



# Caractéristiques et impact des programmes d'autogestion chez les personnes atteintes de douleur chronique

Revue systématique et méta-analyse

Date: 07/03/22

## Préparé par

Pascale Marier-Deschênes, PhD  
Anne-Marie Pinard, MD, MA  
Michèle Dugas, MSc  
Myanca Rodrigues, MSc  
Théo Stefan, MSc

Valérie Carnovale, PhD  
Johanie Lépine, PhD  
Nataly Suarez, MD, PhD  
Laura Jalbert, MSc  
Andrée-Anne Poirier, PhD

Benoit Mailhot, PhD  
David M Gotti, Erg, MSc  
Marie-Eve Lamontagne, PhD  
Annie LeBlanc, PhD

## Pour et en étroite collaboration avec

Le Réseau québécois de recherche sur la douleur (RQRD)

## Contact

Annie LeBlanc, PhD, professeure titulaire  
Faculté de médecine, Université Laval  
[annie.leblanc@fmed.ulaval.ca](mailto:annie.leblanc@fmed.ulaval.ca)

## Citation suggérée:

Marier-Deschênes P, Pinard AM, Dugas M, Rodrigues M, Stefan T, Carnovale V, Lépine J, Suarez N, Jalbert L, Poirier AA, Mailhot B, Gotti D, Lamontagne ME, LeBlanc A. (2022). Caractéristiques et effets des programmes d'autogestion chez les personnes atteintes de douleur chronique –Revue systématique et méta-analyse. SPOR Evidence Alliance.

## Remerciement

Nous tenons à remercier les membres de notre panel d'utilisateurs des connaissances pour leur soutien et leur collaboration tout au long de cet examen, ainsi que Christian Longtin, PT, MSc, qui a été consulté après le processus de sélection pour identifier toute étude importante manquante.

## Financements

Cette revue a été financée par le Réseau québécois de recherche sur la douleur (RQRD) et le SPOR Evidence Alliance. Le RQRD est soutenu par les Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS). Le SPOR Evidence Alliance est soutenu par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) dans le cadre de l'Initiative de la Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP) du Canada.

**Pour toutes questions sur ce rapport, veuillez contactez :**

Michèle Dugas, MSc

Coordinatrice de recherche

Email: [michele.dugas.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:michele.dugas.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca)

## Table des matières

Remerciement .....	i
Financements .....	i
Abréviations .....	iii
Résumé .....	iv
Contexte .....	1
Objectif .....	1
Engagement des utilisateurs des connaissances.....	1
Méthodes.....	1
Stratégie de recherche .....	1
Critères d'éligibilité .....	2
Sélection et extraction des études.....	2
Évaluation du risque des biais.....	3
Synthèse et analyse .....	3
Méta-analyses .....	3
Analyse de sensibilité .....	4
Résultats.....	4
Recherche de littérature .....	4
Caractéristiques des études incluses .....	4
Description des essais contrôlés randomisés .....	5
Évaluation du risque de biais.....	6
Caractéristiques des programmes d'autogestion .....	7
Population ciblée .....	7
Composantes et stratégies des programmes d'autogestion .....	7
Modalités de délivrance des programmes d'autogestion .....	8
Impact des programmes d'autogestion .....	9
Intensité de la douleur .....	9
Interférence liée à la douleur.....	12
Incapacité .....	13
Sommeil.....	14
Qualité de vie.....	15
Dépression .....	15
Anxiété.....	17
Stress .....	18
Catastrophisation face à la douleur.....	18
Auto-efficacité.....	19
Impression de changement par les participants .....	21
Satisfaction envers le traitement .....	21
Biais de publication.....	21
Discussion .....	23
Résumé des résultats.....	23
Caractéristiques des programmes.....	23
Effets des programmes .....	24
Implications pour le contexte clinique.....	24
Implication pour la recherche future .....	25
Limites .....	26
Conclusion.....	26
Références .....	26
Annexe 1. Stratégies de recherche .....	33
Annexe 2. Tableau des études incluses.....	41
Annexe 3. Composantes et stratégies des 104 programmes d'autogestion .....	46
Annexe 4. Graphiques en forêt.....	47
Annexe 5. Analyses de sensibilité.....	60
Annexe 6. Analyse du biais de publication.....	62

## Abréviations

ASES	Arthritis Self-Efficacy Scale (Échelle d'auto-efficacité pour l'arthrite)
BPI	Brief Pain Inventory (Bref inventaire de la douleur)
DASS	Depression Anxiety Stress Scale (Échelle stress, dépression, anxiété)
DMS	Différence moyenne standardisée
ECR	Essai contrôlé randomisé
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder (Échelle troubles anxieux)
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale (Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier)
IC	Intervalle de confiance
IMMPACT	Initiative sur les Méthodes, Mesures et évaluation de la douleur dans les essais cliniques
MPI	Multidimensional Pain Inventory (Inventaire multidimensionnel de la douleur)
NRS	Numeric rating scale (Échelle de notation numérique)
PCS	Pain Catastrophizing Scale (Échelle de catastrophisation de la douleur)
PHQ-9	Patient Health Questionnaire (Questionnaire sur la santé du patient)
PROMs	Patient-reported outcomes measures (Issues de santé rapportées par les patients)
PSEQ	Pain Self-Efficacy Questionnaire (Questionnaire d'auto-efficacité face à la douleur)
RMDQ	Roland Morris Disability Questionnaire (Questionnaire sur l'incapacité de Roland Morris)
SF-36	36-Item Short Form Survey (Sondage abrégé à 36 items)
VAS	Visual analogue scale (Échelle analogique visuelle)

## Résumé

**Contexte** : La douleur chronique affecte 18 à 35 % de la population mondiale. La littérature démontre que les programmes d'autogestion de la douleur chronique peuvent avoir des effets positifs sur les patients et permettent d'offrir une alternative aux options pharmacologiques. Avec l'objectif principal d'aider les patients à mieux faire face à la douleur chronique, il est primordial que ces derniers ainsi que les professionnels de la santé et des services sociaux qui les accompagnent aient accès aux programmes d'autogestion les plus efficaces basés sur les données probantes.

**Objectifs** : Cette étude avait pour objectif d'évaluer les caractéristiques et l'impact des programmes d'autogestion chez les personnes atteintes de douleur chronique âgées de 14 ans et plus.

**Méthodes** : Nous avons effectué une revue systématique dans les bases bibliographiques MEDLINE, CINAHL et PsycINFO et dans deux sources de littérature grise. Les critères d'éligibilité (PICO) visaient : les adultes et adolescents (14 ans et plus) atteints de douleurs chroniques non cancéreuse (participants), les programmes d'autogestion de la douleur (Intervention), tout type de comparateur (comparateur), et les mesures de résultats suggérées par le modèle IMMPACT (résultats). L'identification des études et l'extraction des données a été effectuée de façon indépendante par des paires de réviseurs. Une synthèse des caractéristiques des programmes a été effectuée en catégorisant les résultats selon les variables extraites. Les caractéristiques des programmes sont présentées sous forme de statistiques descriptives simples, telles que des fréquences et pourcentages. Des méta-analyses ont été effectuées pour évaluer l'impact des programmes d'autogestion chez les personnes atteintes de douleur chronique.

**Résultats** : Nous avons identifiés 158 articles décrivant 104 programmes d'autogestion pour la douleur chronique. Parmi ces articles, 57 étaient des essais contrôlés randomisés et ont été inclus dans la méta-analyse. La majorité des programmes incluait de l'éducation à la douleur, de l'éducation et des approches psychologiques, de l'activité physique et des approches de type corp-esprit. Comparativement aux soins usuels, les programmes d'autogestion ont significativement amélioré à court terme l'interférence liée à la douleur, la qualité de vie liée à la santé physique, l'anxiété, le stress et la catastrophisation face à la douleur chez les participants. Bien que faible, cet effet s'est maintenu à moyen terme pour l'interférence liée à la douleur, la dépression, l'anxiété, la catastrophisation face à la douleur et l'auto-efficacité.

**Conclusion** : Les programmes d'autogestion de la douleur chronique ont eu des effets significatifs sur plusieurs mesures de résultats recommandées dans les lignes directrices IMMPACT à court et à moyen terme. Cela pourrait aider les professionnels à mieux soutenir leurs patients dans leur parcours avec la douleur chronique.

## Contexte

La douleur chronique est un état qui affecte les populations du monde entier, avec des taux de prévalence rapportés parmi les enfants, adolescents et adultes variant entre 18 et 35% [1-9]. Cette condition représente un fardeau économique estimé à plus de 38 milliards en 2019 au Canada [1] et à près de 635 milliards au États-Unis annuellement [10]. L'accès aux soins pour les personnes atteintes de douleur chronique est fastidieux, notamment à cause des longs délais associés aux demandes d'accès aux centres de soins multidisciplinaires mais aussi aux disparités quant à la disponibilité de ces derniers dans différentes régions géographiques [11-13].

Dans l'objectif de répondre à ces difficultés, le développement de programmes d'autogestion de la douleur en virtuel ou télé-soins prend de l'ampleur depuis les deux dernières décennies [14-20]. Les nouvelles interventions et applications web ont emboité le pas aux technologies telles que les CD-ROM et autres programmes informatiques en apportant davantage de fonctionnalités, notamment de l'interactivité, de la personnalisation ou encore de la communication instantanée [20-25]. Il existe à l'heure actuelle, une diversité d'options allant du programme traditionnel en personne au programme en ligne entièrement autodirigé [20]. Un meilleur accès aux programmes d'autogestion de la douleur chronique les plus efficaces et basés sur les données probantes est nécessaire dans le but de d'aider les patients à mieux faire face à leur condition.

## Objectif

L'objectif de cette revue systématique était d'évaluer les caractéristiques et les effets des programmes d'autogestion chez les personnes âgées de 14 ans et plus et atteintes de douleur chronique.

## Engagement des utilisateurs des connaissances

Nous avons collaboré avec un groupe d'utilisateurs des connaissances du Réseau québécois de recherche sur la douleur qui ont participé activement à toutes les étapes de cette revue, de l'élaboration des questions de recherche et de la stratégie de recherche à l'interprétation, la rédaction et la diffusion des résultats.

## Méthodes

Cette revue systématique a été réalisée en accord avec les méthodes de l'institut Joanna Briggs [26], du groupe Cochrane ainsi qu'en conformité avec lignes directrices PRISMA [27]. Le protocole de la revue a été enregistré sur PROSPERO (CRD42019122353).

## Stratégie de recherche

Une bibliothécaire expérimentée a conçu et mené une recherche documentaire complète des bases de données bibliographiques électroniques MEDLINE, CINAHL et PsycINFO (Annexe 1). Une autre bibliothécaire a révisé la stratégie de recherche MEDLINE avec la grille PRESS [28]. Les références bibliographiques des revues systématiques et des articles inclus ont été révisés pour identifier des

publications additionnelles via Google Scholar. Deux sources de littérature grise ont été explorées. À l'aide de stratégies de recherche distinctes, les 100 premiers résultats obtenus dans ProQuest Dissertations & Theses Global et ClinicalTrials.gov ont été parcourus. La dernière mise à jour des recherches a été faite en janvier 2021.

## Critères d'éligibilité

Un cadre de recherche suivant le modèle PICO a été utilisé pour établir les critères d'éligibilité [29, 30].

**Tableau 1. Critères d'inclusion (PICO)**

<b>Participants</b>	Individus âgés de 14 ans et plus, vivant avec de la <b>douleur chronique non cancéreuse</b> Durée de la douleur > 3 mois [31]
<b>Intervention</b>	<b>Programme d'autogestion</b> structuré, enseigné ou autodidacte comprenant au moins deux des cinq éléments suivants : éducation à la douleur, autorégulation psychologique, activité physique, approche corps-esprit et gestion du mode de vie [32]. Le programme devait également inclure une participation active dans le processus d'apprentissage d'autogestion de la douleur chronique [32].
<b>Comparateur</b>	Tout type de comparateur était inclus
<b>Résultats</b>	Intensité de la douleur, interférence de la douleur, incapacité liée à la douleur, sommeil, qualité de vie (physique et mentale), dépression, anxiété, impression de changement, satisfaction du traitement, catastrophisation face à la douleur, stress et sentiment d'auto-efficacité (ces résultats ont été sélectionnés selon les recommandations IMMPACT [18] et celles de nos utilisateurs de connaissances)
<b>Devis d'étude</b>	<b>Évaluation des caractéristiques des programmes</b> : Tout type de devis d'étude. Exclusion des résumés de conférence, commentaires, lettres aux éditeurs et revues de la littérature. Les protocoles étaient inclus lorsque l'étude associée était publiée. <b>Évaluation de l'impact</b> : Essais contrôlés randomisés (ECR). Exclusion des essais randomisés comparant différents formats du même programme d'autogestion.

## Sélection et extraction des études

La révision des titres et des résumés et du texte intégrale des études a été réalisée en double par des groupes de deux réviseurs indépendants et les divergences résolues par discussion. Des exercices pilotes sur les formulaires de sélection et d'extraction ont été réalisés par tous les réviseurs impliqués dans chaque phase. Les articles décrivant le même programme d'autogestion ont été regroupés dans l'objectif d'extraire leurs caractéristiques qu'une seule fois.

L'extraction des caractéristiques des programmes a été effectuée en double par des paires de deux réviseurs de manière indépendante. Les données extraites comprenaient des données descriptives de l'étude (auteur principal, année de publication, pays, devis), des participants (groupe d'âge, type de douleur chronique) et du programme d'autogestion (mode de délivrance, stratégies d'autogestion, composantes des programmes, type de fournisseurs, contexte, durée, intensité, type d'adaptation ou évaluation).

L'extraction des données d'impact issues des essais contrôlés randomisés a aussi été performée en double par des paires de deux réviseurs de manière indépendante. Les données extraites incluaient : le

nom de l'échelle, les sous-échelles associées, l'intervalle des scores de l'échelle, la signification d'un score élevé (effet positif ou négatif), le domaine associé aux recommandations IMMPACT [33], la taille totale de l'échantillon, le nombre de groupes dans l'étude, l'intervention utilisée dans le groupe de comparaison, ainsi que les données de résultats rapportées par les patients (scores moyens, écarts types, tailles d'échantillon, différence moyenne entre les groupes et intervalles de confiance [IC] à 95 %). Les données ont été extraites avant le début du programme (à l'entrée), à court terme (0 à 3 mois), à moyen terme (4 à 6 mois) et à long terme (7 mois et plus). Lorsque plus d'un résultat était rapporté dans le même intervalle, le résultat le plus éloigné dans l'intervalle était celui extrait.

## Évaluation du risque des biais

Des paires de réviseurs ont effectué, de manière indépendante, l'évaluation du risque de biais des essais contrôlés randomisés à l'aide de l'outil d'évaluation du risque de biais Cochrane [34]. Deux critères complémentaires au biais de sélection ont été ajoutés afin d'évaluer l'équivalence des groupes avant l'intervention (caractéristiques sociodémographiques et autres mesures). Les réviseurs ont attribué un score de risque de biais faible, élevé ou incertain et devaient documenter la justification de leur choix pour chacun des critères. Les divergences ont été résolues par discussion.

## Synthèse et analyse

La synthèse et l'analyse des résultats comprenaient deux volets. Le premier volet visait à décrire les caractéristiques des programmes d'autogestion. Pour ce faire, une synthèse des caractéristiques des programmes a été effectuée en catégorisant les résultats selon les variables extraites. Ces données sont présentées sous forme de statistiques descriptives simples, telles que des fréquences et pourcentages. Le deuxième volet visait à évaluer l'impact des programmes d'autogestion chez les personnes atteintes de douleur chronique. Pour ce faire, des méta-analyses ont été effectuées sur les essais contrôlés randomisés (ECR) des programmes d'autogestion.

## Méta-analyses

Des méta-analyses par paires ont été menées à l'aide du logiciel Stata SE (version 17.0) lorsque plus de trois ECR évaluaient l'effet de l'intervention par rapport à un groupe comparateur [35]. Les comparateurs ont été classés dans l'un des trois types suivants : 1) aucun traitement ou soins usuels (incluant les listes d'attente et les interventions éducatives) ; 2) interventions alternatives (tels que les interventions psychologiques ou d'activités physiques) ; et 3) interventions bonifiées (un programme d'autogestion combinée à une autre intervention, comme un massage). Les analyses ont été menées séparément pour les résultats à court, moyen et long terme. Pour tenir compte de l'hétérogénéité des interventions des études, des modèles à effets aléatoires ont été utilisés [36, 37]. Pour tenir compte de l'utilisation de différentes échelles pour mesurer le même résultat, les estimations des effets ont été exprimées sous forme de différence moyenne standardisée (DMS) avec des intervalles de confiance (IC) à 95 % [38].

Lorsque les auteurs ne rapportaient pas l'écart type, nous avons utilisé une des mesures suivantes (rapportées dans les études), par ordre de préférence, pour calculer cette mesure de variance : (i) les erreurs types, (ii) les IC à 95%, et/ou (iii) la différence de moyennes entre les groupes d'intervention [39]. Dans le cas des études qui ont rapporté des moyennes et des intervalles interquartiles, celles-ci ont été



transformées en moyennes et en écarts types en utilisant la méthode suggérée par McGrath *et al.* pour tenir compte de la forme de ces distributions [40]. Lorsque les auteurs n'ont pas rapporté de mesures de variance, nous avons imputé les écarts types en utilisant la méthode « *leaving one out* » [41]. Certaines études ont été exclues des analyses lorsque la moyenne des effets estimés n'était pas rapportée, ou que les mesures de variance associées ne pouvaient pas être calculées. Nous avons évalué l'hétérogénéité de chaque estimation méta-analytique à l'aide de la statistique  $I^2$  [37].

### Analyse de sensibilité

Une analyse de sensibilité basée sur le risque de biais n'a pu être exécutée car le risque de biais était élevé dans minimalement une catégorie pour toutes les études. Par contre, une analyse de sensibilité a été faite basé sur les critères PICO, c'est-à-dire afin d'éliminer les études ayant des populations de patients atypiques ou encore qui utilisaient des échelles non validées. Puisque la population clinique de chaque intervention était unique et que chaque intervention avait ses propres traits distincts, des analyses plus poussées afin d'identifier les causes d'hétérogénéité utilisant des analyses de sous-groupes ou des méta-régressions basés sur les critères PICO n'étaient pas possibles. Par contre, des tests d' Egger pour l'asymétrie des graphiques en entonnoirs ont été réalisés afin de déterminer le rôle potentiel du biais de publication [42].

## Résultats

### Recherche de littérature

Les stratégies de recherche ont identifié 8221 documents après déduplication (Figure 1). Suite à la révision des titres et des résumés, 7646 documents ont été exclus et 457 autres ont été exclus après la lecture du texte intégral. Au total, 158 articles ont été inclus (dont 57 essais contrôlés randomisés) décrivant 104 programmes d'autogestion différents (Annexe 2).

