

Neurostimulateurs médullaires et pompes intrathécales dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse

Cadre, processus et méthodes d'élaboration du guide d'usage optimal

Juin 2013

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

Document rédigé par

**Alvine Fansi, Alicia Framarin, Jean-Marie Lance
Christine Lobè et Linda Pinsonneault**

Le présent document a été présenté au Comité scientifique permanent de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) lors de sa réunion du 22 mars 2013.

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

Équipe de projet

Auteurs

Alvine K. Fansi, médecin, Ph. D.
Alicia Framarin, médecin, M. Sc.
Jean-Marie Lance, M. Sc.
Christine Lobè, M. Sc.
Linda Pinsonneault, M.D., FRCPC

Recherche documentaire

Denis Santerre, M. Sc.

Soutien documentaire

Micheline Paquin

Édition

Responsable

Diane Guilbault

Coordination

Véronique Baril

Révision linguistique

Josianne Richard

Mise en page

Ginette Petit

Vérification bibliographique

Denis Santerre

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-68273-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2013

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Neurostimulateurs médullaires et pompes intrathécales dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse : cadre, processus et méthodes d'élaboration du guide d'usage optimal. Document rédigé par Alvine Fansi, Alicia Framarin, Jean-Marie-Lance, Christine Lobè et Linda Pinsonneault. Québec, Qc : INESSS; 2013. 7 p.

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

Experts et partenaires

L'INESSS tient à remercier les personnes suivantes qui ont participé au groupe de travail ou qui ont fourni des commentaires :

Groupe de travail

D^r Jacques Chabot, anesthésiologiste, CHU de Québec – Centre hospitalier de l'Université Laval, Québec

D^r Christian Cloutier, neurochirurgien, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke

M. Philippe De Grandpré, pharmacien communautaire, Berthierville

D^{re} Marie-Pierre Fournier-Gosselin, neurochirurgienne, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Montréal

D^r François Fugère, anesthésiologiste, Hôpital Maisonneuve-Rosemont et Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Montréal

D^{re} Line Jacques, neurochirurgienne, Centre universitaire de santé McGill – Institut et hôpital neurologiques de Montréal, Montréal

M^{me} Sylvie Nicolas, infirmière, Centre de santé et de services sociaux de La Côte-de-Gaspé – Hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé, Gaspé

M^{me} Lynda Nollet, infirmière retraitée, représentante du CHU de Québec – Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec, Québec

D^{re} Marie-Josée Rivard, psychologue, Centre universitaire de santé McGill, Unité de gestion de la douleur Alan-Edwards, Hôpital général de Montréal, Montréal

D^{re} Marie-Christine Taillefer, psychologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Montréal

Autres contributions

Outre les membres du groupe de travail, l'Institut tient aussi à remercier

D^r Michel Prud'homme, neurochirurgien, CHU de Québec – Hôpital Enfant-Jésus de Québec, président de la Société canadienne de neuromodulation, qui a lu et commenté le document.

Déclaration d'intérêts

D^r Christian Cloutier, financement ou allocation de voyage par Medtronic pour un atelier et une présentation sur les neurostimulateurs en 2010.

D^{re} Marie-Pierre Fournier-Gosselin, financement ou versement d'honoraires par Purdue pharma pour une conférence sur la neuromodulation en 2012.

D^r François Fugère, financement ou allocation de voyage par St. Jude Medical, Inc. pour une activité de formation (un atelier) en 2010.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document.

