galper, J., Goertz, M., Haldeman, S., Hooper, P. D., Lessenger, J. E., Mayer, T., Mueller, K. L., Murphy, D. R., Tellin, W. G., Thiese, M. S., Weiss, M. S., Harris, J. S. et Dreger, M. (2021). Invasive Treatments for Low Back Disorders. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 63(4), E215-E241. <https://www.ovid.com/jnls/joem/fulltext/10.1097/jom.0000000000001983~invasive-treatments-for-low-back-disorders>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2024, 2024). *Trouble dépressif caractérisé pendant la grossesse. Rapport en soutien rédigé par Marie-Pierre Rousseau et Annick Moreau.*
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2025a). *Algorithme de prise en charge de la lombalgie avec ou sans douleur radiculaire.*
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2025 b). *Algorithme de prise en charge du syndrome de douleur régionale complexe (SDRC).*
- Institute of Health Economics (IHE). (2017). *Evidence-informed primary care management of low back pain: Clinical practice guideline.* [https://www.ihe.ca/public/uploaded/lbp-guideline%20\(1\).pdf](https://www.ihe.ca/public/uploaded/lbp-guideline%20(1).pdf)
- Kaiser Permanente Washington (KP). (2021). *Non-specific Back Pain Guideline (updated 2021 guideline).* <https://wa-provider.kaiserpermanente.org/provider-manual/patient-care/clinical-guidelines>.
- Korownyk, C. S., Montgomery, L., Young, J., Moore, S., Singer, A. G., MacDougall, P., Darling, S., Ellis, K., Myers, J., Rochford, C., Taillefer, M. C., Allan, G. M., Perry, D., Moe, S. S., Ton, J., Kolber, M. R., Kirkwood, J., Thomas, B., Garrison, S., . . . Lindblad, A. J. (2022). PEER simplified chronic pain guideline: Management of chronic low back, osteoarthritic, and neuropathic pain in primary care. *Canadian Family Physician*, 68(3), 179-190. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9833192/pdf/0680179.pdf>

- Mantra Pharma Inc. (2023, Date d'approbation initiale : 2020, 01, 06, Date de révision : 2023, 07, 07). *M-CELECOXIB. Capsules de célécoxib, 100 mg et 200 mg, pour administration orale.* https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00071652.PDF
- Mantra Pharma Inc. (2025, Date d'approbation initiale : 17 août 2017, Date de révision : 10 octobre 2025). *M-PREGABALIN. Capsules de prégabaline.* https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00082006.PDF
- Marcianò, G., Vocca, C., Evangelista, M., Palleria, C., Muraca, L., Galati, C., Monea, F., Sportiello, L., De Sarro, G. et Capuano, A. (2023). The pharmacological treatment of chronic pain: from guidelines to daily clinical practice. *Pharmaceutics*, 15(4), 1165.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2016, Published: 30 november 2016, Last updated: 11 December 2020). *Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE Guideline [NG59].* <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59/resources/low-back-pain-and-sciatica-in-over-16s-assessment-and-management-pdf-1837521693637>.
- Nissen, S. E., Yeomans, N. D., Solomon, D. H., Lüscher, T. F., Libby, P., Husni, M. E., Graham, D. Y., Borer, J. S., Wisniewski, L. M. et Wolski, K. E. (2016). Cardiovascular safety of celecoxib, naproxen, or ibuprofen for arthritis. *New England Journal of Medicine*, 375, 2519-2529.
- Pfizer Soins de Santé. (2020, Last Updated: Jan 2020). *Robaxacet Extra Fort : Acétaminophène + Méthocarbamol.* https://www.backrelief.ca/content/dam/cf-consumer-healthcare/bp-backrelief/fr_CA/pdf/Robaxacet-ES-DFT_FR.pdf
- Pharmascience Inc. (2025, Date d'autorisation initiale : Le 19 octobre 2021, Date de révision : Le 10 novembre 2025). *pm-sc-VENLAFAXINE XR. Chlorhydrate de venlafaxine capsules à libération prolongée.* https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00082366.PDF
- Pro Doc Ltée. (2025a, Date d'approbation initiale : 09 AOÛT 2012, Date de révision : 24 OCT 2025). *PRO-AMITRIPTYLINE. Comprimés de chlorhydrate d'amitriptyline, Comprimés, 10 mg, 25 mg, 50 mg et 75 mg, voie orale.* https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00082311.PDF
- Pro Doc Ltée. (2025 b, Date de préparation : 5 juin 1996. Date de révision : 30 avril 2025). *PRO-CYCLOBENZAPRINE. Comprimés de chlorhydrate de cyclobenzaprine USP, 10 mg.* https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00081726.PDF
- Pro Doc Ltée. (2025c, Date de préparation : 02 mai 2016. Date de révision : 10 octobre 2025). *PRO-DULOXETINE. Capsules de duloxétine à libération retardée, Duloxétine (sous forme de chlorhydrate de duloxétine), 30 mg et 60 mg.* https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00082082.PDF
- Sandoz Canada Inc. (2022, Date de révision : 2 mai 2022). *SANDOZ DICLOFENAC RAPIDE (diclofénac potassique). Comprimés dragéifiés à 50 mg.* https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00066035.PDF
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2019, First published, 2013. Revised edition published August 2019.). *Management of chronic pain. A national clinical guideline.* https://www.sign.ac.uk/media/2097/sign136_2019.pdf.

- Searchlight Pharma Inc. (2025, Date d'autorisation initiale : 31 décembre 1995, Date de révision : 24 avril 2025). *NAPROSYN®. Naproxène, Comprimés entérosolubles (E) à 375 et 500 mg, par voie orale et Comprimés à libération prolongée (SR) à 750 mg, par voie orale.* https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00080349.PDF
- Soins-santé grand public McNeil, d. d. J. J. I. (2021, Date de rédaction : 2 septembre 2005. Date de révision : 15 juin 2021.). *TYLENOL. Analgésique/Antipyrétique.* https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00062136.PDF
- Stochkendahl, M. J., Kjaer, P., Hartvigsen, J., Kongsted, A., Aaboe, J., Andersen, M., Andersen, M. Ø., Fournier, G., Højgaard, B. et Jensen, M. B. (2018). National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *European Spine Journal*, 27(1), 60-75.
- VA/DoD Clinical Practice Guideline, (VA/DoD). (2022). *The Diagnosis and Treatment of Low Back Pain.* <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Pain/lbp/VADoDLBPCPGFinal508.pdf>
- Van Wambeke, P., Desomer, A., Ailliet, L., Berquin, A., Demoulin, C., Depreitere, B., Dewachter, J., Dolphens, M., Forget, P., Fraselle, V., Hans, G., Hoste, D., Mahieu, G., Michielsen, J., Nielens, H., Orban, T., Parlevliet, T., Simons, E., Tobbacx, Y., Van Schaeybroeck, P., Van Zundert, J., Vanderstraeten, J., Vlaeyen, J. et Jonckheer, P. Low back pain and radicular pain: assessment and management. Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2017. KCE Reports 287. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_287_Low_back_pain_Report.pdf.
- Vigilance Santé. *Orphénadrine citrate. Monographie.*
- World Health Organization (WHO). (2023). *WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings* (publication n° 978-92-4-008178-9; 978-92-4-008179-6). W. H. Organization. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK599212/pdf/Bookshelf_NBK599212.pdf

**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