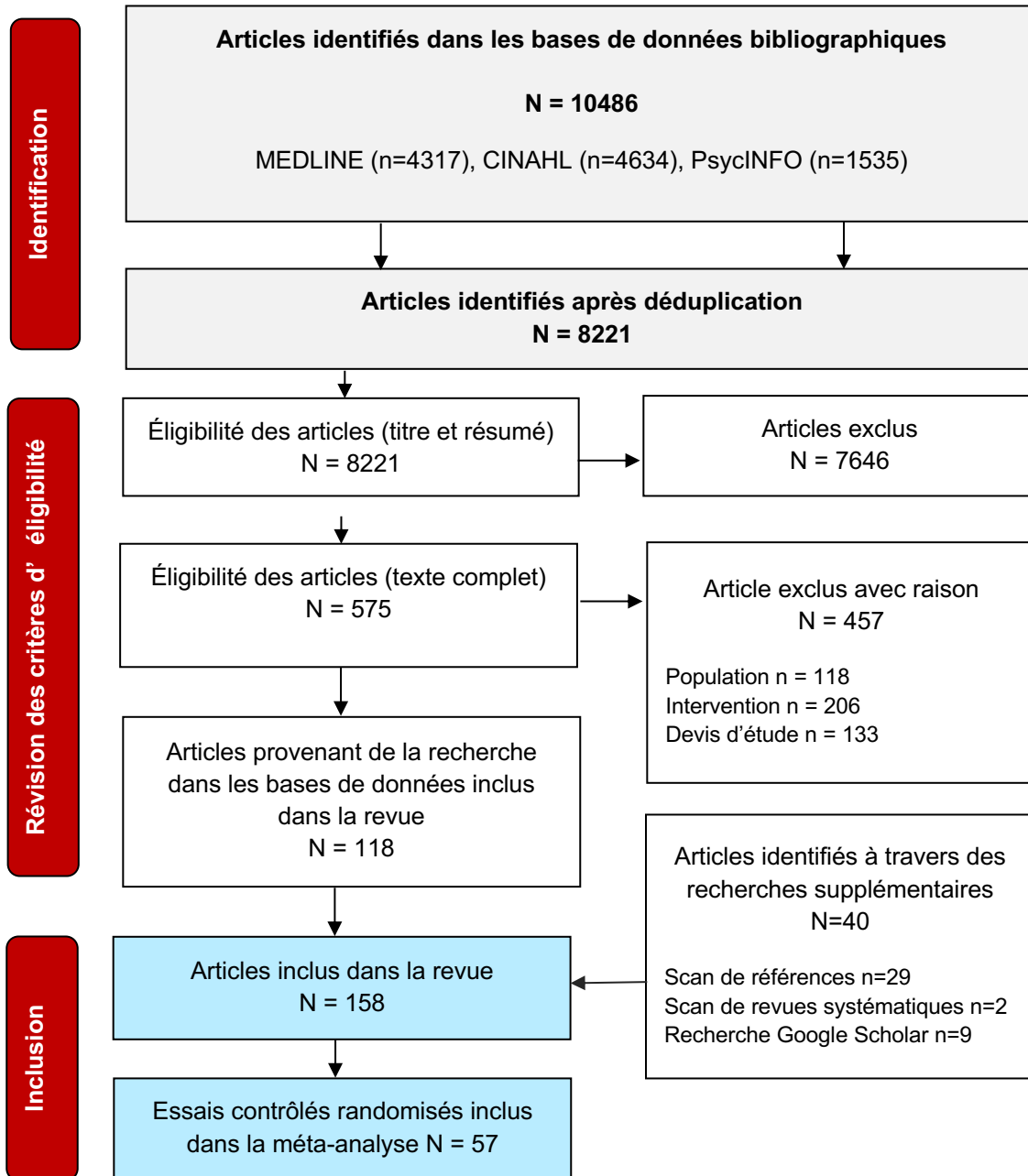
### Caractéristiques des études incluses

La majorité des études provenaient des États-Unis (52/158, 33%), de l'Australie (27/158, 17%), du Royaume-Uni (14/158, 9%) et du Canada (12/158, 8%). Les années de publication variaient entre 1987 et 2021 et la majorité des études a été publiée entre 2010 et 2019 (106/158, 67%). (Tableau 2)

**Tableau 2. Caractéristiques des études incluses**

<b>Pays</b>	<b>N (%)</b>
États-Unis	52 (33)
Australie	27 (17)
Royaume-Uni	14 (9)
Canada	12 (8)
Norvège	11 (7)
Suède	11 (7)
Irlande	7 (4)
Pays-Bas	7 (4)
Danemark	3 (2)
Chine	3 (2)
<b>Année</b>	
Entre 1987 et 1999	12 (8)
Entre 2000 et 2009	15 (9)
Entre 2010 et 2019	106 (67)
2020 ou 2021	25 (16)

Figure 1. Schéma des études incluses



### Description des essais contrôlés randomisés

Parmi les 158 articles inclus, 57 étaient des essais contrôlés randomisés (ECR). La majorité des ECR présentait un devis à deux groupes (48/57, 84%). Parmi ceux-ci, 36 ont comparé un programme d'autogestion à un groupe contrôle sur une liste d'attente, aux soins usuels ou à un groupe contrôle recevant de l'éducation. Douze études ont utilisé comme groupe contrôle une intervention alternative. Parmi les neuf (16 %) études qui ont opté pour devis à trois ou quatre groupes, sept ont comparé un

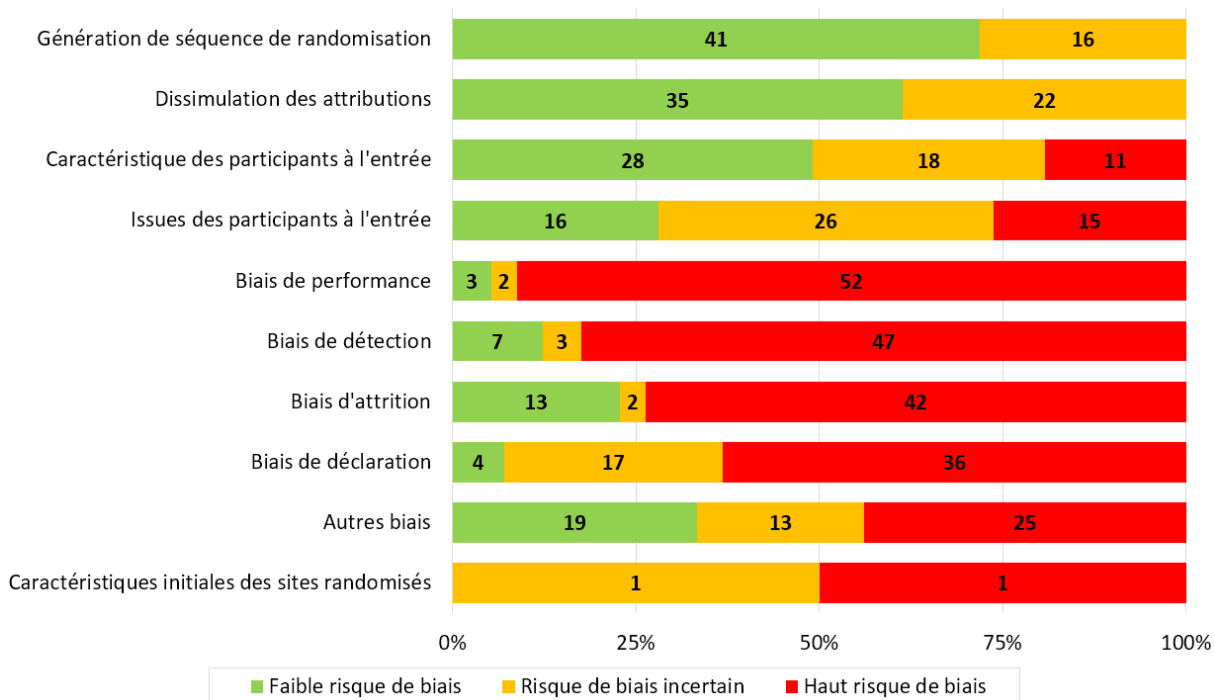
programme d'autogestion à un groupe contrôle sur une liste d'attente, aux soins usuels ou à un groupe contrôle recevant de l'éducation. Quatre ont utilisé une autre intervention, et quatre autres ont utilisé une intervention bonifiée. Une étude à quatre groupes a comparé trois formats différents du même programme d'autogestion avec les soins usuels. Les tailles d'échantillons variaient entre 28 et 703 participants [43, 44].

## Évaluation du risque de biais

Aucune étude ne présentait un risque de biais global faible (Figure 2). Le risque de biais de sélection (les quatre premières barres de la figure 2) était plus faible que les autres risques évalués. Une majorité des études avait un risque de biais faible concernant la génération d'une séquence de randomisation (41/57, 72 %), la dissimulation des attributions (35/57, 61 %) et les similitudes des caractéristiques sociodémographiques des participants entre les groupes avant l'intervention (à l'entrée) (28/57, 49%). Les issues des participants avant l'intervention (à l'entrée) étaient difficilement évaluables et présentaient donc un risque de biais incertain pour 46% des études (26/57).

La mise en aveugle des participants et des interventionnistes était difficile en raison de la nature des interventions. Les risques de biais de performance (mise en aveugle des participants et des interventionnistes) et de détection (mise en aveugle des participants, tous des résultats auto déclarés) étaient majoritairement élevés (52/57, 91 % et 47/57, 82 %, respectivement). Un risque élevé de biais d'attrition (42/57, 74 %) et de biais de déclaration (36/57, 63 %) était présent dans la plupart des études. Seulement 33% (19/57) des études avaient un risque de biais faible concernant la déviation du protocole, la source de financement, les conflits d'intérêts et l'approbation éthique. Des deux essais randomisés par grappe inclus, un seul ne rapportait pas les caractéristiques initiales des sites randomisés (1/2, 50 %), ce qui a entraîné un risque de biais élevé.

**Figure 2. Évaluation du risque de biais des ECR**



## Caractéristiques des programmes d'autogestion

### Population ciblée

La majorité des programmes étaient offerts à des adultes de 18 ans ou plus (56/104, 54%) ou de 21 ans ou plus (10/104, 10%). Une minorité de programmes s'adressaient spécifiquement aux adolescents (2/104, 2%) ou aux 65 ans et plus (4/104, 4%). Treize (13%) autres programmes ne visaient pas de groupes d'âge en particulier, l'âge moyen des participants dans ces programmes variait entre 35 et 64 ans.

Près de la moitié des programmes (44/104, 42%) s'adressait à des individus avec de la douleur chronique non cancéreuse sans autre critère de sélection associé à une condition spécifique. Certains programmes étaient quant à eux spécifiques aux individus avec une douleur musculosquelettique chronique non-spécifique (32/104, 31%). Parmi les autres programmes, plusieurs visaient les individus avec de l'arthrose (11/104, 11%), des douleurs chroniques généralisées (7/104, 7%), de la céphalée chronique et de douleur orofaciale (4/104, 4%). Certaines populations ciblées par certains programmes n'ont pu être catégorisées puisqu'elles vivaient avec des conditions spécifiques telles que la sclérose en plaques ou le VIH, qui sont toutes deux des conditions associées à une variété de types de douleur.

### Composantes et stratégies des programmes d'autogestion

Les composantes, c.-à-d., les sujets du contenu des programmes, les plus souvent rapportées étaient les approches corps-esprit (93/104, 89%), l'activité physique (86/104, 83%), l'éducation à la douleur (83/104, 80%), l'éducation psychologique (78/104, 75%) et l'éducation sur les saines habitudes de vie (conseils en nutrition, gestion du sommeil) (56/104, 54%) (Annexe 3). Les autres composantes plus fréquemment rapportées incluaient la prévention et gestion des poussées de douleur (24/104, 23%), l'éducation pharmacologique (27/104, 26%) et la communication avec les professionnels de la santé, la famille et les amis (13/104, 13%). Au total, 30 programmes incluaient au moins quatre composantes différentes (29%), 30 en incluaient trois (29%) et dix incluaient deux composantes (10%).

Parmi les stratégies d'autogestion les plus souvent mises à l'avant dans les programmes, l'établissement d'objectifs était la plus rapportée (78/104, 75%), suivi de l'adaptation du rythme d'activité (*pacing*) (54/104, 52%), la résolution des problèmes (46/104, 44%) ainsi que la mise en place de plans d'action (34/104, 33%).

Soixante programmes (58%) étaient explicitement fondés sur une théorie, un modèle ou un cadre de changement de comportements. Les programmes faisaient appel aux approches cognitivo-comportementales (32/104, 31%), à la théorie sociale cognitive et l'auto-efficacité (13/104, 13%), à l'approche fondée sur la thérapie d'acceptation et d'engagement (6/104, 6 %) ou à la théorie du comportement planifié (4/104, 4%).

### Modalités de délivrance des programmes d'autogestion

Les psychologues (38/104, 37%), les physiothérapeutes (36/104, 35%), les infirmières (24/104, 23%) et les ergothérapeutes (11/104, 11%) étaient les animateurs de programmes les plus fréquents. Environ un tiers des programmes (33/104, 32%) utilisaient une approche interprofessionnelle. Un pair aidant atteint de douleur chronique était également l'animateur dans dix des programmes (10%).

La majorité des programmes utilisaient plus qu'un mode de délivrance différent dans le but de favoriser l'apprentissage et l'adhérence des participants. Plus de la moitié des programmes délivraient leur contenu sous forme de cours (58/104, 56%) et pouvaient inclure des discussions en groupe (35/104, 34%) ou des rencontres individuelles (25/104, 24%). Quant au matériel utilisé, les programmes utilisaient des textes imprimés (29/104, 28%), des contenus audio (27/104, 26%), des manuels (27/104, 26%), des capsules vidéo (19/104, 18%), des DVD (4/104, 4%) ou encore des livres (4/104, 4%) (Tableau 2). Quinze programmes (14%) incluaient un suivi ponctuel avec les participants afin de soutenir leur engagement entre les sessions.

Plusieurs programmes ont été adaptés pour la littéracie (14/104, 13%) et les différences culturelles (5/104, 5%). La durée des programmes variait majoritairement entre quatre et 12 semaines. Neuf programmes (9%) axés sur la technologie étaient adaptés au rythme de chacun et ne comprenaient donc pas de calendrier précis. La durée totale des programmes variait entre deux et 72 heures, sans compter les devoirs et exercices non supervisés.

**Tableau 2. Modalités des programmes d'autogestion**

<b>Modalités des programmes</b>	<b>N (%)</b>
<b>Mode de délivrance</b>	
Cours	58 (56%)
Discussions en groupe	35 (34%)
Rencontres individuelles	25 (24%)
<b>Matériel utilisé</b>	
Textes imprimés	29 (28%)
Contenus audio	27 (26%)
Manuel	27 (26%)
Capsules vidéo	19 (18%)
DVD	4 (4%)
Livre	4 (4%)

## Impact des programmes d'autogestion

Afin d'alléger le texte, les graphiques en forêt (*forest plots*) des effets des programmes d'autogestion pour les périodes de suivi à moyen (4 à 6 mois) et long ( $\geq 7$  mois) terme ainsi que les résultats non statistiquement significatifs se retrouvent dans l'Annexe 4. Le tableau 3 présente un aperçu des résultats de la méta-analyse pour chaque issue rapportée et périodes de suivi.

### Intensité de la douleur

Parmi les ECR, 56 sur 57 ont mesuré l'intensité de la douleur en utilisant 17 échelles différentes. Les échelles les plus utilisées étaient la *Numeric Rating Scale* (NRS) [43, 45-55] (12/57, 21%), la *Brief Pain Inventory* (BPI) [56-67] (12/57, 21%) et la *Visual Analogue Scale* (VAS) (9/57, 16%) [67-75].

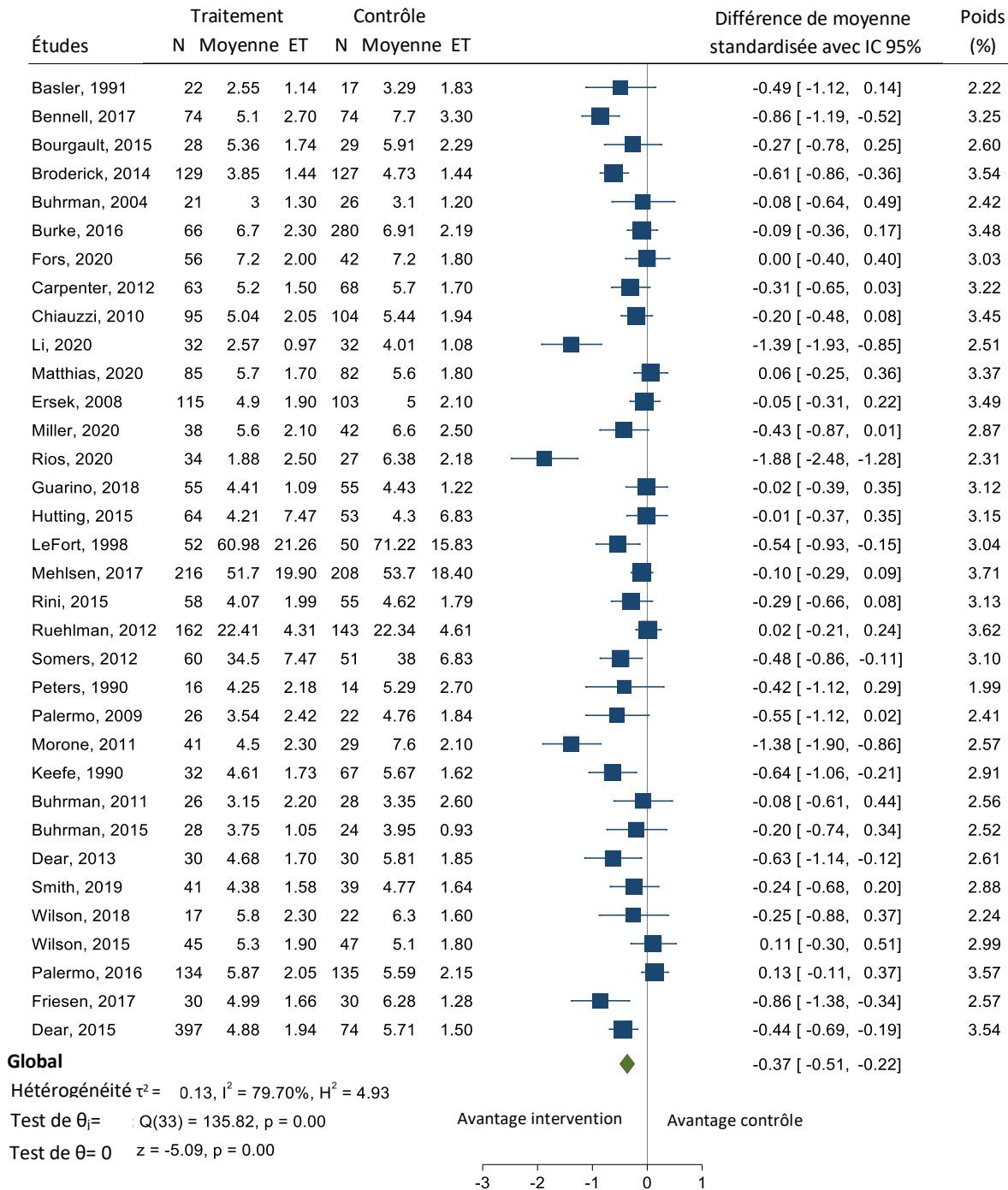
Les résultats de 34 ECR indiquent que l'intensité de la douleur a diminué significativement dans les trois mois suivant l'intervention chez les personnes ayant suivi un programme d'autogestion en comparaison avec celles sans traitement ou celles ayant reçu les soins usuels (DMS -0,37; IC à 95 % -0,51 à -0,22) (figure 3). Une hétérogénéité élevée ( $I^2 = 79,70\%$ ) a été observée, ce qui démontre une grande variation entre les résultats des différents ECR. Une analyse de sensibilité a été réalisée en excluant les populations atypiques et les échelles non validées et s'est révélée rapporter des résultats similaires, mais avec un degré modéré d'hétérogénéité (Annexe 5). Les analyses à moyen et long terme n'ont révélé aucune amélioration significative comparativement à l'absence de traitement ou aux soins usuels (Annexe 4).