TABLE DES MATIÈRES

NOTE AU LECTEUR.....	i
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	ii
GLOSSAIRE	iii
INTRODUCTION	1
1 CADRE DE TRAVAIL.....	2
1.1 Objectifs du guide.....	2
1.2 Population concernée et non concernée	2
1.3 Professionnels et intervenants concernés	2
2 PROCESSUS ET STRUCTURE D'ÉLABORATION	3
2.1 Participants au groupe de travail	3
2.2 Processus	3
2.2.1 Besoins et questions à traiter	3
2.2.2 Rapports scientifiques.....	3
2.2.3 Déroulement des rencontres et élaboration des recommandations	4
2.2.4 Processus décisionnel à l'INESSS.....	4
3 QUESTIONS ABORDÉES	5
3.1 Questions abordées.....	5
3.2 Recherche documentaire	5
4 MISE EN ŒUVRE.....	6
4.1 Documents connexes	6
4.2 Diffusion et implantation.....	6
4.3 Mise à jour.....	6
RÉFÉRENCES	7

COMITÉ SCIENTIFIQUE PERMANENT EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

Membres

M^{me} Isabelle Ganache

- Éthicienne, Commissaire à la santé et au bien-être
- Présidente, Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal

D^{re} Nathalie Champoux

- Médecin de famille à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal
- Professeure agrégée de clinique et chercheure, Département de médecine familiale de l'Université de Montréal

M. Pierre Dostie

- Directeur des clientèles en Dépendances (CSSS et Centre de réadaptation en dépendances), Santé mentale, Enfance, jeunesse et famille, et Santé publique au CSSS de Jonquière
- Chargé de cours en travail social à l'Université du Québec à Chicoutimi

M. Hubert Doucet

- Consultant en bioéthique et président du comité de bioéthique du CHU Sainte-Justine
- Professeur associé à la Faculté de théologie et de sciences des religions de l'Université de Montréal

M. Serge Dumont

- Directeur scientifique du CSSS de la Vieille-Capitale et directeur du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé
- Professeur titulaire à l'École de service social de l'Université Laval et chercheur au Centre de recherche en cancérologie de l'Hôtel-Dieu de Québec

M. Jude Goulet

- Pharmacien, chef du Département de pharmacie de l'hôpital Maisonnette-Rosemont

M. Roger Jacob

- Ingénieur et directeur de Grandir en santé au CHU Sainte-Justine

D^r Michel Labrecque

- Médecin et professeur titulaire, Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université Laval
- Chercheur clinicien, Unité de médecine familiale, Centre de recherche et Chaire de recherche du Canada sur l'implantation de la prise de décision partagée en soins primaires, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)

M. Éric A. Latimer

- Économiste et professeur agrégé au Département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université McGill
- Chercheur à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et membre associé du Département d'épidémiologie et biostatistique de l'Université McGill

M^{me} Claudine Laurier

- Professeure titulaire, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

M^{me} Louise Lavergne

- Directrice générale, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

M^{me} Esther Leclerc

- Directrice générale adjointe aux Affaires cliniques, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^r Raghu Rajan

- Oncologue médical au Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et professeur associé, Université McGill
- Membre du Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) et du Programme de gestion thérapeutique des médicaments (PGTM)

D^r Daniel Reinharz

- Médecin et professeur titulaire, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine de l'Université Laval

Membres citoyens

M. Marc Bélanger

- Psychoéducateur à la retraite

M^{me} Jeannine Tellier-Cormier

- Professeure en soins infirmiers à la retraite, Cégep de Trois-Rivières

Membres experts invités

M. Aimé Robert LeBlanc

- Ingénieur, professeur émérite, Institut de génie biomédical, Département de physiologie, Faculté de médecine, Université de Montréal
- Directeur adjoint à la recherche et au développement, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

D^r Réginald Nadeau

- Cardiologue et chercheur, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Professeur émérite, Faculté de médecine, Université de Montréal

D^r Maurice St-Laurent

- Gériatre et professeur agrégé de clinique, Faculté de médecine, Université Laval

M. Jean Toupin

- Professeur titulaire, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke
- Chercheur, Institut en santé mentale de Montréal

Membre observateur MSSS

D^{re} Sylvie Bernier

- Directrice de la Direction de la qualité au Ministère de la Santé et des Services sociaux