**Tableau 3 : Effets des programmes d'autogestion sur les résultats associés à la douleur chronique à court, moyen et long terme**

Résultat Comparateur	Court terme (0-3 mois)				Moyen terme (4 to 6 mois)				Long terme (<7 mois)			
	n Études	n patients	DSM avec 95% IC	I <sup>2</sup>	n Études	n patients	DSM avec 95% IC	I <sup>2</sup>	n Études	n patients	DSM avec 95% IC	I <sup>2</sup>
<b>Intensité de douleur</b>												
I vs N or U	34	4617	-0.37 (-0.51, -0.23)	79.7	13	2723	-0.17 (-0.36, 0.01)	80.62	4	1274	-0.17 (-0.51, 0.16)	87.17
I vs AI	12	1148	-0.15 (-0.26, -0.03)	0	7	697	0.00 (-0.15, 0.15)	0	7	729	-0.02 (-0.16, 0.13)	0
<b>Interférence liée à la douleur</b>												
I vs N or U	18	2821	-0.14 (-0.22, -0.06)	1.97	6	1861	-0.17 (-0.27, -0.08)	0	n/a	n/a	n/a	n/a
I vs AI	3	373	-0.01 (-0.34, 0.32)	61.83	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
<b>Incapacité</b>												
I vs N or U	11	1869	-0.45 (-0.72, -0.18)	85.37	6	1343	-0.10 (-0.20, 0.01)	0	n/a	n/a	n/a	n/a
I vs AI	4	313	-0.23 (-0.57, 0.11)	51.84	3	174	-0.11 (-0.84, 0.61)	79.18	n/a	n/a	n/a	n/a
<b>HrQoL</b>												
I vs N or U	4	510	0.38 (-0.08, 0.84)	82.16	n/a	n/a	n/a	n/a	3	1056	0.19 (-0.06, 0.45)	71.88
I v. AI	5	503	-0.21 (-0.66, 0.23)	82.36	n/a	n/a	n/a	n/a	4	478	0.08 (-0.10, 0.26)	0
<b>Composante mentale</b>												
I vs N or U	5	350	0.22 (-0.09, 0.53)	51.25	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
<b>Composante physique</b>												
I vs N or U	5	350	0.34 (0.13, 0.55)	0	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
<b>Dépression</b>												
I vs N or U	19	2583	-0.15 (-0.29, -0.02)	61.74	5	1423	-0.13 (-0.24, -0.03)	0	n/a	n/a	n/a	n/a
I vs AI	9	872	-0.10 (-0.24, 0.03)	0	5	470	-0.14 (-0.32, 0.04)	0	6	630	-0.15 (-0.30, 0.01)	0
<b>Anxiété</b>												
I vs N or U	15	2124	-0.18 (-0.31, -0.05)	45.13	6	1462	-0.12 (-0.23, -0.02)	0	n/a	n/a	n/a	n/a
I vs AI	6	621	-0.03 (-0.19, 0.13)	0	3	347	-0.08 (-0.29, 0.13)	0	5	528	-0.15 (-0.32, 0.02)	0
<b>Stress</b>												
I vs N or U	4	753	-0.24 (-0.42, -0.06)	31.73	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
<b>Catastrophisation face à la douleur</b>												
I vs N or U	20	2762	-0.24 (-0.33, -0.16)	16.99	4	757	-0.33 (-0.48, -0.19)	0	4	739	-0.18 (-0.39, 0.03)	52.03
I vs AI	6	663	-0.07 (-0.22, 0.09)	0	4	469	-0.02 (-0.20, 0.16)	0	4	494	-0.13 (-0.30, 0.05)	0
<b>Auto-efficacité</b>												
I vs N or U	20	2830	0.41 (0.23, 0.59)	79.6	4	1224	0.14 (0.02, 0.25)	0	4	1243	0.12 (0.01, 0.23)	0
I vs AI	5	516	0.14 (-0.11, 0.39)	48.82	3	322	-0.05 (-0.31, 0.20)	28.28	4	471	0.02 (-0.17, 0.20)	5.82

Légende : I=Intervention, N=Sans intervention, U=Soins usuels, AI=Intervention alternative

**Figure 3. Effets des programmes d'autogestion sur l'intensité de la douleur comparé à aucun traitement ou aux soins usuels (0-3 mois)**

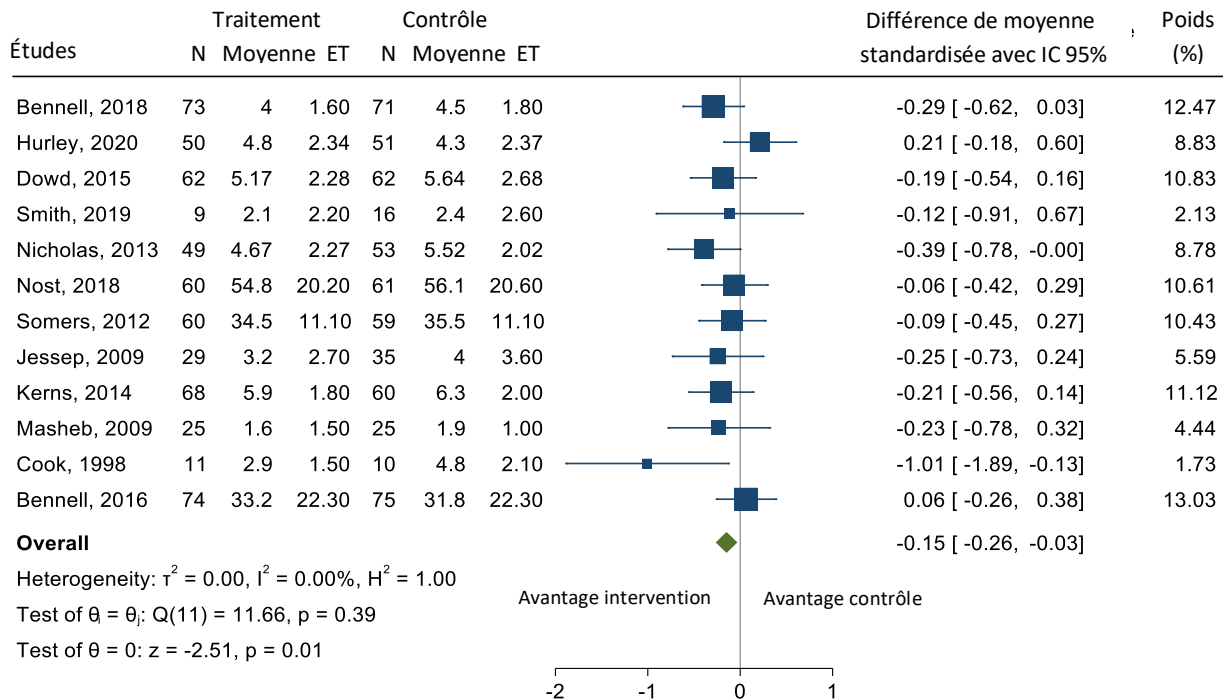


Modèles à effets aléatoires (MLEA)



Les résultats de 12 ECR indiquent que l'intensité de la douleur a diminué légèrement mais significativement dans les 3 mois suivant l'intervention chez les personnes ayant suivi un programme d'autogestion en comparaison avec celles ayant reçu une intervention alternative (DMS -0,15; IC à 95 % -0,26 à -0,03;  $I^2$  0,00%) (figure 4).

**Figure 4. Effets des programmes d'autogestion sur l'intensité de la douleur comparé à une intervention alternative (0-3 mois)**



Modèles à effets aléatoires (MLEA)

La qualité de la douleur a également été rapportée dans six études [43, 47, 53, 70, 76, 77] en utilisant six échelles différentes. Il n'y avait pas suffisamment de données pour chaque comparateur à toutes les périodes post-intervention pour fournir une analyse plus approfondie de ce critère.

### Interférence liée à la douleur

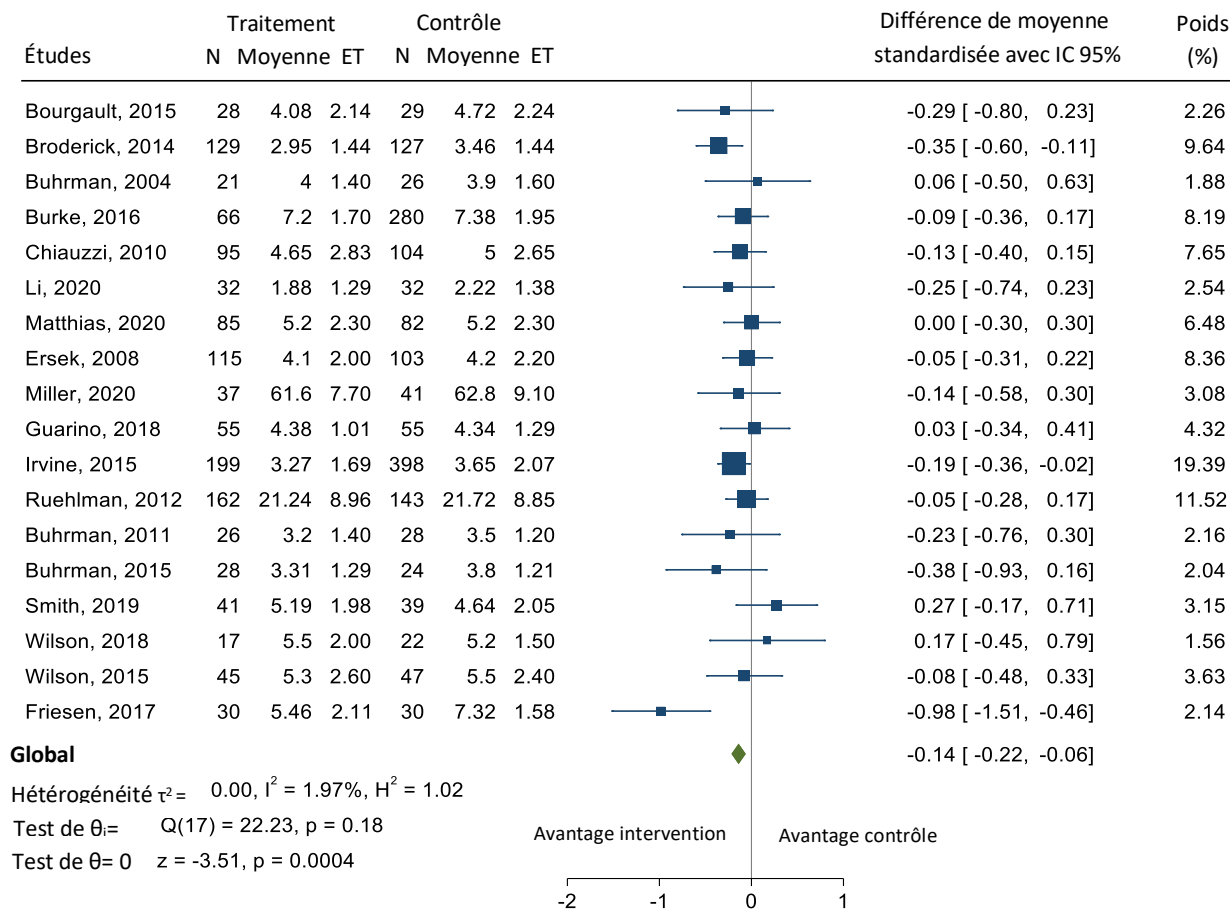
L'interférence liée à la douleur [78] a été rapportée dans 23 sur 57 ECR. Ce critère fait référence à l'impact que la douleur a sur les activités de la vie quotidienne. Ce dernier a été évalué à l'aide de sept mesures différentes. L'échelle la plus courante était la *Brief Pain Inventory* (BPI) (12/57) [46, 56-60, 62-67] suivi de la *Multidimensional Pain Inventory* (MPI) » (6/57) [51, 53, 79-82].

Les résultats de 18 ECR indiquent que l'interférence liée à la douleur a diminué légèrement mais significativement dans les 3 mois suivant l'intervention chez les personnes ayant suivi un programme d'autogestion en comparaison avec celles sans traitement ou celles ayant reçu les soins usuels (DMS -0,14; IC à 95% -0.22 à -0.06,  $I^2 = 0,06\%$ ) (figure 5). Les résultats à moyen terme étaient encore significatif

et en faveur des programmes d'autogestion (DMS -0,17; IC à 95 % -0,27 à -0,08;  $I^2= 0,00 \%$ ) (Annexe 4).

Dans la période de 3 mois post-intervention, les résultats de 3 ECR n'ont montré aucune différence statistiquement significative pour l'interférence liée à la douleur entre les participants aux programmes d'autogestion et ceux prenant part à une intervention alternative (DMS -0,01; IC à 95 % -0,34 à 0,32;  $I^2= 61,83 \%$ ) (Annexe 4).

**Figure 4. Effets des programmes d'autogestion sur l'interférence liée à la douleur comparé aux soins usuels (0-3 mois)**



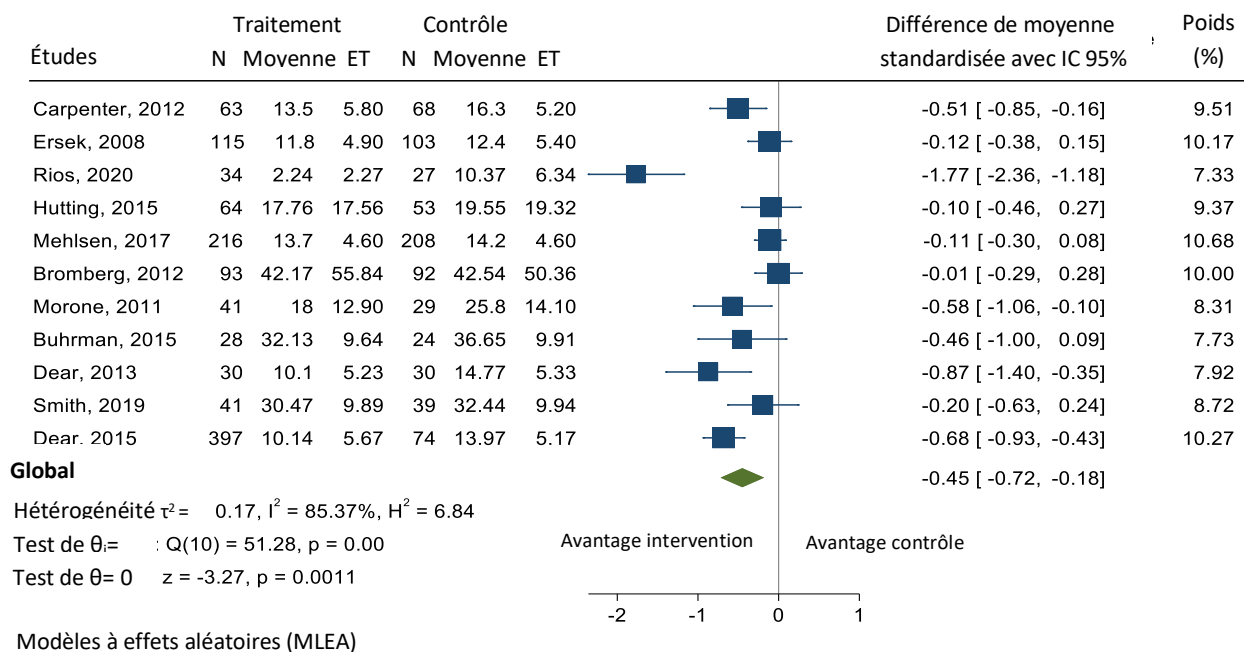
Modèles à effets aléatoires (MLEA)

### Incapacité

L'incapacité en lien avec la douleur chronique a été évaluée dans 19 ECR en utilisant sept échelles différentes [43, 44, 47-51, 60, 62, 71, 74, 82-89], parmi lesquelles les différentes versions du questionnaire *Roland Morris Disability Questionnaire* (RMDQ) étaient les plus fréquentes (11/57) [43, 47-51, 60, 71, 87-89].

Les résultats de 11 ECR indiquent que le niveau d'incapacité s'est amélioré significativement dans les 3 mois suivant l'intervention chez les personnes ayant suivi un programme d'autogestion en comparaison avec celles sans traitement ou celles se voyant prodiguer des soins usuels (DMS -0,45; IC à 95% -0,72 to -0,18) (figure 6). Puisqu'une grande hétérogénéité a été mesurée ( $I^2 = 85,37\%$ ), une analyse de sensibilité a été réalisée en excluant les populations atypiques et a révélé des résultats similaires à notre estimation principale avec moins d'hétérogénéité (Annexe 5). L'analyse à moyen terme n'a révélé aucune amélioration significative par rapport à l'absence de traitement ou les soins usuels (Annexe 4).

**Figure 6. Effets des programmes d'autogestion sur l'incapacité comparé à aucun traitement ou aux soins usuels (0-3 mois)**



Dans les 3 mois post-intervention, les résultats de quatre ECR n'ont démontré aucune différence significative du niveau d'incapacité entre les participants suivant les programmes d'autogestion et ceux prenant part à une intervention alternative (DMS -0,23; IC à 95% -0,57 à 0,11,  $I^2 = 51,84\%$ ) (Annexe 4).

### Sommeil

Les caractéristiques associées au sommeil ont été évaluées [46, 49, 52, 61, 68] dans cinq ECR à l'aide de 5 différentes échelles de mesures. Les données étaient insuffisantes pour chaque comparateur à toutes les périodes de suivi pour permettre une analyse plus approfondie de ce résultat.

### Qualité de vie

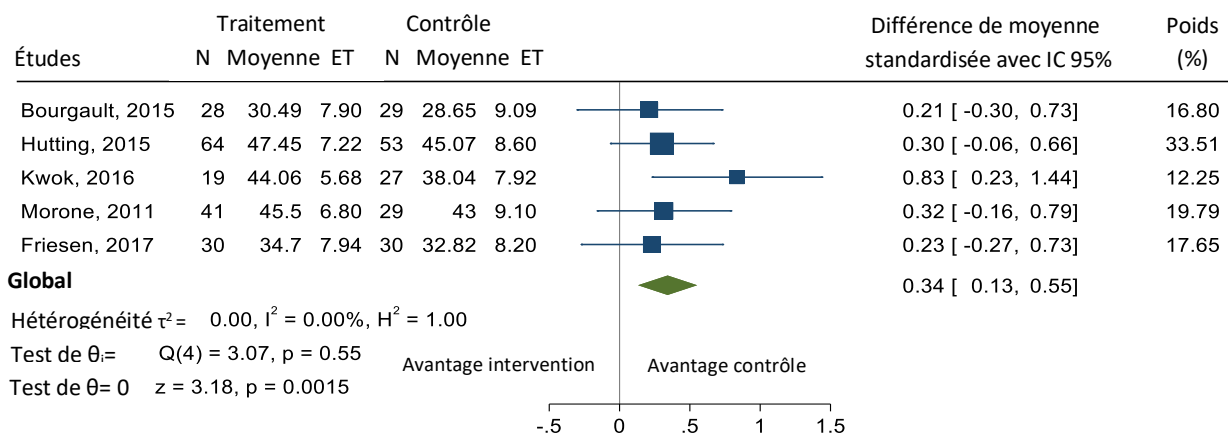
Les résultats en lien avec la qualité de vie reliée à la santé ont été mesurés dans 29 ECR [44-47, 49, 55, 56, 59, 61, 65-67, 69, 70, 73-75, 81-83, 85, 90-97] avec 15 échelles différentes, parmi lesquelles la *36-Item Short Form Survey (SF-36)* était la plus utilisée [49, 59, 61, 70, 74, 85, 97].

Les résultats de quatre ECR n'ont pas démontré de changement statistiquement significatif de la qualité de vie dans les 3 mois suivant l'intervention chez les personnes ayant suivi un programme d'autogestion en comparaison avec celles sans traitement ou celles se voyant prodiguer des soins usuels (DMS 0,38; IC à 95% -0,08 à 0,84,  $I^2 = 82,16\%$ ) (Annexe 4). L'analyse à long terme n'a révélé aucune amélioration significative rapport à l'absence de traitement ou de soins usuels (Annexe 4).

Au cours des 3 mois suivant l'intervention, les résultats de 5 ECR n'ont montré aucune différence statistiquement significative de la qualité de vie entre les participants aux programmes d'autogestion et ceux prenant part à une intervention alternative (DMS -0,21; IC à 95 % -0,66 à 0,23,  $I^2 = 82,36\%$ )

Jusqu'à trois mois après l'intervention, les résultats de cinq ECR ont montré que la composante physique de la qualité de vie s'est améliorée de manière significative chez les personnes participant à un programme d'autogestion par rapport à celles sans traitement ou se voyant prodiguer des soins usuels (DMS 0,34; IC à 95 % 0,13 à 0,55) (Figure 7).

**Figure 7. Effets des programmes d'autogestion sur la composante physique de la qualité de vie comparé à aucun traitement ou aux soins usuels (0-3 mois)**



Modèles à effets aléatoires (MLEA)

Au cours des 3 mois suivant l'intervention, les résultats de cinq ECR n'ont montré aucune différence statistiquement significative de la composante mentale de la qualité de vie entre les participants aux programmes d'autogestion par rapport à ceux sans traitement ou se voyant prodiguer des soins usuels. (DMS -0,22; IC à 95% -0,08 à 0,53,  $I^2 = 51.25\%$ ) (Annexe 4).

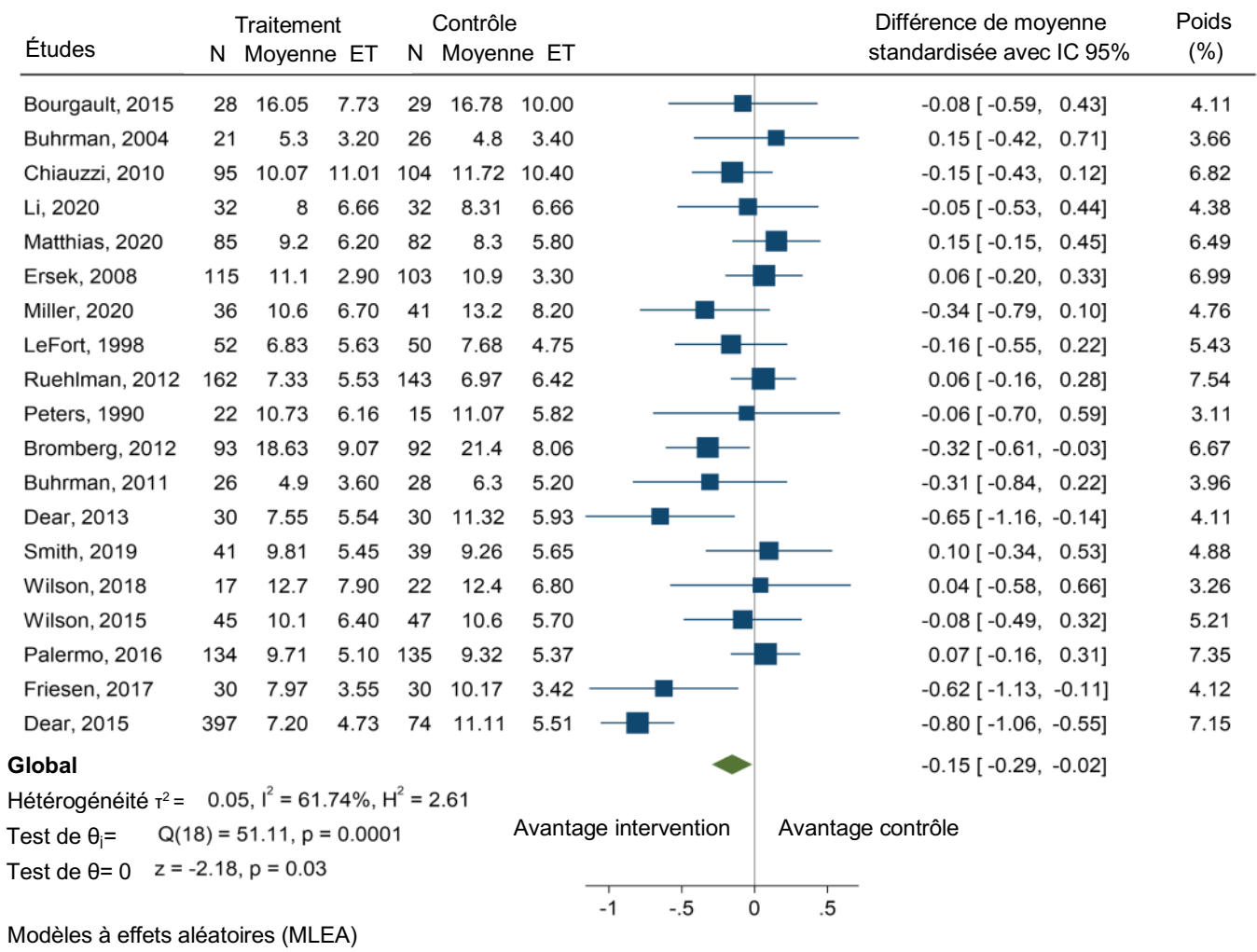
### Dépression

Au total, 34 ECR ont rapportés des résultats en lien avec la dépression [43-47, 49-52, 57, 59-68, 70, 73, 75-77, 79, 81, 84, 86, 88, 89, 94, 95, 98]. Ceux-ci ont été mesurés avec 12 échelles différentes,

dont le *Patient Health Questionnaire* (PHQ-8 ou PHQ-9)[59, 62-65, 76, 84, 88, 89] étant celui le plus utilisé suivi de *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) [44, 47, 65, 67, 79, 81, 94] et des différentes versions des échelles de *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS ou DASS-21) [45, 50, 57, 66, 75, 86, 98].

Au cours des 3 mois suivant l'intervention, les résultats de 19 ECR ont démontré une légère amélioration statistiquement significative des symptômes de la dépression chez les personnes participant aux programmes d'autogestion par rapport à celles sans traitement ou recevant les soins usuels (DMS -0,15; IC à 95% -0,29 à -0,02) (Figure 8). Cependant, une hétérogénéité modérée a été mesurée ( $I^2=61,74\%$ ). Les résultats à moyen terme étaient similaires (DMS -0,13; IC à 95% -0,24 à -0,03), avec une absence d'hétérogénéité ( $I^2=0,00\%$ ) (Annexe 4).

**Figure 8. Effets des programmes d'autogestion sur la dépression comparé à aucun traitement ou aux soins usuels (0-3 mois)**



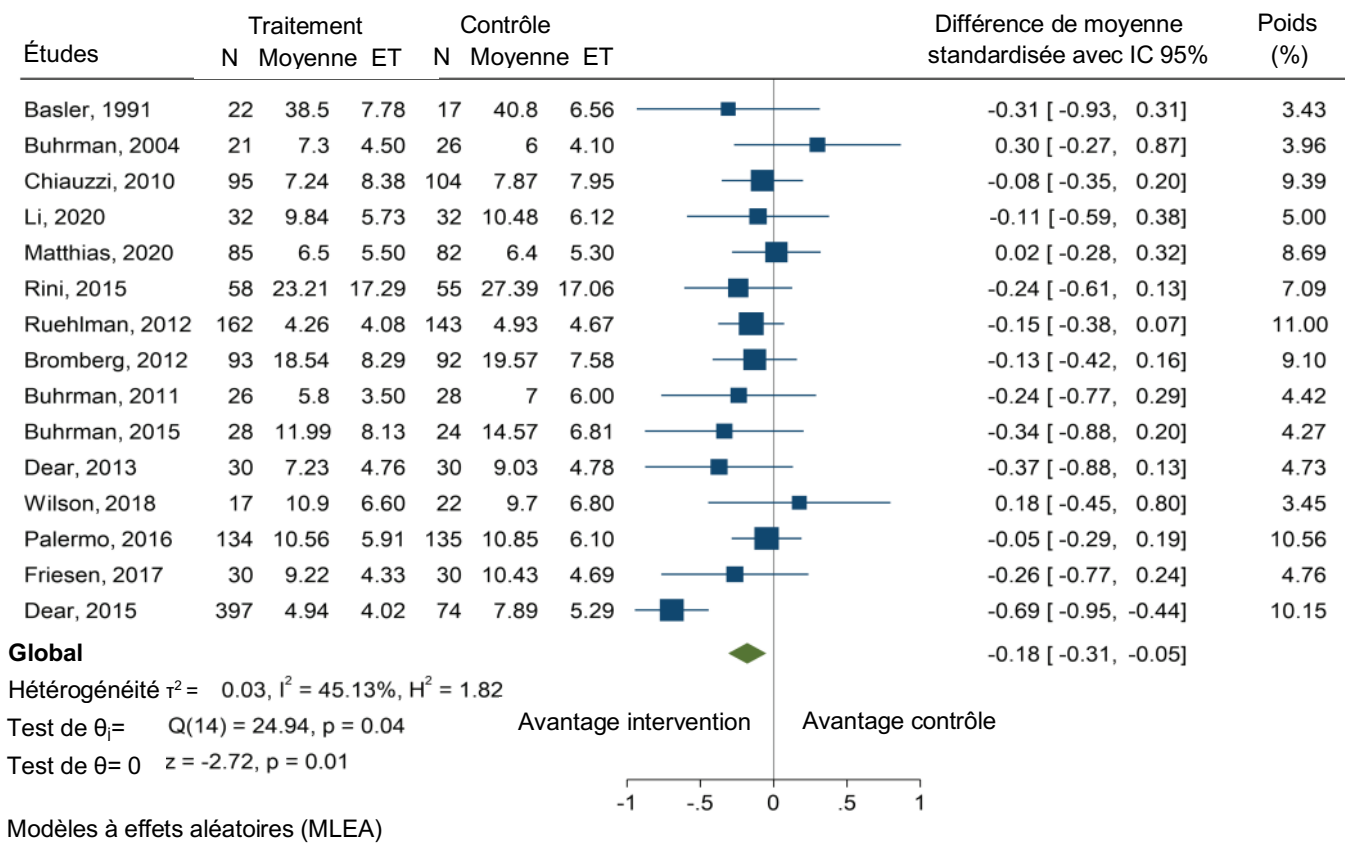
Au cours des 3 mois suivant l'intervention, les résultats de neuf ECR ont démontrés une légère amélioration, mais non statistiquement significative, des symptômes de la dépression chez les personnes participantes aux programmes d'autogestion par rapport à celles sans traitement ou recevant les soins usuels (DMS -0,10; IC à 95% -0,23 à 0,03;  $I^2=0,00\%$ ) (Annexe 4).

### Anxiété

Vingt-quatre ECR ont rapportés des résultats en lien avec l'anxiété [44, 45, 47, 52, 57, 59, 61, 63, 65-68, 75, 77, 79, 81, 82, 84, 86, 88, 89, 92, 94, 98]. Ces derniers ont été mesurés avec 10 échelles différentes parmi lesquelles le HADS était la plus utilisée [44, 47, 65, 67, 79, 81, 94], suivi de l'échelle *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7) utilisée dans six études [59, 63, 65, 84, 88, 89].

Au cours des 3 mois suivant l'intervention, les résultats de quinze ECR ont démontrés une légère amélioration significative des symptômes d'anxiété chez les personnes participant aux programmes d'autogestion par rapport à celles sans traitement ou recevant les soins usuels (DMS -0,18; IC à 95% -0,31 à -0,05) (Figure 9). Cependant, une hétérogénéité modérée a été mesurée ( $I^2=45,13\%$ ). Les résultats à moyen terme étaient semblables (DMS -0,12; IC à 95% -0,23 à -0,02), avec absence d'hétérogénéité ( $I^2=0,00\%$ ) (Annexe 4).

**Figure 9. Effets des programmes d'autogestion sur l'anxiété comparé à aucun traitement ou aux soins usuels (0-3 mois)**



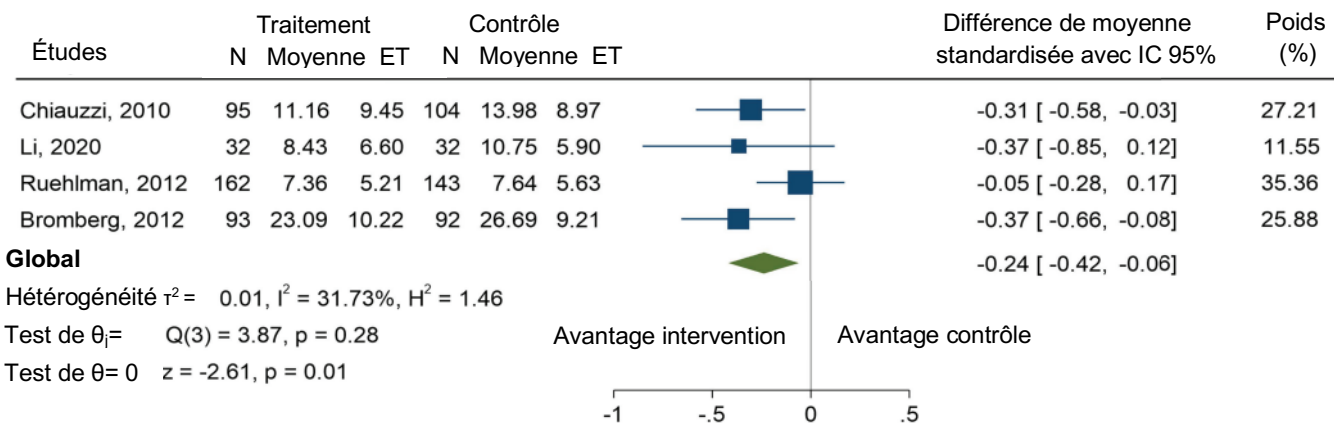
Jusqu'à 3 mois suivant l'intervention, les résultats de six ECR n'ont démontrés aucune différence statistiquement significative au niveau de l'anxiété entre les personnes participantes aux programmes d'autogestion et celles participant à une intervention alternative (DMS -0,03; IC à 95% -0,19 à 0,13;  $I^2=0,00\%$ ) (Annexe 4).

### Stress

Sept ECR ont rapportés des résultats en lien avec le stress [45, 57, 66, 75, 84, 86, 98], en utilisant principalement une des trois versions du DASS.

Dans la période de 3 mois post-intervention, les résultats de quatre ECR ont démontrés une amélioration significative du stress chez les participants ayant suivi un programme d'autogestion par rapport à ceux sans traitement ou recevant les soins usuels (DMS -0,24; IC à 95% -0,42 à -0,06;  $I^2=31,73\%$ ;) (Figure 10).

**Figure 10. Effets des programmes d'autogestion sur le stress comparé à aucun traitement ou aux soins usuels (0-3 mois)**



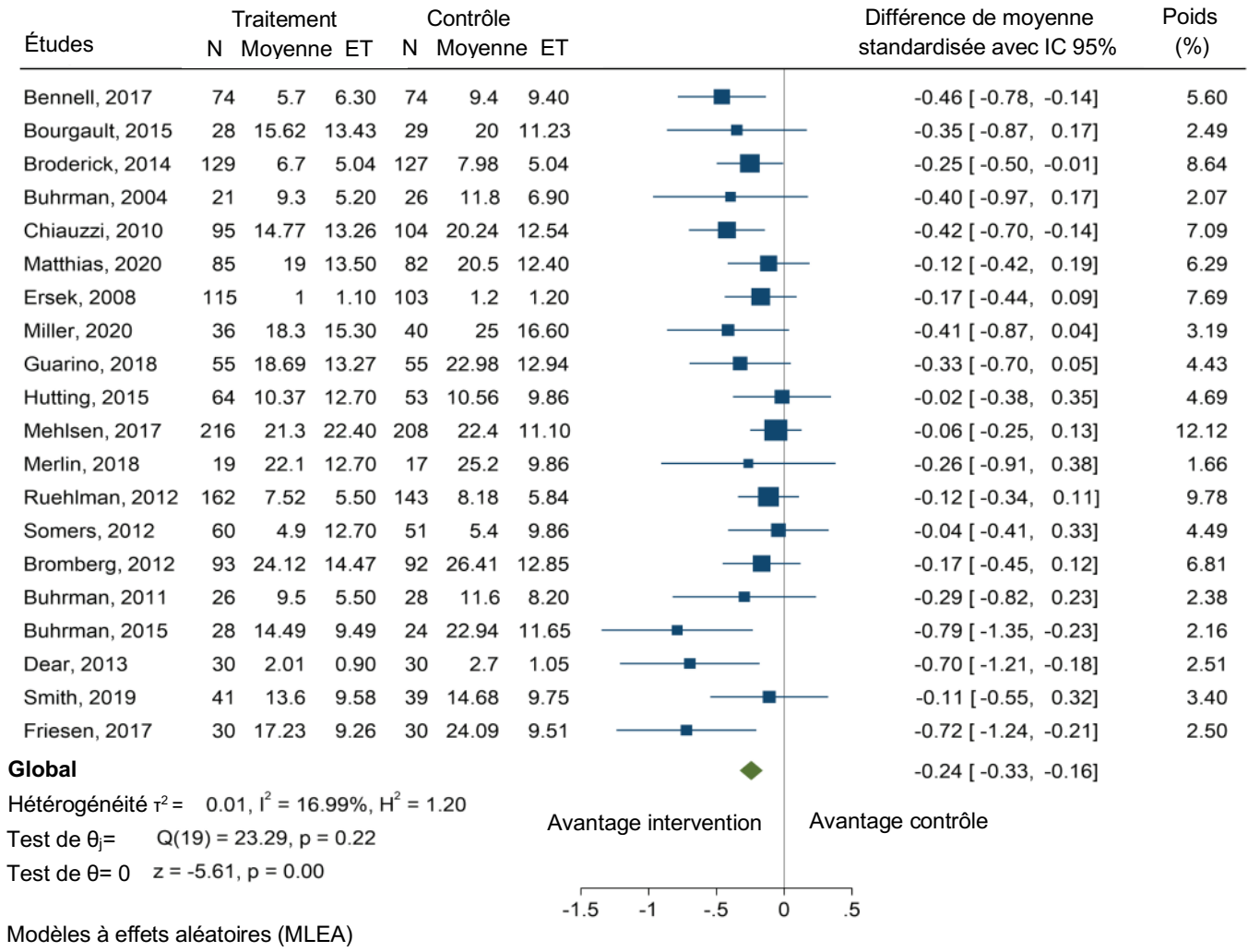
Modèles à effets aléatoires (MLEA)

### Catastrophisation face à la douleur

La catastrophisation face à la douleur a été mesurée dans 28 ECR [45, 46, 50, 55, 57-60, 62, 65, 69, 71, 72, 75, 76, 79-84, 86, 89, 90, 93, 96, 98, 99] à l'aide de quatre échelles différentes, dont l'échelle *Pain Catastrophizing Scale* (PCS) étant la plus utilisée [45, 46, 55, 57-59, 62, 69, 71, 75, 76, 80, 82-84, 86, 99].

Jusqu'à 3 mois après l'intervention, vingt ECR ont démontré que la catastrophisation face à la douleur s'améliorait de manière significative chez les individus ayant suivi un programme d'autogestion par rapport à ceux sans traitement ou recevant les soins usuels (DMS -0,24; IC à 95% -0,33 à -0,16;  $I^2=16,99\%$ ) (Figure 11). À moyen terme, l'analyse de quatre études a révélée des résultats semblables en faveur des programmes d'autogestion (DMS -0,33; IC à 95% -0,48 à -0,19;  $I^2=0,00\%$ ) (Annexe 4).

**Figure 11. Effets des programmes d'autogestion sur la catastrophisation face à la douleur comparé à aucun traitement ou aux soins usuels (0-3 mois)**



Dans la période de 3 mois post-intervention, les résultats de six ECR ont montrés aucune différence statistiquement significative de la catastrophisation face à la douleur entre les personnes ayant participé à un programme d'autogestion par rapport à ceux se voyant prodiguer une intervention alternative (DMS -0,07; IC à 95% -0,22 à 0,09;  $I^2=0,00\%$ ) (Annexe 4).

**Auto-efficacité**

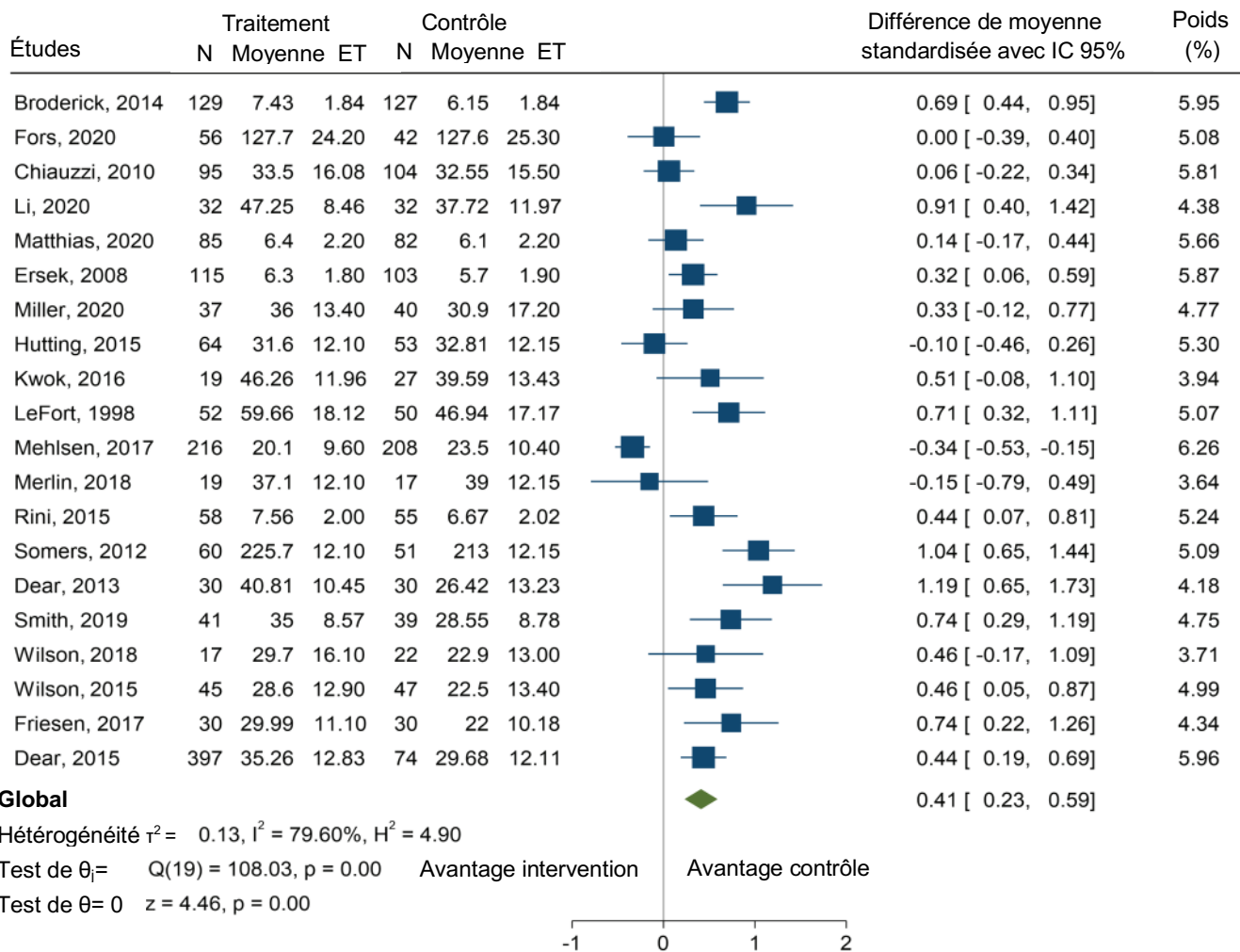
Au total, 32 ECR ont mesurés l'auto-efficacité [44, 45, 50, 54, 55, 57, 59, 60, 62-67, 69-72, 75, 76, 83, 85-90, 92, 93, 96, 97, 99]. L'échelle *Pain Self-Efficacy Questionnaire* (PSEQ) a été utilisée le plus fréquemment (14 études) [44, 57, 62-67, 76, 88, 89, 97, 99], suivi de l'échelle *Arthritis Self-Efficacy Scale* (ASES) utilisée dans neuf études [45, 55, 60, 72, 75, 85, 90, 92, 96].