NOTE AU LECTEUR

Ce document présente le résumé des méthodes de revue de la littérature scientifique ainsi que le cadre, le processus et les méthodes qui ont servi à l'élaboration du Guide d'usage optimal. Une description détaillée des méthodes est présentée dans les rapports d'évaluation disponibles sur le site Web de l'INESSS à l'adresse suivante : <http://www.inesss.qc.ca/>.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality (États-Unis)
CEGDC	Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (Québec)
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DCNC	Douleur chronique non cancéreuse
ÉTS	Évaluation des technologies
GIN	<i>Guidelines International Network</i>
GRADE	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>
HTA	<i>Health Technology Assessment</i>
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec)
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence (Royaume-Uni)
NSM	Neurostimulateur médullaire
PIT	Pompe intrathécale
RUIS	Réseau universitaire intégré en santé

GLOSSAIRE

Multidisciplinaire

Le terme « multidisciplinaire » signifie que cela intéresse simultanément plusieurs disciplines et peut englober ou regrouper divers professionnels de la santé ou des services sociaux qui appartiennent à un même organisme et qui collaborent entre eux pour répondre aux besoins d'une clientèle préalablement définie [Prévost et Bougie, 2008; Euller-Ziegler et Ziegler, 2001].

Neurostimulation médullaire

Traitement de la douleur chronique qui consiste à modifier la perception de la douleur neuropathique en stimulant le cordon postérieur de la moelle épinière [NICE, 2008].

Revue narrative

Synthèse d'études originales qui n'ont pas été répertoriées ou analysées de façon systématique, c'est-à-dire standardisée et objective¹.

Revue systématique

Forme de recension structurée des publications portant sur une question formulée de façon à ce qu'on puisse y répondre en analysant les articles qui s'y rapportent. Ce type de revue inclut des méthodes objectives de recherche documentaire, la mise en application de critères prédéterminés d'inclusion ou d'exclusion des articles, l'évaluation critique des publications pertinentes ainsi que l'extraction et la synthèse des données probantes qui permettent de formuler des conclusions².

¹ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Glossaire en ETS [site Web]. Disponible à : <http://htaglossary.net/Liste+de+tous+les+termes>.

² *Ibid.*

INTRODUCTION

La douleur chronique constitue un problème important et fréquent dans le monde. Elle touche 18,9 % de la population de 18 ans et plus au Canada et 15,7 % au Québec [Schopflocher *et al.*, 2011]. Elle peut être d'origine cancéreuse ou non cancéreuse. Parmi les types de douleur chronique non cancéreuse (DCNC), les douleurs neuropathiques sont connues comme étant les plus réfractaires au traitement médical conventionnel. Elles affectent environ de 1,5 % à 8 % de la population générale [Taylor, 2006; Torrance *et al.*, 2006; Bennett, 1998].

Outre la correction de la cause sous-jacente dans la mesure du possible, les modalités thérapeutiques de la DCNC englobent différents traitements tels que les médicaments, la physiothérapie, l'ergothérapie, la massothérapie, l'acupuncture et la thérapie cognitivo-comportementale. En cas de douleur réfractaire à ces traitements, le recours à la neuromodulation [neurostimulateurs médullaires (NSM) et pompes intrathécales (PIT)] peut être envisagé.

Ces dispositifs de neuromodulation sont coûteux et exigent l'expertise de plusieurs professionnels pour leur implantation et pour le suivi des personnes implantées. De plus, les besoins ne sont pas tous satisfaits et même s'accroissent. Par ailleurs, une variation des pratiques cliniques a été observée entre les centres hospitaliers.

Dans un tel contexte, la Direction générale des services de santé et médecine universitaire du MSSS a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat de produire un guide d'usage optimal dans le but d'orienter les pratiques et l'organisation des services pour l'utilisation des NSM et des PIT dans le traitement de la DCNC.

La démarche d'élaboration de ce guide s'est inspirée, tout en s'ajustant ou en s'adaptant, des meilleures façons de procéder décrites dans la littérature scientifique et répertoriées dans les expériences internationales en matière d'élaboration de guides. Elle se base sur la revue des données probantes et sur les savoirs expérientiels du groupe de travail constitué d'experts en neuromodulation.