Au cours des 3 mois suivant l'intervention, les résultats de 20 ECR ont démontrés une amélioration significative de l'auto-efficacité chez les participants ayant suivi un programme d'autogestion par rapport à ceux sans traitement ou recevant les soins usuels (DMS 0,41; IC à 95% 0,23 à 0,59) (Figure 12).



Toutefois, une hétérogénéité importante a été observée ( $I^2=79,60\%$ ). Une analyse de sensibilité a été réalisée afin d'exclure les études utilisant des échelles non valides; cependant, celle-ci a révélée des résultats semblables mais avec une hétérogénéité réduite (Annexe 5). De plus, les résultats à moyen (DMS 0,14; IC à 95% 0,02 à 0,25) et long terme (DMS 0,12; IC à 95% 0,01 à 0,23) étaient légèrement mais statistiquement significatifs en faveur des programmes d'autogestion, sans hétérogénéité dans les deux cas ( $I^2=0,00\%$ ) (Annexe 4).

**Figure 12. Effets des programmes d'autogestion sur l'auto-efficacité comparé à aucun traitement ou aux soins usuels (0-3 mois)**



Modèles à effets aléatoires (MLEA)

Dans la période de 3 mois post-intervention, cinq ECR n'ont démontré aucun changement statistiquement significatif au niveau de l'auto-efficacité entre les participants aux groupes d'autogestion et ceux recevant une intervention alternative (DMS 0,14; IC à 95% -0,11 à 0,39;  $I^2=48,82\%$ ) (Annexe 4).

### Impression de changement par les participants

Au total, neuf ECR ont évalué l'impression de changement vécu par les participants [45-47, 57, 61, 69, 75, 76, 86] à l'aide de cinq échelles différentes. Aucune analyse n'a pu être réalisée car les données étaient insuffisantes pour chaque comparateur à chacun des périodes de suivi suivant l'intervention.

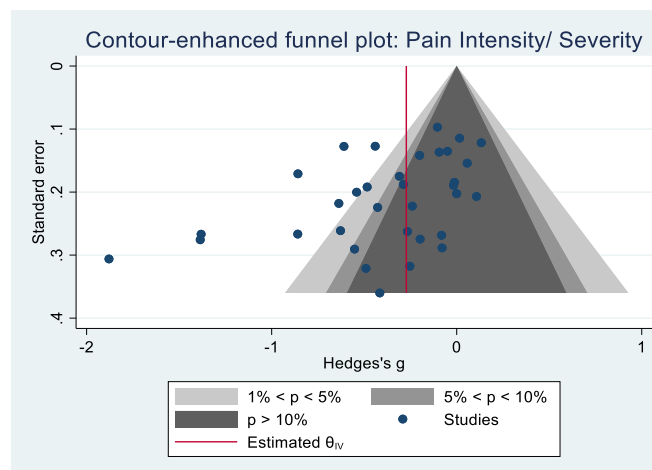
### Satisfaction envers le traitement

Vingt-six études ont mesuré la satisfaction des participants envers les programmes d'autogestion [45, 47, 50-53, 55, 56, 61, 63-66, 69, 72, 76, 77, 79, 80, 83, 87-89, 93, 99, 100]. Une analyse n'a pas pu être réalisé étant donné la divergence des concepts reliés à la satisfaction, la variété des échelles et des formulaires d'évaluation ainsi que la manière par laquelle les résultats étaient rapportés. Parfois, la satisfaction était rapportée de manière interchangeable avec d'autres concepts tels que l'acceptabilité et l'utilisabilité [52, 64, 66, 87, 88]. Des méthodes qualitatives telles que l'utilisation des questions à choix de réponse ouvert ont été utilisées par certains auteurs [66, 79], tandis que la majorité ont choisi des questions oui/non ou des questions à échelle de type Likert [45, 50, 55, 56, 63, 72, 80, 83, 87]. Cependant, nous n'avons pas observés un usage répandu d'échelles validées. Deux études ont utilisé des méthodes mixtes quantitatives et qualitatives afin d'évaluer la satisfaction avec le traitement [64, 65].

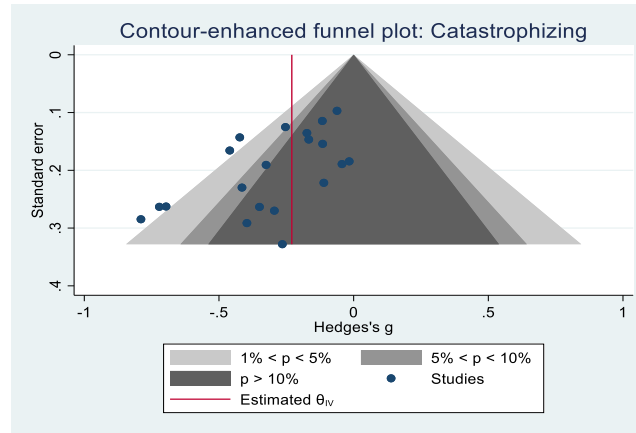
### Biais de publication

Afin d'évaluer le biais de publication, des graphiques en entonnoir ont été produits pour les issues intensité de la douleur, catastrophisation face à la douleur et auto-efficacité, puisqu'ils étaient rapportés dans le plus grand nombre d'études. Des effets dû aux petites d'études ont été observés pour l'intensité de la douleur (test d'Egger,  $p=0.0032$ ) (figure 13) et la catastrophisation face à la douleur (test d'Egger,  $p=0.0046$ ) (figure 14). Les deux raisons principales de la présence de ces effets dû aux petites études sont l'hétérogénéité entre les études et le biais de publications. Il est donc possible que certaines petites études non significatives n'aient pas été publiées ou aient été manquées. Concernant l'auto-efficacité, aucun effet dû aux petites études n'a été observé puisqu'il manque de petites études autant dans les régions significatives que non-significatives (Annexe 6).

**Figure 13. Comparaison intensité de la douleur à court terme, programmes d'autogestion versus aucun traitement ou soins usuels**



**Figure 14. Comparaison catastrophisation face à la douleur à court terme, programmes d'autogestion versus aucun traitement ou soins usuels**



## Discussion

### Résumé des résultats

Cette revue systématique et méta-analyse avait pour objectif d'évaluer les caractéristiques et les effets des programmes d'autogestion de la douleur chronique non-cancéreuse sur les mesures de résultats associés à la douleur chez les patients. Celles-ci ont été choisies en fonction des lignes directrices IMMPACT [33] et informées par les utilisateurs de connaissances de cette revue.

### Caractéristiques des programmes

Afin de bien saisir les aspects des programmes d'autogestion de la douleur qui les rendent efficaces, il est important de documenter les différentes caractéristiques de ceux-ci. Cette revue met en évidence les similitudes des différentes composantes de ces programmes. Pour être inclus dans la revue, les programmes devaient inclure minimalement deux des composantes suivantes : l'éducation sur la douleur, l'éducation et les approches psychologiques, l'activité physique (incluant toutes formes de mouvements), les approches corps-esprit ainsi que les saines habitudes de vie. Parmi les programmes inclus dans cette revue, au moins 75% incluaient ces quatre premières composantes. En effet, les programmes d'autogestion de la douleur chronique incluent souvent le même contenu indépendamment de la cause de la douleur, contrairement aux programmes d'autogestion qui visent des conditions spécifiques.

À cet égard, cette revue démontre la grande variété non seulement des conditions visées par les programmes d'autogestion de la douleur mais aussi la diversité des stratégies d'autogestion mises de l'avant dans ces programmes, des modalités de délivrance ainsi que la durée et l'intensité des programmes [101]. Tel que décrit par d'autres auteurs, peu d'articles présentent une description détaillée des mécanismes ou processus menant aux changements comportementaux qui sont utilisés dans les programmes d'autogestion de la douleur chronique [102]. Par ailleurs, peu d'information était disponible concernant les théories, modèles ou cadres conceptuels de changements comportementaux sur lesquels les programmes se sont appuyés. En effet, aucun cadre théorique n'a été rapporté pour 42% des programmes inclus. Une revue antérieure portant sur les changements comportementaux et les techniques utilisées dans des groupes d'autogestion de douleur chronique du dos et d'arthrite [24, 102] a démontré que la grande majorité des études ne rapportaient pas les cadres théoriques utilisés par les interventions (22/25 ECR; 88%). Cette différence par rapport à nos observations pourrait potentiellement être liée aux critères d'inclusion plus large de notre revue, notamment l'inclusion d'études de tout type de devis, ouvrant la porte aux publications descriptives et aux protocoles. Ce faible taux de mention d'utilisation des théories de changements comportementaux reste problématique puisque ceux-ci forment un aspect fondamental des programmes. Même avec un programme contenant l'information la plus à jour et basée sur des données probantes, si celle-ci n'est pas utilisable, motivante ou graduellement intégrée par l'apprenant, il n'est pas clair comment le programme favorisera la capacité d'autogestion de la douleur. [103] Des études de méthodes mixtes pourraient être une alternative pour mieux saisir quelles caractéristiques et mécanismes sont les plus avantageux.

## Effets des programmes

Au meilleur de nos connaissances, cette revue est la première à étudier les effets des programmes d'autogestion de la douleur sur une si grande variété de type de douleur chronique. À court terme, les individus ayant participé aux programmes d'autogestion ont démontré une amélioration significative de l'interférence liée à la douleur, de l'anxiété, du stress, de la catastrophisation face à la douleur et de la composante physique de la qualité de vie lorsque comparés à ceux ayant reçu aucun traitement ou recevant les soins usuels. Nous avons observé un effet à moyen terme pour l'interférence liée à la douleur, la dépression, l'anxiété, la catastrophisation face à la douleur et l'auto-efficacité. Seul l'auto-efficacité a démontré une amélioration à long terme lorsque comparé avec ceux ayant reçu aucun traitement ou les soins usuels. Les résultats de notre méta-analyse ont révélés que les programmes d'autogestion, comparativement à une intervention alternative, démontraient une légère amélioration de l'intensité de la douleur à court terme.

Nos résultats sont complémentaires aux données probantes provenant d'autres revues systématiques portant sur les interventions d'autogestion visant des populations plus spécifiques. Une revue et Geraghty et coll. a étudié l'efficacité des interventions appliquant les principes d'autogestion chez des individus souffrant de douleur chronique, incluant la fibromyalgie [104]. Cette revue a démontré que les interventions d'autogestion amélioraient la douleur comparativement aux individus dans les groupes contrôles (liste d'attente ou soins usuels) lors des 3 et 6 mois suivant les interventions et ce, avec une faible d'hétérogénéité. Les auteurs ont aussi rapporté que certains résultats tels que ceux liés au fonctionnement physique, la santé mentale et la qualité de vie, étaient en faveur des groupes d'autogestion à court terme. Toutefois, puisque les analyses ont été regroupées de manière différente, une comparaison directe avec nos résultats n'est pas possible. L'efficacité des interventions d'autogestion chez les adultes atteints de douleur orofaciale comparés à ceux recevant les soins usuels a été évaluée par Aggarwal et coll. [21]. Ces derniers ont démontré que la douleur et la dépression s'amélioraient chez les individus suivant des programmes d'autogestion par rapport à ceux avec aucun traitement ou recevant les soins usuels, jusqu'à plus que 3 mois suivant l'intervention. Martinez-Calderon et coll. visaient à identifier les interventions améliorant l'auto-efficacité chez les personnes atteintes de douleur chronique musculosquelettique [105]. Contrairement à nos résultats, ils ont conclu que les interventions d'autogestion n'amélioraient pas l'auto-efficacité de la douleur, peu importe la durée du suivi post-intervention. Ces différences pourraient s'expliquer par une conception distincte des interventions d'autogestion. Des interventions basées uniquement sur des principes d'éducation et/ou d'autogestion étaient incluses dans leur revue. Finalement, puisque notre méta-analyse est la première à inclure les résultats liés à la catastrophisation face à la douleur pour cette population de patients, ils ne peuvent être comparés à d'autres études.

## Implications pour le contexte clinique

Malgré une grande variété en termes de caractéristiques des programmes et de conditions ciblées, nous avons observé un impact faible mais significatif des programmes d'autogestion comparativement à l'absence d'intervention ou aux soins usuels, surtout à court terme. Au regard des longues listes d'attente considérées non acceptables par les patients et non recommandées par l'Association internationale sur l'étude de la douleur [106], tous les patients atteints de douleur chronique en attente de service devraient se voir offrir un programme d'autogestion. Des programmes basés sur la technologie, facilement

accessibles, pourraient permettre de répondre aux nombreux besoins exprimés par les personnes atteintes de douleur chronique [107]. Reconnaître les impacts de l'apprentissage de différentes façons d'autogérer la douleur et de les mettre en pratique peut contribuer à redonner le pouvoir d'agir des personnes atteintes de douleur chronique. Outre nos résultats actuels, les facteurs associés aux listes d'attente pour recevoir des services de santé et son impact justifient la promotion de programmes d'autogestion comme outils d'interventions précoces [108-111]. La réduction de la catastrophisation face à la douleur a été décrite comme un médiateur d'autres résultats, notamment l'intensité de la douleur, le niveau d'incapacité et l'humeur dépressive, dans différentes conditions douloureuses [112-114]. Ainsi, l'effet observé sur la catastrophisation face à la douleur à court et moyen terme peut être une première étape importante dans la réduction d'autres symptômes chez les personnes atteintes de douleur chronique.

## Implication pour la recherche future

Les résultats de cette revue ont confirmé l'importance pour les chercheurs, les cliniciens et les étudiants de sélectionner attentivement les mesures utilisées dans leurs évaluations pour être comparables à d'autres études. Un total de 114 échelles, dont certaines comportant jusqu'à huit sous-échelles, ont été utilisées dans les études repérées par notre revue. Une aussi grande variété d'échelles a pu entraver la comparabilité des résultats de certaines études en rendant fastidieux le regroupement des résultats dans la méta-analyse [20, 21]. Comme documenté dans des publications précédentes, le fonctionnement physique [21, 115] et la qualité de vie reliée à la santé [116, 117] étaient les domaines les plus problématiques en raison de l'utilisation variable des concepts, des échelles et des items. Les échelles les plus utilisées ont été mises en évidence pour chaque critère associé à la douleur chronique. Compte tenu des 57 ECR inclus dans la présente méta-analyse, les échelles courantes pourraient être prises en compte par les chercheurs lors de la planification d'études futures.

Dans l'ensemble, une à neuf échelles ont été utilisées pour rendre compte des résultats des ECR. Plusieurs cas de mesure en double pour le même résultat dans les mêmes études ont été observés. Par exemple, des *Patient-reported outcomes measures* (PROMs) à critères uniques ont été utilisés en combinaison avec des outils multicritères qui mesurent tous deux les mêmes éléments. L'utilisation d'une mesure générique combinée à une mesure spécifique à la maladie, comme le recommandent les lignes directrices IMMPACT, devrait conduire à des comparaisons plus adaptées. Cependant, les nombreuses échelles différentes utilisées dans les études incluses compliquent la réalisation de ces analyses. Dans de telles circonstances, la tâche fastidieuse de remplir plusieurs questionnaires peut représenter une charge inutile pour les participants et contribuer aux taux d'abandon dans les ECR [118].

Kroon et al. ont souligné que l'auto-efficacité devrait être incluse comme critère clé dans l'évaluation des programmes d'éducation à l'autogestion [119]. Au cours des dix dernières années, l'évaluation de l'auto-efficacité dans les études a augmenté. Étant donné que l'autogestion est une approche qui encourage les individus à jouer un rôle actif dans la gestion de la douleur, l'objectif principal de la plupart des programmes est de leur redonner un certain contrôle sur leur vie grâce à l'auto-efficacité. Ainsi, se concentrer de plus en plus sur les résultats correspondant aux objectifs des programmes d'autogestion envoie un message plus approprié aux participants que de cibler principalement la réduction de la douleur.

## Limites

Aux meilleures de nos connaissances, notre revue systématique est la première à évaluer l'impact des programmes d'autogestion de la douleur chronique sur un si grand nombre de critères ; nous sommes cependant conscients des limites suivantes. Par exemple, nous nous sommes basés uniquement sur les informations publiées afin d'obtenir les caractéristiques des programmes. De plus, en absence d'un curriculum formel indiquant les procédures exactes des programmes, certaines caractéristiques auraient pu être manquées. Afin d'éviter ceci, nous avons aussi fait des recherches de protocoles et d'études connexes pour obtenir des informations additionnelles concernant les contenus des programmes et les stratégies d'autogestion.

Tel que démontré dans le tableau 3, notre méta-analyse montre une hétérogénéité modérée ou considérable pour environ le tiers des résultats. Même une analyse de sensibilité, excluant les études avec les populations de patients atypiques ou les échelles invalides, n'a pu que diminuer l'hétérogénéité tout en restant modérée.

À cause des différences entre les cas cliniques (e.g. sexe, âge, types de maladies) des études, nous n'avons pu explorer les causes d'hétérogénéité de manière plus poussée par des analyses de sous-groupes ou par méta-régression. De plus, malgré qu'elles rentraient toutes dans notre cadre de référence général des programmes d'autogestion, il existait tout de même plusieurs types d'interventions distinctes. Les résultats de notre méta-analyse sont donc à interpréter avec prudence.

Nos résultats concernant l'intensité de la douleur et la catastrophisation face à la douleur étaient associés à un possible biais de publication. Ce dernier se produit lorsque la décision de publier repose sur la significativité des résultats [120]. Il n'est pas impossible que des petites études avec des résultats ayant aucun effet significatif ne soient pas publiées. L'absence de telles études pourrait venir biaiser les échantillons utilisés pour des méta-analyses, qui elles se basent majoritairement sur les données venant d'études publiées.

## Conclusion

La publication d'articles sur l'évaluation et la description de programmes d'autogestion se fait à une vitesse croissante. Dans un contexte de services de santé surchargés, les professionnelles de la santé pourraient se servir des connaissances et des effets de ces programmes afin de mieux soutenir leurs patients dans leur parcours avec la douleur chronique.

Nos résultats ont démontré que les programmes d'autogestion amélioreraient de manière significative l'interférence de la douleur, l'anxiété, le stress, la catastrophisation face à la douleur et la composante physique de la qualité de vie à court terme comparativement à aucun traitement ou aux soins usuels. Ces résultats soutiennent l'utilisation de l'autogestion comme option de traitement viable. Les personnes atteintes de douleur chronique sont susceptibles d'améliorer leur santé physique et mentale en participant à un programme d'autogestion de la douleur chronique.

## Références

1. Health Canada, *Working together to better understand, prevent, and manage chronic pain : what we heard. A report by the Canadian Pain Task Force*. 2020: Ottawa, ON. p. 75.
2. Dahlhamer, J., et al., *Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults - United States, 2016*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2018. **67**: p. 1001-1006.
3. Gobina, I., et al., *Prevalence of self-reported chronic pain among adolescents: Evidence from 42 countries and regions*. European Journal of Pain, 2019. **23**(2): p. 316-326.
4. Friedrichsdorf, S.J., et al., *Chronic Pain in Children and Adolescents: Diagnosis and Treatment of Primary Pain Disorders in Head, Abdomen, Muscles and Joints*. Children (Basel, Switzerland), 2016. **3**(4): p. 42.
5. King, S., et al., *The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review*. Pain, 2011. **152**(12): p. 2729-2738.
6. Saxena, A., P. Jain, and S. Bhatnagar, *The prevalence of chronic pain among adults in India*. Indian Journal of Palliative Care, 2018. **24**(4): p. 472.
7. Beifeng, C., et al. *Prevalence and characteristics of chronic body pain in China: a national study*. SpringerPlus, 2016. **5**, 938 DOI: 10.1186/s40064-016-2581-y.
8. Ohayon, M.M. and J.C. Stangl, *Prevalence and comorbidity of chronic pain in the German general population*. Journal of psychiatric research, 2012. **46**(4): p. 444-50.
9. Sá, K.N., et al., *Prevalence of chronic pain in developing countries: systematic review and meta-analysis*. Pain Rep, 2019. **4**(6): p. e779.
10. Gaskin, D.J. and P. Richard, *The economic costs of pain in the United States*. The Journal of Pain, 2012. **13**(8): p. 715-724.
11. Lynch, M.E., *The need for a Canadian pain strategy*. Pain Res Manag, 2011. **16**(2): p. 77-80.
12. Eccleston, C., et al., *Managing patients with chronic pain during the COVID-19 outbreak: considerations for the rapid introduction of remotely supported (eHealth) pain management services*. Pain, 2020. **161**(5): p. 889-893.
13. Fashler, S.R., et al., *Systematic Review of Multidisciplinary Chronic Pain Treatment Facilities*. Pain Research and Management, 2016. **2016**: p. 5960987.
14. Ledel Solem, I.K., et al., *Patients' Needs and Requirements for eHealth Pain Management Interventions: Qualitative Study*. Journal of medical Internet research, 2019. **21**(4): p. e13205-e13205.
15. Palfai, T.P., et al., *Development of a tailored, telehealth intervention to address chronic pain and heavy drinking among people with HIV infection: integrating perspectives of patients in HIV care*. Addict Sci Clin Pract, 2019. **14**(1): p. 35.
16. Moore, S.K., et al., *Patients as collaborators: using focus groups and feedback sessions to develop an interactive, web-based self-management intervention for chronic pain*. Pain Med, 2013. **14**(11): p. 1730-40.
17. Johnson, S.S., et al., *Pain Self-Management for Veterans: Development and Pilot Test of a Stage-Based Mobile-Optimized Intervention*. JMIR Med Inform, 2017. **5**(4): p. e40.
18. Higgins, D.M., et al., *Internet-based pain self-management for veterans: Feasibility and preliminary efficacy of the Pain EASE program*. Pain practice : the official journal of World Institute of Pain, 2019.
19. Hutting, N., et al., *Development of a self-management intervention for employees with complaints of the arm, neck and/or shoulder (CANS): a focus group study with experts*. Journal of occupational medicine and toxicology (London, England), 2015. **10**: p. 9-9.
20. Heapy, A.A., et al., *A Systematic Review of Technology-assisted Self-Management Interventions for Chronic Pain: Looking Across Treatment Modalities*. The Clinical Journal of Pain, 2015. **31**(6): p. 470-492.



21. Aggarwal, V.R., et al., *The effectiveness of self-management interventions in adults with chronic orofacial pain: A systematic review, meta-analysis and meta-regression*. *European Journal of Pain*, 2019. **23**(5): p. 849-865.
22. Bhattarai, P., T.R.O. Newton-John, and J.L. Phillips, *Feasibility evaluation of a pain self-management app-based intervention among older people living with arthritic pain: study protocol*. *Pilot Feasibility Stud*, 2019. **5**: p. 57.
23. Boyers, H.D., et al., *Cost-effectiveness of Self-management Methods for the Treatment of Chronic Pain in an Aging Adult Population: A Systematic Review of the Literature*. *The Clinical Journal of Pain*, 2013. **29**(4): p. 366-375.
24. Keogh, A., et al., *A review of behaviour change theories and techniques used in group based self-management programmes for chronic low back pain and arthritis*. *Man Ther*, 2015. **20**(6): p. 727-35.
25. Martin, D., et al., *The effect of Stanford-type self-management programmes on pain and function in older people with persistent pain*, in *Pain: International Research in Pain Management*. 2013, Nova Science Publishers. p. 165-172.
26. Tufanaru C, M.Z., Aromataris E, Campbell J, Hopp L, *Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness*, in *JBI Manual for Evidence Synthesis*, M.Z. Aromataris E, Editor. 2020, JBI.
27. Moher, D., et al., *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement*. *The BMJ*, 2009. **339**.
28. McGowan, J., et al., *CADTH Methods and Guidelines: PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Explanation and Elaboration*. CADTH: Ottawa, ON, Canada, 2016.
29. Huang, X., J. Lin, and D. Demner-Fushman. *Evaluation of PICO as a knowledge representation for clinical questions*. in *AMIA annual symposium proceedings*. 2006. American Medical Informatics Association.
30. Schardt, C., et al., *Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions*. *BMC medical informatics and decision making*, 2007. **7**(1): p. 1-6.
31. Treede, R., et al., *A classification of chronic pain for ICD-11*. *Pain*, 2015. **156**(6): p. 1003-1007.
32. Carnes, E.D., et al., *Effective Delivery Styles and Content for Self-management Interventions for Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Literature Review*. *The Clinical Journal of Pain*, 2012. **28**(4): p. 344-354.
33. Dworkin, R.H., et al., *Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations*. *Pain*, 2005. **113**(1-2): p. 9-19.
34. Higgins, J.P.T., et al., *The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials*. *BMJ (Clinical research ed.)*, 2011. **343**: p. d5928-d5928.
35. Software., S.S., *Version 17 [Computer program]*. 2021, StataCorp LP College Station, TX.
36. Borenstein, M., et al., *Introduction to meta-analysis*. 2021: John Wiley & Sons.
37. Higgins, J.P.T. and S.G. Thompson, *Quantifying heterogeneity in a meta-analysis*. *Statistics in Medicine*, 2002. **21**(11): p. 1539-1558.
38. Deeks, J., J. Higgins, and D. Altman, *Chapter 9: Analysing data and undertaking meta-analyses in Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0 (updated March 2011)*, J. Higgins and S. Green, Editors. 2011, The Cochrane Collaboration.
39. Higgins, J. and J. Deeks, *Chapter 7: Selecting studies and collecting data*, in *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0 (updated March 2011)*, J. Higgins and S. Green, Editors. 2011, The Cochrane Collaboration.
40. McGrath, S., et al., *Estimating the sample mean and standard deviation from commonly reported quantiles in meta-analysis*. *Statistical methods in medical research*, 2020: p. 962280219889080-962280219889080.
41. Furukawa, T.A., et al., *Imputing missing standard deviations in meta-analyses can provide accurate results*. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2006. **59**(1): p. 7-10.

42. Egger, M., et al., *Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test*. *BMJ*, 1997. **315**(7109): p. 629-634.
43. Cook, A.J., *Cognitive-behavioral pain management for elderly nursing home residents*. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 1998. **53**(1): p. P51-P59.
44. Taylor, S.J., et al., *Novel three-day, community-based, nonpharmacological group intervention for chronic musculoskeletal pain (COPERS): a randomised clinical trial*. *PLoS medicine*, 2016. **13**(6): p. e1002040.
45. Bennell, K.L., et al., *Effects of internet-based pain coping skills training before home exercise for individuals with hip osteoarthritis (HOPE trial): a randomised controlled trial*. *Pain*, 2018. **159**(9): p. 1833-1842.
46. Bourgault, P., et al., *Multicomponent interdisciplinary group intervention for self-management of fibromyalgia: a mixed-methods randomized controlled trial*. *PLoS One*, 2015. **10**(5): p. e0126324.
47. Hurley, D.A., et al., *Feasibility cluster randomised controlled trial evaluating a theory-driven group-based complex intervention versus usual physiotherapy to support self-management of osteoarthritis and low back pain (SOLAS)*. *Trials*, 2020. **21**(1): p. 1-21.
48. Rios, J.C.S., F.Y. Hua, and M.P. Safons, *Posture-focused self-management programme improves pain and function in older people with chronic low back pain: a randomised controlled trial*. *International Journal of Therapy And Rehabilitation*, 2020. **27**(4): p. 1-10.
49. Heapy, A.A., et al., *Interactive voice response-based self-management for chronic back pain: the COPES noninferiority randomized trial*. *JAMA internal medicine*, 2017. **177**(6): p. 765-773.
50. Nicholas, M.K., et al., *Self-management intervention for chronic pain in older adults: a randomised controlled trial*. *PAIN®*, 2013. **154**(6): p. 824-835.
51. Kerns, R.D., et al., *Can we improve cognitive-behavioral therapy for chronic back pain treatment engagement and adherence? A controlled trial of tailored versus standard therapy*. *Health Psychology*, 2014. **33**(9): p. 938.
52. Palermo, T.M., et al., *Internet-delivered cognitive-behavioral treatment for adolescents with chronic pain and their parents: a randomized controlled multicenter trial*. *Pain*, 2016. **157**(1): p. 174.
53. McCarberg, B. and J. Wolf, *Chronic pain management in a health maintenance organization*. *The Clinical journal of pain*, 1999. **15**(1): p. 50-57.
54. Fors, A., et al., *Effects of a person-centred approach in a school setting for adolescents with chronic pain-The HOPE randomized controlled trial*. *European Journal of Pain*, 2020. **24**(8): p. 1598-1608.
55. Bennell, K.L., et al., *Effectiveness of an internet-delivered exercise and pain-coping skills training intervention for persons with chronic knee pain: a randomized trial*. *Annals of internal medicine*, 2017. **166**(7): p. 453-462.
56. Burke, A.L., L.A. Denson, and J.L. Mathias, *Does a brief educational session produce positive change for individuals waiting for tertiary chronic pain services? Pain Medicine*, 2016. **17**(12): p. 2203-2217.
57. Chiauuzzi, E., et al., *painACTION-Back Pain: A Self-Management Website for People with Chronic Back Pain*. *PAIN MEDICINE*, 2010. **11**(7): p. 1044-1058.
58. Dowd, H., et al., *Comparison of an online mindfulness-based cognitive therapy intervention with online pain management Psychoeducation*. *The Clinical journal of pain*, 2015. **31**(6): p. 517-527.
59. Matthias, M.S., et al., *Peer Support for Self-Management of Chronic Pain: The Evaluation of a Peer Coach-Led Intervention to Improve Pain Symptoms (ECLIPSE) Trial*. *Journal of General Internal Medicine*, 2020. **35**(12): p. 3525-3533.
60. Ersek, M., et al., *Results of a randomized controlled trial to examine the efficacy of a chronic pain self-management group for older adults [ISRCTN11899548]*. *Pain*, 2008. **138**(1): p. 29-40.



61. Williams, D.A., et al., *Internet-enhanced management of fibromyalgia: a randomized controlled trial*. *Pain*, 2010. **151**(3): p. 694-702.
62. Smith, J., et al., *Reboot Online: A Randomized Controlled Trial Comparing an Online Multidisciplinary Pain Management Program with Usual Care for Chronic Pain*. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 2019. **20**(12): p. 2385-2396.
63. Wilson, M., et al., *Engagement in online pain self-management improves pain in adults on medication-assisted behavioral treatment for opioid use disorders*. *Addictive Behaviors*, 2018. **86**: p. 130-137.
64. Wilson, M., et al., *Empowering patients with persistent pain using an internet-based self-management program*. *Pain Management Nursing*, 2015. **16**(4): p. 503-514.
65. Friesen, L.N., et al., *Examination of an internet-delivered cognitive behavioural pain management course for adults with fibromyalgia: a randomized controlled trial*. *Pain*, 2017. **158**(4): p. 593-604.
66. Li, Z., M. Tse, and A. Tang, *The effectiveness of a dyadic pain management program for community-dwelling older adults with chronic pain: A pilot randomized controlled trial*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020. **17**(14): p. 4966.
67. Nøst, T.H., et al., *Short-term effect of a chronic pain self-management intervention delivered by an easily accessible primary healthcare service: a randomised controlled trial*. *BMJ open*, 2018. **8**(12): p. e023017.
68. Basler, H.-D. and H.P. Rehfisch, *Cognitive-behavioral therapy in patients with ankylosing spondylitis in a German self-help organization*. *Journal of psychosomatic research*, 1991. **35**(2-3): p. 345-354.
69. Smith, B.E., et al., *A loaded self-managed exercise programme for patellofemoral pain: a mixed methods feasibility study*. *BMC musculoskeletal disorders*, 2019. **20**(1): p. 1-13.
70. LeFort, S.M., et al., *Randomized controlled trial of a community-based psychoeducation program for the self-management of chronic pain*. *Pain*, 1998. **74**(2-3): p. 297-306.
71. Mehlsen, M., et al., *The effect of a lay-led, group-based self-management program for patients with chronic pain: a randomized controlled trial of the Danish version of the Chronic Pain Self-Management Programme*. *Pain*, 2017. **158**(8): p. 1437.
72. Nordin, C.A., et al., *Effects of the web behavior change program for activity and multimodal pain rehabilitation: randomized controlled trial*. *Journal of medical Internet research*, 2016. **18**(10): p. e5634.
73. Peters, J.L. and R.G. Large, *A randomised control trial evaluating in-and outpatient pain management programmes*. *Pain*, 1990. **41**(3): p. 283-293.
74. Morone, G., et al., *Quality of life improved by multidisciplinary back school program in patients with chronic non-specific low back pain: a single blind randomized controlled trial*. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 2011. **47**(4): p. 533-541.
75. Bennell, K.L., et al., *Physical therapist-delivered pain coping skills training and exercise for knee osteoarthritis: randomized controlled trial*. *Arthritis care & research*, 2016. **68**(5): p. 590-602.
76. Miller, J., et al., *Chronic pain self-management support with pain science education and exercise (COMMENCE) for people with chronic pain and multiple comorbidities: a randomized controlled trial*. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 2020. **101**(5): p. 750-761.
77. Masheb, R.M., et al., *A randomized clinical trial for women with vulvodynia: Cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy*. *PAIN®*, 2009. **141**(1-2): p. 31-40.
78. Miettinen, T., et al., *Pain interference type and level guide the assessment process in chronic pain: Categorizing pain patients entering tertiary pain treatment with the Brief Pain Inventory*. *PLOS ONE*, 2019. **14**(8): p. e0221437.
79. Buhrman, M., et al., *Controlled trial of Internet-based treatment with telephone support for chronic back pain*. *Pain*, 2004. **111**(3): p. 368-377.

80. Guarino, H., et al., *Web-based cognitive behavior therapy for chronic pain patients with aberrant drug-related behavior: Outcomes from a randomized controlled trial*. *Pain Medicine*, 2018. **19**(12): p. 2423-2437.
81. Buhrman, M., et al., *Guided internet-based cognitive behavioural treatment for chronic back pain reduces pain catastrophizing: a randomized controlled trial*. *Journal of rehabilitation medicine*, 2011. **43**(6): p. 500-505.
82. Buhrman, M., et al., *Individualized guided internet-delivered cognitive-behavior therapy for chronic pain patients with comorbid depression and anxiety*. *The Clinical journal of pain*, 2015. **31**(6): p. 504-516.
83. Hutting, N., et al., *Effect evaluation of a self-management programme for employees with complaints of the arm, neck or shoulder: a randomised controlled trial*. *Occupational and Environmental Medicine*, 2015. **72**(12): p. 852-861.
84. Lam, J., P. Svensson, and P. Alstergren, *Internet-Based Multimodal Pain Program With Telephone Support for Adults With Chronic Temporomandibular Disorder Pain: Randomized Controlled Pilot Trial*. *Journal of medical Internet research*, 2020. **22**(10): p. e22326.
85. Haas, M., et al., *Chronic disease self-management program for low back pain in the elderly*. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 2005. **28**(4): p. 228-237.
86. Bromberg, J., et al., *A randomized trial of a web-based intervention to improve migraine self-management and coping*. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 2012. **52**(2): p. 244-261.
87. Carpenter, M.K., et al., *An Online Self-help CBT Intervention for Chronic Lower Back Pain*. *The Clinical Journal of Pain*, 2012. **28**(1): p. 14-22.
88. Dear, F.B., et al., *The Pain Course: a randomised controlled trial examining an internet-delivered pain management program when provided with different levels of clinician support*. *PAIN*, 2015. **156**(10): p. 1920-1935.
89. Dear, B.F., et al., *The Pain Course: a randomised controlled trial of a clinician-guided Internet-delivered cognitive behaviour therapy program for managing chronic pain and emotional well-being*. *Pain®*, 2013. **154**(6): p. 942-950.
90. Somers, T.J., et al., *Pain coping skills training and lifestyle behavioral weight management in patients with knee osteoarthritis: a randomized controlled study*. *Pain*, 2012. **153**(6): p. 1199-1209.
91. Keefe, F.J., et al., *Pain coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain: a comparative study*. *Behavior Therapy*, 1990. **21**(1): p. 49-62.
92. Rini, S.C., et al., *Automated Internet-based pain coping skills training to manage osteoarthritis pain: a randomized controlled trial*. *PAIN*, 2015. **156**(5): p. 837-848.
93. Irvine, A.B., et al., *Mobile-Web app to self-manage low back pain: randomized controlled trial*. *Journal of medical Internet research*, 2015. **17**(1): p. e3130.
94. Jessep, S.A., et al., *Long-term clinical benefits and costs of an integrated rehabilitation programme compared with outpatient physiotherapy for chronic knee pain*. *Physiotherapy*, 2009. **95**(2): p. 94-102.
95. Hedborg, K. and C. Muhr, *Multimodal behavioral treatment of migraine: an Internet-administered, randomized, controlled trial*. *Upsala journal of medical sciences*, 2011. **116**(3): p. 169-186.
96. Broderick, J.E., et al., *Nurse practitioners can effectively deliver pain coping skills training to osteoarthritis patients with chronic pain: A randomized, controlled trial*. *PAIN®*, 2014. **155**(9): p. 1743-1754.
97. Kwok, E.Y., R.K. Au, and C.W. Li-Tsang, *The effect of a self-management program on the quality-of-life of community-dwelling older adults with chronic musculoskeletal knee pain: A pilot randomized controlled trial*. *Clinical gerontologist*, 2016. **39**(5): p. 428-448.
98. Ruhlman, L.S., P. Karoly, and C. Enders, *A randomized controlled evaluation of an online chronic pain self management program*. *Pain*, 2012. **153**(2): p. 319-330.

99. Merlin, J.S., et al., *A randomized pilot trial of a novel behavioral intervention for chronic pain tailored to individuals with HIV*. *AIDS and Behavior*, 2018. **22**(8): p. 2733-2742.
100. Palermo, T.M., et al., *Randomized controlled trial of an Internet-delivered family cognitive-behavioral therapy intervention for children and adolescents with chronic pain*. *Pain*, 2009. **146**(1-2): p. 205-213.
101. Oliveira, V.C., et al., *Effectiveness of self-management of low back pain: Systematic review with meta-analysis*. *Arthritis Care & Research*, 2012. **64**(11): p. 1739-1748.
102. Barlow, J., et al., *Self-management approaches for people with chronic conditions: a review*. *Patient Educ Couns*, 2002. **48**(2): p. 177-87.
103. Devan, H., et al., *What Works and Does Not Work in a Self-Management Intervention for People With Chronic Pain? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis*. *PHYSICAL THERAPY*, 2018. **98**(5): p. 381-397.
104. Geraghty, A.W.A., et al., *Self-management for chronic widespread pain including fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis*. *PLOS ONE*, 2021. **16**(7): p. e0254642.
105. Martinez-Calderon, J., et al., *Which Interventions Enhance Pain Self-efficacy in People With Chronic Musculoskeletal Pain? A Systematic Review With Meta-analysis of Randomized Controlled Trials, Including Over 12 000 Participants*. *J Orthop Sports Phys Ther*, 2020. **50**(8): p. 418-430.
106. Deslauriers, S., et al., *Factors associated with waiting times for persons with rheumatic conditions in multidisciplinary pain treatment facilities*. *J Pain Res*, 2019. **12**: p. 2379-2390.
107. Ledel Solem, I.K., et al., *Patients' Needs and Requirements for eHealth Pain Management Interventions: Qualitative Study*. *Journal of medical internet research*, 2019. **21**(4).
108. Burke, A.L., J.L. Mathias, and L.A. Denson, *Waiting for multidisciplinary chronic pain services: A prospective study over 2.5 years*. *J Health Psychol*, 2018: p. 1359105317752828.
109. Liddy, C., et al., *Patient perspectives on wait times and the impact on their life: A waiting room survey in a chronic pain clinic*. *Scand J Pain*, 2017. **17**: p. 53-57.
110. Deslauriers, S., et al., *The burden of waiting to access pain clinic services: perceptions and experiences of patients with rheumatic conditions*. *BMC health services research*, 2021. **21**(1): p. 1-14.
111. Lynch, M.E., et al., *A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain*. *Pain*, 2008. **136**(1-2): p. 97-116.
112. Smeets, R.J., et al., *Reduction of pain catastrophizing mediates the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain*. *J Pain*, 2006. **7**(4): p. 261-71.
113. Edwards, R.R., et al., *Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases*. *Nature reviews. Rheumatology*, 2011. **7**(4): p. 216-24.
114. Wood, B.M., et al., *The mediating role of catastrophizing in the relationship between pain intensity and depressed mood in older adults with persistent pain: A longitudinal analysis*. *Scandinavian Journal of Pain*, 2016. **11**(1): p. 157-162.
115. Schiariti, V. and T.F. Oberlander, *Evaluating pain in cerebral palsy: comparing assessment tools using the International Classification of Functioning, Disability and Health*. *Disabil Rehabil*, 2019. **41**(22): p. 2622-2629.
116. Antonelli, M., D. Donelli, and A. Fioravanti, *Effects of balneotherapy and spa therapy on quality of life of patients with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis*. *Rheumatology International : Clinical and Experimental Investigations*, 2018. **38**(10): p. 1807-1824.
117. Eccleston, C., et al., *Psychological therapies (Internet-delivered) for the management of chronic pain in adults*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014. **2014**(2): p. Cd010152.
118. Skea, Z.C., R. Newlands, and K. Gillies, *Exploring non-retention in clinical trials: a meta-ethnographic synthesis of studies reporting participant reasons for drop out*. *BMJ Open*, 2019. **9**(6): p. e021959.
119. Kroon, F.P., et al., *Self-management education programmes for osteoarthritis*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(1): p. Cd008963.