Les recommandations formulées dans ce guide s'adressent à tous les professionnels de la santé et des services concernés, soit les spécialistes en douleur chronique qui interviennent à une étape ou à une autre du traitement des personnes qui souffrent de douleur chronique réfractaire au traitement conservateur, notamment les médecins spécialistes, les psychologues, les professionnels en soins infirmiers et les médecins omnipraticiens. Elles visent aussi les gestionnaires du réseau de la santé qui ont un rôle dans l'organisation des soins et des services pour ces patients.

Le présent document d'accompagnement du guide d'usage optimal met en valeur le cadre, les modalités de travail et les méthodes utilisées pour l'élaboration de ce guide afin d'assurer la bonne qualité du processus.

1 CADRE DE TRAVAIL

1.1 Objectifs du guide

Ce guide aborde l'utilisation des neurostimulateurs médullaires et des pompes intrathécales dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse. Son objectif est d'orienter et de soutenir les professionnels et les intervenants de la santé, et de contribuer à l'optimisation de l'organisation des soins et des services en vue d'utiliser de façon optimale la neuromodulation dans le traitement de la DCNC. Il présente spécifiquement des recommandations sur :

- la place de ces technologies dans le processus de traitement de la douleur chronique non cancéreuse;
- les indications cliniques pour l'utilisation de ces dispositifs;
- les critères de sélection des patients;
- les modalités d'organisation des soins et des services liés à l'utilisation de ces dispositifs.

1.2 Population concernée et non concernée

La population concernée est principalement celle des patients souffrant de DCNC réfractaire au traitement conservateur. Il s'agit des patients aux prises avec une DCNC qui auront essayé tous les traitements disponibles pertinents (médicaments, chirurgie, physiothérapie, ergothérapie, massothérapie, acupuncture, thérapie cognitivo-comportementale, etc.) sans obtenir un soulagement suffisant de la douleur.

Les patients qui souffrent de douleur chronique réfractaire au traitement conservateur, et les patients qui souffrent de douleur aiguë et d'autres types de douleur chronique (anémie falciforme, hémophilie ou syndrome du côlon irritable) ne sont pas concernés.

1.3 Professionnels et intervenants concernés

Le guide vise les professionnels de la santé qui œuvrent dans le domaine de la douleur, en particulier de la neuromodulation, soit plus précisément :

- les professionnels intégrés dans les équipes de 3^e ligne qui offrent des soins surspécialisés en neuromodulation (médecins spécialistes, psychologues ou professionnels en soins infirmiers);
- les professionnels de 1^{re} et de 2^e lignes (omnipraticiens ou spécialistes en douleur), qui travaillent notamment à la répartition des interventions entre les différentes structures de soins;
- les différents intervenants (gestionnaires, décideurs ou cliniciens) qui sont liés de près ou de loin aux traitements des personnes atteintes de douleur chronique.

2 PROCESSUS ET STRUCTURE D'ÉLABORATION

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un guide de pratique clinique, le guide d'usage optimal a été élaboré dans le but de répondre le mieux possible aux critères de qualité reconnus des guides de pratique clinique. Ces critères concernent aussi bien la réalisation des revues systématiques de la littérature que l'élaboration du guide en soi.

2.1 Participants au groupe de travail

L'élaboration du guide a exigé la participation d'un groupe de travail composé de professionnels issus de plusieurs disciplines, soit de la neurochirurgie, de l'anesthésiologie, de la psychologie, de la pharmacie et des soins infirmiers. Une représentation régionale ou basée sur la répartition des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) a été assurée.

2.2 Processus

Le processus d'élaboration du guide est fondé à la fois sur les données probantes et sur un consensus d'experts. Il comprend donc deux grandes étapes :

- la préparation de deux rapports d'évaluation de technologies (ÉTS) sur l'utilisation des NSM et des PIT dans le traitement de la DCNC sur les plans de l'efficacité, de la sécurité, des indications cliniques, de l'organisation des soins et des coûts³;
- l'établissement de consensus issus des discussions basées à la fois sur le contenu et les conclusions des deux rapports d'ÉTS et des savoirs expérimentiels des experts constituant le groupe de travail pour la préparation du guide d'utilisation.