120. Scargle, J., *Publication bias: the "File-Drawer" problem in scientific inference*. Journal of Scientific Exploration, 2000. **14**: p. 91-106.

## Annexe 1. Stratégies de recherche

Database: All Ovid Medline <1946 - present>

---

10 ("Chronic non-malignant pain" or "chronic nonmalignant pain" or "chronic non malignant pain" or "CNMP").tw,kf. (731)

11 ("Chronic non-cancer pain" or "chronic non cancer pain" or "chronic noncancer\* pain" or "CNCP").tw,kf. (1139)

12 exp Chronic pain/ (11353)

13 ((chronic\* or constant\* or continual\* or continuous\* or ceaseless\* or endless\* or incessant\* or interminabl\* or recur\* or longterm or long-term or nonstop\* or non-stop\* or perpetual\* or persist\* or sustained or refractory or relentless\* or unabat\* or unceasing or unending or uninterrupted\* or unrelenting or unrelieved or unremitt\* or widespread) adj4 pain\*).tw,kf. (29763)

14 ((chronic\* or constant\* or continual\* or continuous\* or ceaseless\* or endless\* or incessant\* or interminabl\* or recur\* or longterm or long-term or nonstop\* or non-stop\* or perpetual\* or persist\* or sustained or refractory or relentless\* or unabat\* or unceasing or unending or uninterrupted\* or unrelenting or unrelieved or unremitt\* or widespread) adj2 pain\*).tw,kf. (69528)

15 ((back or musculoskel\* or intractabl\* or neuropath\* or phantom limb or fantom limb or neck or myofasc\* or 'temporomandib\* joint\*' or 'temperomandib\* joint\*' or 'tempromandib\* joint\*' or post\*stroke or post stroke or complex or regional or spinal cord) adj4 pain).tw,kf. (91766)

16 (sciatica or back-ache? or backache? or lumbago or fibromyalg\* or (trigemin\* adj2 neuralg\*) or (herp\* adj2 neuralg\*) or (diabet\* adj2 neuropath\*) or (reflex adj4 dystroph\*) or (sudeck\* adj2 atroph\*) or causalg\* or whip-lash or whip\*lash or polymyalg\* or (failed back adj4 surg\*) or (failed back adj4 syndrome\*)).tw,kf. (44680)

17 (antiarthritis or arteritis or arthritis or bronchitis or bursitis or carditis or cellulitis or cervicitis or cholecystitis or colitis or conjunctivitis or coxitis or cystitis or dermatitis or diverticulitis or encephalitis or encephalomyelitis or endocarditis or endometritis or enteritis or enterocolitis or epididymitis or fibrositis or folliculitis or gastritis or gastroenteritis or gingivitis or glomerulonephritis or glossitis or mammitis or mastitis or mastoiditis or meningitis or myelitis or myocarditis or myositis or nephritis or neuritis or orchitis or osteitis or osteoarthritis or osteomyelitis or otitis or pancreatitis or phlebitis or pneumonitis or poliomyelitis or polyneuritis or prostatitis pyelitis or rachitis or retinitis or spondylintitis or synovitis or tendinitis or urethritis or uveitis or uvulitis or vaginitis valvulitis vasculitis or vulvitis or vulvovaginitis or demyelinating or multiple sclerosis).tw,kf. (943839)

18 (arthralgia or cardialgia or didymalgia or enteralgia or gastralgia or glossalgia or hepatalgia or ischialgia or nephralgia or orchialgia or ovarialgia or phrenalgia or pleuralgia or proctalgia or rachialgia or coxalgia or causalgia or costalgia or dorsalgia or encephalalgia or epigastralgia or fibromyalgia or gonalgia or mammalgia or mastalgia or Myalgia or nyctalgia or occipitalgia or

omalgia or ophthalmalgia or orchidalgia or ostealgia or otalgia or pharyngalgia or rhinalgia or sacralgia or scapulalgia or spondylalgia or podalgia or tarsalgia or urethralgia).tw,kf. (24235)

19 (arthralgia or cardialgia or didymalgia or enteralgia or gastralgia or glossalgia or hepatalgia or ischialgia or nephralgia or orchialgia or ovarialgia or phrenalgia or pleuralgia or proctalgia or rachialgia or coxalgia or causalgia or costalgia or dorsalgia or encephalalgia or epigastralgia or fibromyalgia or gonalgia or mammalgia or mastalgia or Myalgia or nyctalgia or occipitalgia or omalgia or ophthalmalgia or orchidalgia or ostealgia or otalgia or pharyngalgia or rhinalgia or sacralgia or scapulalgia or spondylalgia or podalgia or tarsalgia or urethralgia).tw,kf. (24235)

20 exp arthritis/ (244357)

21 exp arthralgia/ (11807)

22 exp demyelinating disease/ (93914)

23 multiple sclerosis/ (48887)

24 exp neuritis/ (6917)

25 exp fibromyalgia/ (7889)

26 exp neuralgia/ (18772)

27 exp Gastroenteritis/ (207285)

28 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 (1362171)

29 pain management/ (29820)

30 "pain management".tw,kf. (21523)

31 (pain adj3 alleviation\*).tw,kf. (1259)

32 (pain adj3 control).tw,kf. (18086)

33 (pain adj3 manage\*).tw,kf. (30770)

34 (pain adj3 palliat\*).tw,kf. (1999)

35 (pain adj3 therap\*).tw,kf. (9422)

36 (pain adj3 reduce\*).tw,kf. (16865)

37 (pain adj3 reduction).tw,kf. (11393)

38 (pain adj3 relief).tw,kf. (35178)

39 (pain adj3 reliev\*).tw,kf. (11081)

40 (pain adj5 meditat\*).tw,kf. (98)

41 (pain adj5 mindful\*).tw,kf. (208)

42 exp Analgesia/ (41801)

43 analgesia.tw,kf. (61219)



- 44 (pain adj3 medicat\*).tw,kf. (6546)
- 45 or/29-44 (186037)
- 46 Self-Management/ (978)
- 47 Self-Management.tw,kf. (16149)
- 48 Self-Manag\*.tw,kf. (17086)
- 49 Self-monitor\*.tw,kf. (7279)
- 50 self regulat\*.tw,kf. (11002)
- 51 (patient? adj3 (activat\* or empower\* or engag\* or initiat\* or participat\* or involve\*)).tw,kf. (98452)
- 52 health behavior/ (46170)
- 53 \*self care/ or \*self administration/ or \*self medication/ (20896)
- 54 ((self or himself or herself or themsel\* or personal or patient) adj2 (control\* or efficacy or manag\* or monitor\* or regulat\* or sufficien\*)).tw,kf. (127103)
- 55 self efficacy/ (18148)
- 56 patient education/ (81412)
- 57 patient participation/ (23513)
- 58 patient controlled.tw,kf. (5960)
- 59 or/46-58 (366463)
- 60 28 and 45 and 59 (3596)
- 61 exp Child/ not (exp Adult/ or Adolescent/) (778886)
- 62 exp Infant/ not (exp Adult/ or Adolescent/) (676179)
- 63 exp Animals/ not Humans/ (4553712)
- 64 61 or 62 or 63 (5768127)
- 65 60 not 64 (3549)
- 66 remove duplicates from 65 (3543)

\*\*\*\*\*

## **CINAHL**

S33 AND S39 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase View Results (3,949) View Details Edit

S39 S34 OR S35 OR S36 OR S38 View Results (131,436) View Details Edit

S38 (MH "Health Behavior+") OR "health behavior" OR (MM "Health Seeking Behavior Alteration (Saba CCC)") OR (MH "Health Behavior Component (Saba CCC)+") OR (MM "Cox Interaction Model of Client Health Behavior") OR (MM "Health Knowledge and Behavior (Iowa NOC)") OR (MM "Health Promoting Behavior (Iowa NOC)") OR (MM "Health Seeking Behavior (Iowa NOC)") OR (MH "Health Seeking Behaviors (NANDA)+") OR (MH "Domain IV: Health-Related Behaviors Domain (Omaha)+") OR (MM "Knowledge: Health View Results (88,023) View Details Edit

Behaviors (Iowa NO ...

S37 AB patient involvement\* OR AB patient participation View Results (2,175) View Details Edit

S36 "patient empowerment" View Results (700) View Details Edit

S35 AB Self-Manage\* OR Self-monitor\* View Results (14,419) View Details Edit

S34 (MM "Self-Management") OR "Self-Management" OR (MH "Self Care+") View Results (47,041) View Details Edit

S33 S19 AND S32 View Results (77,838) View Details Edit

S32 S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 View Results (123,513) View Details Edit

S31 "pain medication" View Results (7,410) View Details Edit

S30 (MH "Analgesia+") OR "Analgesia" View Results (21,975) View Details Edit

S29 (MM "Meditation") OR "meditation" OR (MH "Mindfulness") OR (MM "Meditation (Iowa NIC)") View Results (7,868) View Details Edit

S28 AB relieve pain OR AB pain relief View Results (10,195) View Details Edit

S27 "pain relief" View Results (14,709) View Details Edit

S26 AB reduce pain OR AB pain reduction AND AB reduce pain View Results (1,764) View Details Edit

S25 "pain therapy" View Results (31,480) View Details Edit

S24 (MM "Pain Management") OR "pain management" OR (MM "Pain Management (Iowa NIC)") View Results (16,196) View Details Edit

S23 (MH "Pain Control (Saba CCC)+") OR AB control pain OR AB pain control View Results (3,894) View Details Edit

S22 (MH "Pain Control (Saba CCC)+") View Results (3) View Details Edit

S21 TX "pain management" OR TX pain alleviation OR TX alleviate pain View Results (67,549) View Details Edit

S20 (MM "Pain Management") OR "pain management" OR (MM "Pain Management (Iowa NIC)") View Results (16,196) View Details Edit

S19 S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 View Results (1,352,974) View Details Edit

S18 (MH "Arthritis+") View Results (62,227) View Details Edit

S17 (MH "Gastroenteritis+") View Results (25,213) View Details Edit

S16 (MH "Neuralgia+") View Results (5,656) View Details Edit

S15 (MH "Fibromyalgia") OR "fibromyalgia" View Results (6,053) View Details Edit

S14 (MH "Neuritis+") OR "neuritis" View Results (1,605) View Details Edit

S13 (MH "Multiple Sclerosis") OR "multiple sclerosis" View Results (19,227) View Details Edit

S12 (MH "Demyelinating Diseases+") View Results (20,706) View Details Edit

S11 TX arthralgia or cardialgia or didymalgia or enteralgia or gastralgia or glossalgia or hepatalgia or ischialgia or nephralgia or orchialgia or ovarialgia or phrenalgia or pleuralgia or proctalgia or rachialgia or coxalgia or causalgia or costalgia or dorsalgia or encephalalgia or epigastralgia or fibromyalgia or gonalgia or mammalgia or mastalgia or Myalgia or nyctalgia or occipitalgia or omalgia or ophthalmalgia or orchidalgia or ostealgia or otalgia or pharyngalgia or rhinalgia or sacralgia or ... View Results (19,416) View Details Edit

S10 TX antiarthritis or arteritis or arthritis or bronchitis or bursitis or carditis or cellulitis or cervicitis or View Results (286,608) View Details

cholecystitis or colitis or conjunctivitis or coxitis or cystitis or dermatitis or diverticulitis or encephalitis or encephalomyelitis or endocarditis or endometritis or enteritis or enterocolitis or epididymitis or fibrositis or folliculitis or gastritis or gastroenteritis or gingivitis or glomerulonephritis or glossitis or mammitis or mastitis or mastoiditis or meningitis or myelitis ... Edit

S9 TX ( back or musculoskel\* or intractabl\* or neuropath\* or phantom limb or fantom limb or neck or myofasc\* or 'temporomandib\* joint\*' or 'temperomandib\* joint\*' or 'tempromandib\* joint\*' or post\*stroke or post stroke or complex or regional or spinal cord ) AND AB pain View Results (56,806) View Details Edit

S8 S6 AND S7 View Results (61,887) View Details Edit

S7 AB pain View Results (151,325) View Details Edit

S6 TX chronic\* or constant\* or continual\* or continuous\* or ceaseless\* or endless\* or incessant\* or interminabl\* or recur\* or longterm or long-term or nonstop\* or non-stop\* or perpetual\* or persist\* or sustained or refractory or relentless\* or unabab\* or unceasing or unending or uninterrupt\* or unrelenting or unrelieved or unremitt\* or widespread View Results (1,085,330) View Details Edit

S5 (MM "Chronic Pain") OR "Chronic pain" OR (MM "Chronic Pain (NANDA)") OR (MM "Chronic Pain Control (Saba CCC)") OR (MM "Chronic Pain (Saba CCC)") View Results (25,867) View Details Edit

S4 AB CNMP OR AB CNCP View Results (118) View Details Edit

S3 "chronic non malignant pain" View Results (113) View Details Edit

S2 "chronic nonmalignant pain" View Results (239) View Details Edit

S1 "Chronic non-malignant pain" View Results (113) View Details

**Database: PsycINFO <1987 to February Week 4 2019>**

---

1 ("Chronic non-malignant pain" or "chronic nonmalignant pain" or "chronic non malignant pain" or "CNMP").tw. (279)

2 ("Chronic non-cancer pain" or "chronic non cancer pain" or "chronic noncancer\* pain" or "CNCP").tw. (430)

3 exp Chronic Pain/ (12091)

4 ((chronic\* or constant\* or continual\* or continuous\* or ceaseless\* or endless\* or incessant\* or interminabl\* or recur\* or longterm or long-term or nonstop\* or non-stop\* or perpetual\* or persist\* or sustained or refractory or relentless\* or unabat\* or unceasing or unending or uninterrupted\* or unremitting or unrelieved or unremitt\* or widespread) adj4 pain\*).tw. (21912)

5 ((back or musculoskel\* or intractabl\* or neuropath\* or phantom limb or fantom limb or neck or myofasc\* or 'temporomandib\* joint\*' or 'temperomandib\* joint\*' or 'tempromandib\* joint\*' or post\*stroke or post stroke or complex or regional or spinal cord) adj4 pain).tw. (15011)

6 (sciatica or back-ache? or backache? or lumbago or fibromyalg\* or (trigemin\* adj2 neuralg\*) or (herp\* adj2 neuralg\*) or (diabet\* adj2 neuropath\*) or (reflex adj4 dystroph\*) or (sudeck\* adj2 atroph\*) or causalg\* or whip-lash or whip\*lash or polymyalg\* or (failed back adj4 surg\*) or (failed back adj4 syndrome\*)).tw. (5524)

7 (antiarthritis or arteritis or arthritis or bronchitis or bursitis or carditis or cellulitis or cervicitis or cholecystitis or colitis or conjunctivitis or coxitis or cystitis or dermatitis or diverticulitis or encephalitis or encephalomyelitis or endocarditis or endometritis or enteritis or enterocolitis or epididymitis or fibrositis or folliculitis or gastritis or gastroenteritis or gingivitis or glomerulonephritis or glossitis or mammitis or mastitis or mastoiditis or meningitis or myelitis or myocarditis or myositis or nephritis or neuritis or orchitis or osteitis or osteoarthritis or osteomyelitis or otitis or pancreatitis or phlebitis or pneumonitis or poliomyelitis or polyneuritis or prostatitis pyelitis or rachitis or retinitis or spondylintis or synovitis or tendinitis or urethritis or uveitis or uvulitis or vaginitis valvulitis vasculitis or vulvitis or vulvovaginitis or demyelinating or multiple sclerosis).tw. (31488)

8 (arthralgia or cardialgia or didymalgia or enteralgia or gastralgia or glossalgia or hepatalgia or ischialgia or nephralgia or orchialgia or ovarialgia or phrenalgia or pleuralgia or proctalgia or rachialgia or coxalgia or causalgia or costalgia or dorsalgia or encephalalgia or epigastralgia or fibromyalgia or gonalgia or mammalgia or mastalgia or Myalgia or nyctalgia or occipitalgia or omalgia or ophthalmalgia or orchidalgia or ostealgia or otalgia or pharyngalgia or rhinalgia or sacralgia or scapulalgia or spondylalgia or podalgia or tarsalgia or urethralgia).tw. (3480)

9 exp ARTHRITIS/ (3679)

10 [exp arthralgia not valid in PsychInfo] (0)

11 exp Demyelination/ (1611)

12 exp Multiple Sclerosis/ (11910)

13 exp OPTIC NEURITIS/ (223)

14 exp FIBROMYALGIA/ (1844)

- 15 exp NEURALGIA/ (857)
- 16 exp Gastrointestinal Disorders/ (6039)
- 17 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 (69561)
- 18 exp Pain Management/ (8909)
- 19 exp Pain Management/ (8909)
- 20 "pain management".tw. (6975)
- 21 (pain adj3 alleviation\*).tw. (180)
- 22 (pain adj3 control).tw. (3141)
- 23 (pain adj3 manage\*).tw. (8749)
- 24 (pain adj3 palliat\*).tw. (388)
- 25 (pain adj3 therap\*).tw. (1651)
- 26 (pain adj3 reduce\*).tw. (2583)
- 27 (pain adj3 reduction).tw. (1731)
- 28 (pain adj3 relief).tw. (3521)
- 29 (pain adj3 reliev\*).tw. (1325)
- 30 (pain adj5 meditat\*).tw. (78)
- 31 (pain adj5 mindful\*).tw. (212)
- 32 exp ANALGESIA/ (3535)
- 33 analgesia.tw. (5461)
- 34 (pain adj3 medicat\*).tw. (1496)
- 35 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 (25352)
- 36 exp Self-Management/ (5835)
- 37 Self-Management.tw. (8063)
- 38 Self-Manag\*.tw. (8800)
- 39 Self-monitor\*.tw. (5116)
- 40 self regulat\*.tw. (19685)
- 41 (patient? adj3 (activat\* or empower\* or engag\* or initiat\* or participat\* or involve\*)).tw. (17896)
- 42 exp Health Behavior/ (26547)

43 exp Self-Care Skills/ (3652)

44 exp Drug Self Administration/ (2079)

45 exp Self-Medication/ (648)

46 ((self or himself or herself or themsel\* or personal or patient) adj2 (control\* or efficacy or manag\* or monitor\* or regulat\* or sufficien\*)),.tw. (89762)

47 exp Self-Efficacy/ (20545)

48 exp Client Education/ (3410)

49 patient education.tw. (3221)

50 exp Client Participation/ (1908)

51 patient participation.tw. (908)

52 patient controlled.tw. (334)

53 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 (142520)

54 17 and 35 and 53 (1148)

55 exp Animals/ not Humans/ (258620)

56 54 not 55 (1143)

57 remove duplicates from 56 (1143)