2.2.1 Besoins et questions à traiter

Les questions à traiter ont été formulées de manière explicite dans le mandat qui a été confié à l'INESSS par le MSSS. Elles proviennent des professionnels qui œuvrent dans les centres d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) et des gestionnaires qui participent au traitement de la douleur chronique, et elles ont été précisées lors de deux rencontres avec le groupe provincial de travail sur la neuromodulation mis en place par le MSSS. Ces rencontres ont eu lieu pendant la préparation des rapports d'évaluation sur les technologies concernées.

2.2.2 Rapports scientifiques

Les rapports d'évaluation sont des revues systématiques de la littérature scientifique sur les différentes dimensions (efficacité, innocuité et aspects organisationnels) associées à l'utilisation de ces dispositifs pour le traitement de la DCNC. Une revue narrative des indications cliniques,

³ Ces documents sont disponibles sur le site Web de l'INESSS à l'adresse suivante : <http://www.inesss.qc.ca/>.

Utilisation des neurostimulateurs médullaires dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse : efficacité, innocuité, indications cliniques, modalités organisationnelles et coûts;

Utilisation des pompes intrathécales dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse : efficacité, innocuité, indications cliniques, modalités organisationnelles et coûts.

basée sur les guides de pratique clinique canadiens et étrangers, et une analyse des coûts liés à l'utilisation de ces dispositifs dans le contexte québécois y sont aussi présentées.

La gradation de la preuve a été effectuée selon une hiérarchisation des niveaux de preuve basée sur les plans d'étude, adaptée de l'échelle proposée par un groupe de travail de l'American College of Chest Physicians [Guyatt *et al.*, 2006] et inspirée des critères de qualité de l'approche GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), qui peuvent abaisser ou augmenter le niveau de la qualité d'une étude [Balshem *et al.*, 2011]. Ainsi, la qualité de preuve pouvait être :

- Élevée : si elle était appuyée sur les résultats d'essais cliniques randomisés (ECR) sans limites méthodologiques importantes ou études observationnelles avec preuve forte.
- Modérée : si elle était basée sur des ECR avec des limites importantes (risque de biais, inconsistance des résultats, impression des résultats, manque de vraisemblance dans les résultats ou preuve indirecte ou imprécise) ou études observationnelles avec preuve très forte (relation dose-réponse, contrôle des facteurs de confusion et ampleur de l'effet).
- Faible : si elle était basée sur des études observationnelles ou des séries de cas.
- Très faible : si elle était basée comme précédemment sur des études observationnelles ou des séries de cas présentant des limites méthodologiques⁴.

2.2.3 Déroulement des rencontres et élaboration des recommandations

Les données probantes ainsi que les pistes de recommandations relatives aux questions traitées ont été présentées aux membres du groupe de travail pour discussion.

Deux rencontres avec les membres du groupe de travail ont eu lieu en janvier et février 2013. Ces rencontres, d'une durée de trois heures chacune, se sont déroulées en visioconférence (ou par téléphone). Au cours de ces rencontres, les quatre questions sur lesquelles portent les recommandations du guide ont fait l'objet de discussions sur la base des données probantes, des recommandations des guides de pratique répertoriés dans la littérature ainsi que des connaissances et de l'expérience des participants. Seuls les éléments faisant l'objet d'un consensus clair au sein du groupe de travail ont été retenus pour la suite des travaux.

L'ensemble de ces éléments a ensuite été traité et intégré par l'équipe de travail en vue de la rédaction de la version préliminaire du guide.

La version préliminaire du guide a été soumise à tous les membres du groupe de travail afin qu'ils puissent formuler des commentaires.

2.2.4 Processus décisionnel à l'INESSS

La version préliminaire du guide ainsi que les commentaires des experts ont été soumis aux membres du Comité scientifique permanent en santé et en services sociaux de l'INESSS à des fins d'orientation et d'approbation. La version finale a été remise au ministre de la Santé et des Services sociaux et publiée après un moratoire de 60 jours.

⁴ Nous avons ajouté l'opinion d'experts à cette catégorie de niveau de preuve.

3 QUESTIONS ABORDÉES

3.1 Questions abordées

Comme il a été mentionné précédemment, les questions abordées dans le guide sont les suivantes :

- Quelle est la place de la neuromodulation dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse?
- Quelles sont les indications cliniques les plus reconnues ou communes parmi les causes de douleur chronique non cancéreuse?
- Quels sont les critères de sélection que les patients doivent remplir pour être admissibles à l'implantation de ces dispositifs de neuromodulation?
- Quelles sont les modalités organisationnelles adéquates et optimales entourant l'utilisation de ces dispositifs, y compris le suivi adéquat des patients?

Les données probantes relatives à ces questions ont été extraites des deux rapports d'évaluation de ces dispositifs préparés selon la méthodologie expliquée précédemment (section 2.2.2).

3.2 Recherche documentaire

La méthodologie de recherche documentaire est présentée de façon détaillée dans les rapports d'ÉTS. Brièvement, elle consiste en un recensement de tous les rapports d'évaluation des technologies sur les dispositifs concernés de façon à choisir, pour chacun des dispositifs, celui qui était à la fois le plus récent et de bonne qualité, et à le considérer comme rapport de référence. La mise à jour de ces deux rapports de référence s'est appuyée sur une revue systématique de la littérature scientifique pertinente. La stratégie de recherche documentaire, calquée sur celle des rapports de référence, a été appliquée aux bases de données Medline (par l'interface PubMed), Cochrane Library, CINAHL et HTA (gérée par le Centre for Reviews and Dissemination).

L'exploration de la littérature grise s'est concentrée sur l'information disponible sur les sites Web du GIN (*Guidelines International Network*) et du *National Guideline Clearinghouse* de l'AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality).

Seuls les articles publiés en anglais et en français ont été retenus.

4 MISE EN ŒUVRE

4.1 Documents connexes

- Deux rapports d'évaluation :
 - Utilisation des neurostimulateurs médullaires dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse : efficacité, innocuité, indications cliniques, modalités organisationnelles et coûts;
 - Utilisation des pompes intrathécales dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse : efficacité, innocuité, indications cliniques, modalités organisationnelles et coûts.
- Neurostimulateurs médullaires et pompes intrathécales dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse : guide d'usage optimal.

4.2 Diffusion et implantation

Le plan de diffusion et d'implantation du guide est établi selon les normes de la direction des communications de l'INESSS.

4.3 Mise à jour

La révision du guide sera planifiée selon les modalités et les échéanciers que l'INESSS établira à cet égard.

RÉFÉRENCES

- Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol* 2011;64(4):401-6.
- Bennett GJ. Neuropathic pain: New insights, new interventions. *Hosp Pract (Minneap)* 1998;33(10):95-8, 101-4, 7-10 passim.
- Euller-Ziegler L et Ziegler G. Qu'est-ce qu'une approche multidisciplinaire ? Définition, cadre de soins, problématique. *Rev Rhum* 2001;68(2):126-30.
- Guyatt G, Gutterman D, Baumann MH, Addrizzo-Harris D, Hylek EM, Phillips B, et al. Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: Report from an American College of Chest Physicians task force. *Chest* 2006;129(1):174-81.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Spinal cord stimulation for chronic pain of neuropathic or ischaemic origin. NICE technology appraisal guidance 159. Londres, Angleterre : NICE; 2008. Disponible à : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/TA159Guidance.pdf>.
- Prévost A-P et Bougie C. Équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire : qui fait quoi ? *Le Médecin du Québec* 2008;43(11):43-8.
- Schopflocher D, Taenzer P, Jovey R. The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain Res Manag* 2011;16(6):445-50.
- Taylor RS. Epidemiology of refractory neuropathic pain. *Pain Pract* 2006;6(1):22-6.
- Torrance N, Smith BH, Bennett MI, Lee AJ. The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin. Results from a general population survey. *J Pain* 2006;7(4):281-9.