## Annexe 2. Tableau des études incluses

Auteur	Pays	Nom de programme	ECR
Andersen , 2014	Danemark	Chronic Pain Self-Management Program	
Anderson , 2018	Royaume-Uni	Co-Creating Health (CCH) self-management programme	
Bailey, 2020	États-Unis	12-week Digital care program (DCP)	
Bostrom, 2020	Norvège	EPIO	
Ledel, 2020	Norvège	EPIO	
Bruns, 2019	États-Unis	Integrative Pain Management Program (IPMP)	
Chao, 2019	États-Unis	Integrative Pain Management Program (IPMP)	
Hurstak, 2019	États-Unis	Integrative Pain Management Program (IPMP)	
Casey, 2019	Irlande	Multidisciplinary Pain Management Programme (PMP)	
Basler , 1991	Allemagne	Pain management program	Oui
Charland, 2019	Canada	Programme d'Éducation de Groupe pour l'Autogestion des Symptômes douloureux (PÉGASO)	
Dobson , 2014	Australie	IMPACT - knee pain	
Bennell , 2017	Australie	IMPACT - knee pain + Pain Coach	Oui
Bennell , 2015	Australie	HOPE Trial	
Bennell , 2018	Australie	HOPE Trial (internet-based pain coping skills training (PCST)	Oui
Clare, 2019	Royaume-Uni	outpatient Pain Management Programme	
Davin, 2019	États-Unis	Interdisciplinary pain program (IPP)	
De, 2020	Australie	Stepped Care Approach	
Boschen , 2016	Canada	CBT Pain Self-Management Outpatient Program	
Bourgault , 2015	Canada	Self-management of fibromyalgia	Oui
Bennell , 2016	États-Unis	Pain Coping Skills Training (PCST)	Oui
Buhrman , 2004	Suède	Internet-based self-help treatment	Oui
Burke , 2016	Australie	Brief Educational Session	Oui
Burns , 2013	Canada	Program for Chronic Pain After Spinal Cord Injury	
Fors, 2020	Suède	Help Overcoming Pain Early (HOPE)	
Nilsson, 2019	Suède	Help Overcoming Pain Early (HOPE)	Oui
Gardiner, 2020	États-Unis	Electronic Health Toolkit (Our Lives for Chronic Pain)	
Carpenter , 2012	États-Unis	Wellness Workbook (WW)	Oui
Caudill , 1991	États-Unis	Behavioral Medicine Pain Program	
Chiauzzi , 2010	États-Unis	PainACTION (chronic back pain)	Oui
Hardman, 2019	Australie	Multidisciplinary pain service	
Higgins, 2019	États-Unis	Pain EASE Program	
Hosogoshi, 2020	Japon	Basic individualized CBT for chronic pain (CBT-CP)	
Deirdre 2016	Irlande	Self-management of osteoarthritis and low back pain (SOLAS)	

Hurley, 2015	Irlande	Self-management of osteoarthritis and low back pain (SOLAS)	
Hurley, 2020	Irlande	Self-management of osteoarthritis and low back pain (SOLAS)	
Toomey, 2017	Irlande	Self-management of osteoarthritis and low back pain (SOLAS)	Oui
Chinonso 2020	Nigeria	Good Back program	
Igweni-Chidobe, 2020	Nigeria	Good Back program	
Ikemoto, 2020	Japon	CBT-based multidisciplinary pain management program based on the program reported by Nicholas et al. (2394)	
Katz, 2020	Canada	Interdisciplinary chronic pelvic pain program	
Khodadad, 2019	Iran	Cognitive functional treatment (CFT)	
Davies , 2011	Australie	Self-Training Educative Pain Sessions (STEPS)	
Lagueux, 2020	Canada	Lifestyle Redesign	
Lam, 2020	Suède	Internet-based multimodal pain program	Oui
Li, 2020	Chine	Dyadic pain management program (DPMP)	Oui
Dowd , 2015	Irlande	Online Pain Management Psychoeducation	Oui
Dysvik , 2004	Norvège	multidisciplinary pain management program	
Dysvik , 2005	Norvège	multidisciplinary pain management program	
Dysvik , 2010	Norvège	multidisciplinary pain management program	
Dysvik , 2012	Norvège	multidisciplinary pain management program	
Marianne, 2019	États-Unis	Peer coach-led intervention to improve pain symptoms (ECLIPSE)	
Matthias, 2020	États-Unis	Peer coach-led intervention to improve pain symptoms (ECLIPSE)	Oui
Ersek , 2003	États-Unis	Pain self-management group for elders/ elderly persons	
Ersek , 2004	États-Unis	Pain self-management group for elders/ elderly persons	
Ersek , 2008	États-Unis	Pain self-management group for elders/ elderly persons	Oui
Jordan 2015	Canada	Chronic pain selfmanagement support with pain science education and exercise (COMMENCE)	
Miller, 2020	Canada	Chronic pain selfmanagement support with pain science education and exercise (COMMENCE)	Oui
Palfai, 2020	États-Unis	Tailored videoconferencing intervention	
Tibor 2019	États-Unis	Tailored videoconferencing intervention	
Furnes , 2014	Norvège	cognitive behavioral therapy (CBT)	
Pate, 2021	Australie	Spark Pain Program	
Rajappa, 2019	Australie	Hunter Integrated Pain Service	
Rios, 2020	Brésil	posture-focused self-management programme	Oui
Guarino , 2018	États-Unis	Take charge of pain	Oui
Scriven, 2019	Australie	Manage Your Pain multisite telehealth group program	



Group , 2005	États-Unis	Stanford's Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP)	Oui
Haas , 2005	États-Unis	Stanford's Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP)	
Slater, 2020	Australie		
Benjamin 2018	Royaume-Uni	Loaded self-managed exercise programme	
Smith, 2019	Royaume-Uni	Loaded self-managed exercise programme	Oui
Smith, 2019	Royaume-Uni	Loaded self-managed exercise programme	
Harrison , 2017	Royaume-Uni	Telephone-supported hybrid CBT and ACT self-management intervention	
Heapy , 2016	États-Unis	Cooperative pain education and self-management (COPEs)	
Heapy , 2017	États-Unis	Cooperative Pain Education and Self-management (COPEs)	Oui
Van, 2020	Royaume-Uni	Interdisciplinary veteran-specific pain management programme (PMP)	
Hutting , 2013	Pays-Bas	Self-management programme	
Hutting , 2015	Pays-Bas	Self-management programme	Oui
Hutting , 2015	Pays-Bas	Self-management programme	
Hutting , 2015	Pays-Bas	Self-management programme	
Hutting , 2017	Pays-Bas	Self-management programme	
Irvine , 2015	États-Unis	FitBack	Oui
Yu, 2020	Chine	Online pain management programme	
Yu, 2020	Singapore	Multidisciplinary group pain program	
Johnson , 2017	États-Unis	Pain Self-Management for Veterans	
JoyPaul , 2018	Australie	Turning Pain Into Gain program	
Kwok , 2016	Chine	Arthritis Self-management Programme (ASMP)	Oui
LeFort , 1998	Canada	Stanford Chronic Pain Self-Management Programme (CPSMP)	Oui
Heinz-Dieter Basler , 1990	États-Unis	NIL	Oui
McManus , 2014	Irlande	Feeling better programme	
Mehlsen , 2015	Danemark	Danish adaptation of the CPSMP	
Mehlsen , 2017	Danemark	Danish adaptation of the CPSMP	Oui
Merlijn , 2005	Pays-Bas	Cognitive-behavioural training program	
Merlin , 2018	États-Unis	Skills TO Manage Pain (STOMP)	Oui
Moore , 2013	États-Unis	Web-Based Self-Management Intervention	
Nicholas , 2013	Australie	Pain self-management group (PSM)	Oui
Nicholas , 2017	Australie	Pain self-management group (PSM)	
Nicholas , 2012	Australie	Pain self-management group (PSM) & pain management program (ADAPT)	
Niesen , 2018	États-Unis	Nurse-led education and CBT intervention	
Nordin , 2016	Suède	Web Behavior Change Program for Activity (Web-BCPA)	Oui
Nordin , 2017	Suède	Web Behavior Change Program for Activity (Web-BCPA)	

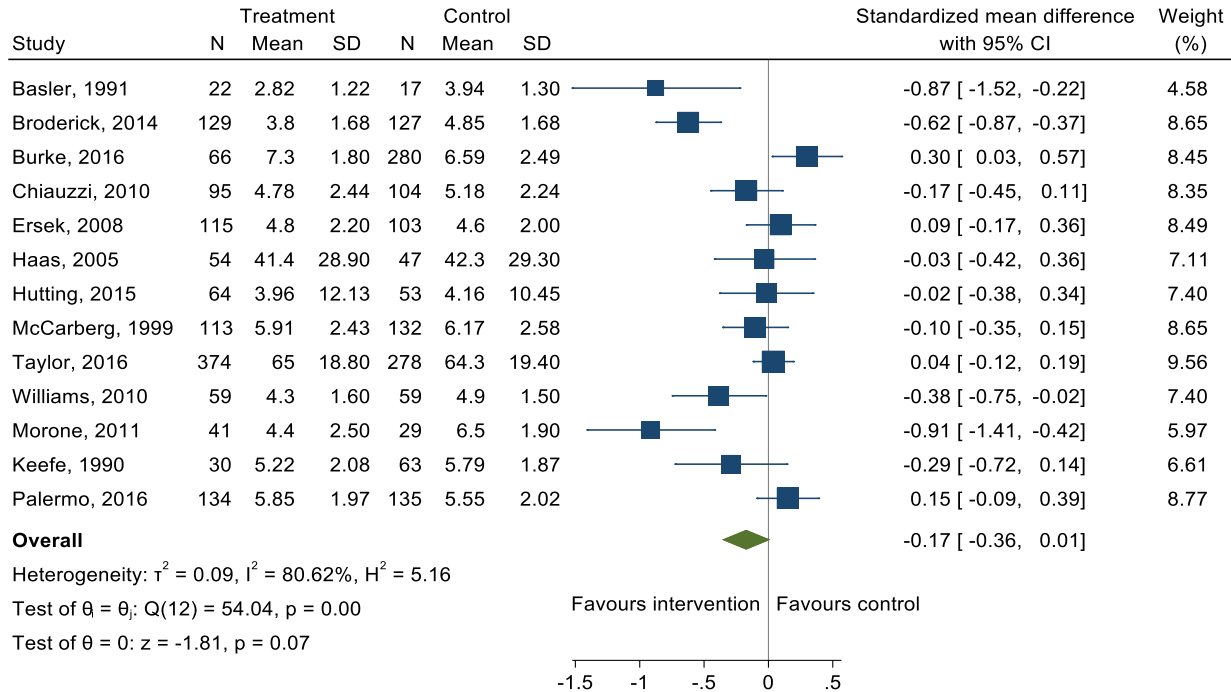
Gronning , 2018	Norvège	Chronic pain self-management intervention	
Nost , 2016	Norvège	Chronic pain self-management intervention	
Nost , 2018	Norvège	Chronic pain self-management intervention	Oui
Nost , 2018	Norvège	Chronic pain self-management intervention	
Parker , 2011	États-Unis	Arthritis Foundation Self-Help Program (ASHP)	
Reid , 2014	États-Unis	Arthritis Foundation Self-Help Program (ASHP)	
Perry , 2010	Australie	SpinalADAPT	
Rahman , 2014	Royaume-Uni	Cognitive behavioural pain management programme	
Rini , 2015	États-Unis	PainCoach	Oui
Ruehlman , 2012	États-Unis	Chronic Pain Management Program (CPMP)	Oui
Wilson , 2015	États-Unis	Chronic Pain Management Program (CPMP)	Oui
Wilson , 2018	États-Unis	Chronic Pain Management Program (CPMP)	Oui
Somers , 2012	États-Unis	Combined pain coping skills training (PCST) and lifestyle behavioral weight management (BWM) intervention	Oui
Sullivan , 2018	États-Unis	PainTracker Self-Manager (PTSM) intervention	
Vilardaga , 2020	États-Unis	PainTracker Self-Manager (PTSM) intervention	
Carnes , 2013	Royaume-Uni	COPERS	
Carnes , 2013	Royaume-Uni	COPERS	
Taylor , 2016	Royaume-Uni	COPERS	Oui
Taylor , 2016	Royaume-Uni	COPERS	
Turner , 2018	États-Unis	Living Better Beyond Pain (LBBP) chronic pain self-management program	
Turner , 2018	États-Unis	Living Better Beyond Pain (LBBP) chronic pain self-management program	
Turner , 2018	États-Unis	Living Better Beyond Pain (LBBP) chronic pain self-management program	
Ventura , 2018	États-Unis	Chronic Knee Pain Program	
Williams , 2010	États-Unis	Internet-enhanced management of fibromyalgia	Oui
Wong , 2009	ROYAUME-UNI	multidisciplinary outpatient pain management programme	
McCarberg , 1999	Allemagne	NIL	
Christopher , 1987	Canada	Thought-sampling procedure	
Peters , 1992	Nouvelle Zélande	Outpatient pain management programme	
Peters , 1990	Nouvelle Zélande	Outpatient pain management programme (OPMP)	Oui
Beissner , 2012	États-Unis	Cognitive-Behavioral Plus Exercise Intervention (CBET intervention)	
Bromberg , 2012	États-Unis	PainACTION (migraine)	Oui
Jessep , 2009	Royaume-Uni	ESCAPE-knee	Oui
Kerns , 2014	États-Unis	Tailored cognitive– behavioral therapy (TCBT)	Oui
Mårtensson , 1999	Suède	Biopsychosocial rehabilitation programme	
Mårtensson , 2004	Suède	Biopsychosocial rehabilitation programme	
Masheb , 2009	États-Unis	Cognitive-behavioral therapy (CBT)	Oui

Long , 2009	États-Unis	Web-based Management of Adolescent Pain (Web-MAP)	Oui
Palermo , 2009	États-Unis	Web-based Management of Adolescent Pain (Web-MAP)	
Palermo , 2016	États-Unis	Web-based Management of Adolescent Pain (Web-MAP)	Oui
Tousignant-Laflamme , 2013	Canada	Brief group education	
Hedborg , 2011	Suède	Internet-based multimodal behavior treatment (MBT) program for migraine	Oui
Morone , 2011	Italy	Multidisciplinary back school program for chronic low back pain	Oui
Cook , 1998	Canada	Cognitive-Behavioral Pain Management	Oui
Keefe , 1990	États-Unis	Pain coping skills training	Oui
Keefe , 1990	États-Unis	Pain Coping Skills Training	
Buhrman , 2011	Suède	Internet-based cognitive behavioural treatment (chronic back pain self-help management program)	Oui
Buhrman , 2015	Suède	Internet-based cognitive behavioural therapy (chronic pain and depression)	Oui
Dear , 2013	Australie	The Pain Course	Oui
Dear , 2015	Australie	The Pain Course	Oui
Dear , 2017	Australie	The Pain Course	Oui
Dear , 2018	Australie	The Pain Course	
Friesen , 2017	Australie	The Pain Course	
Gandy , 2016	Australie	The Pain Course	
Gandy , 2018	Australie	The Pain Course	
Smith , 2019	Australie	Reboot Online	Oui
Schultz , 2018	Australie	Reboot Online program	
Broderick , 2014	Australie	Pain coping skills training (PCST)	Oui



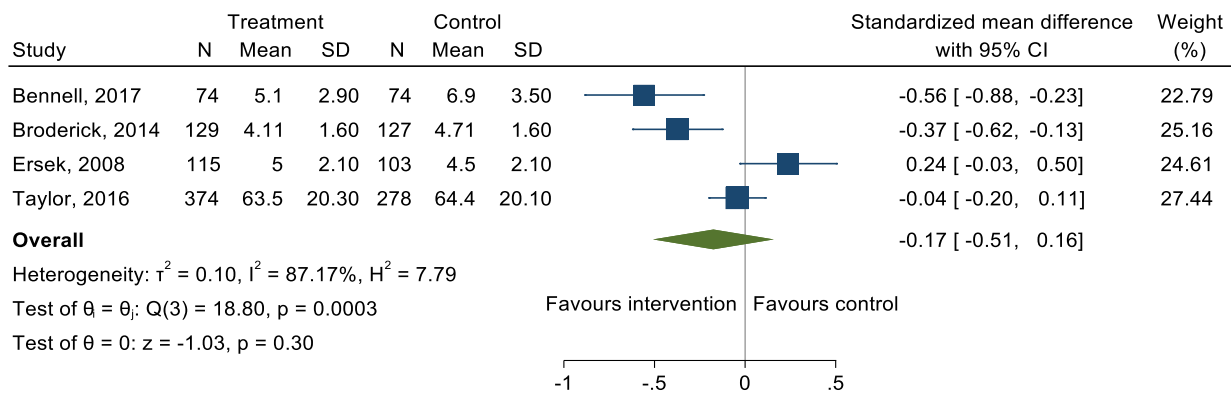
## Annexe 4. Graphiques en forêt

### Intensité de la douleur à moyen terme, comparé à aucun traitement ou soins usuels



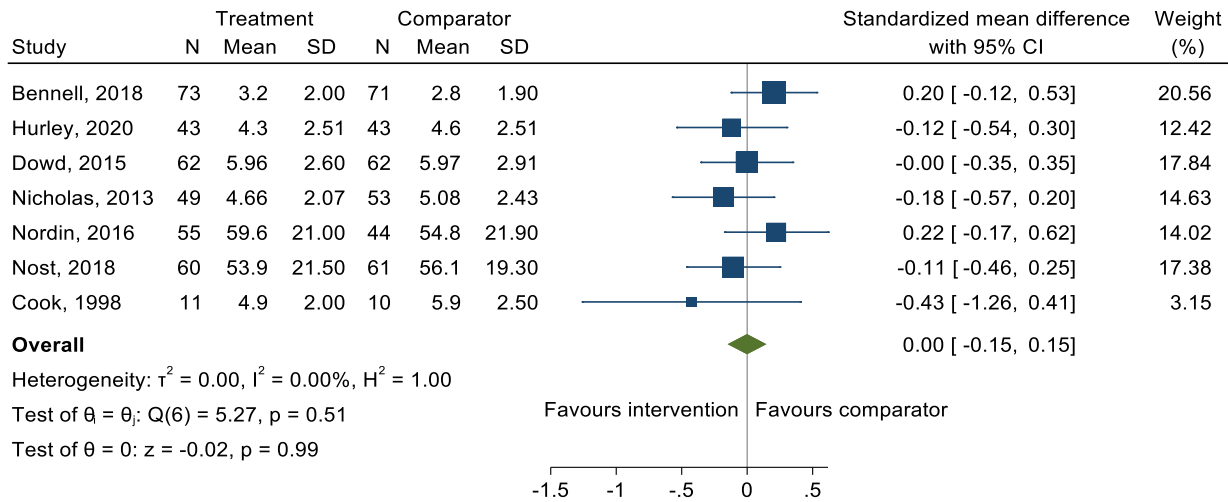
Random-effects REML model

### Intensité de la douleur à long terme, comparé à aucun traitement ou soins usuels



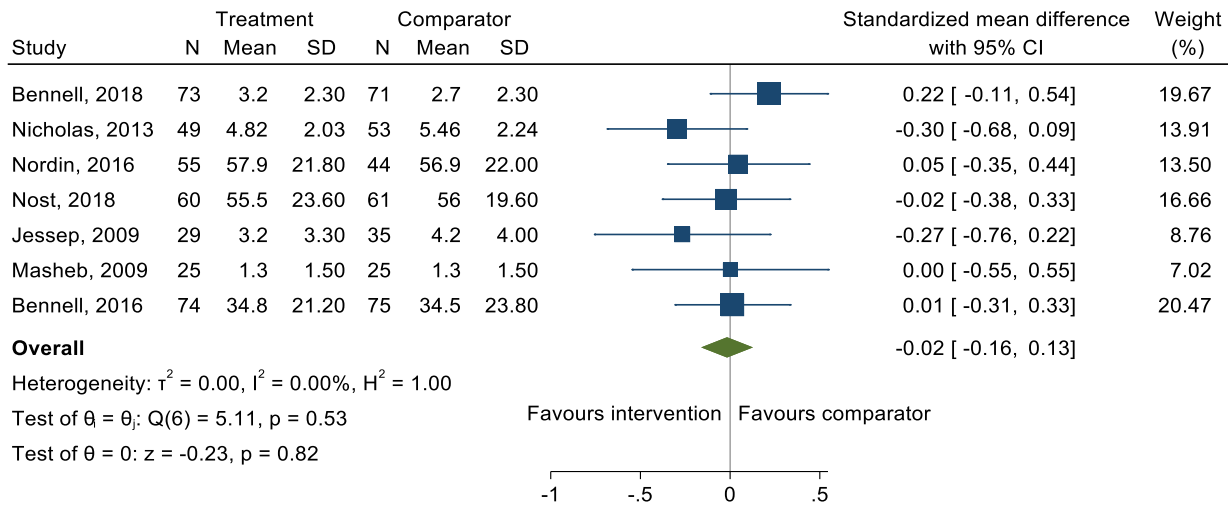
Random-effects REML model

### Intensité de la douleur à moyen terme, comparé à une intervention alternative



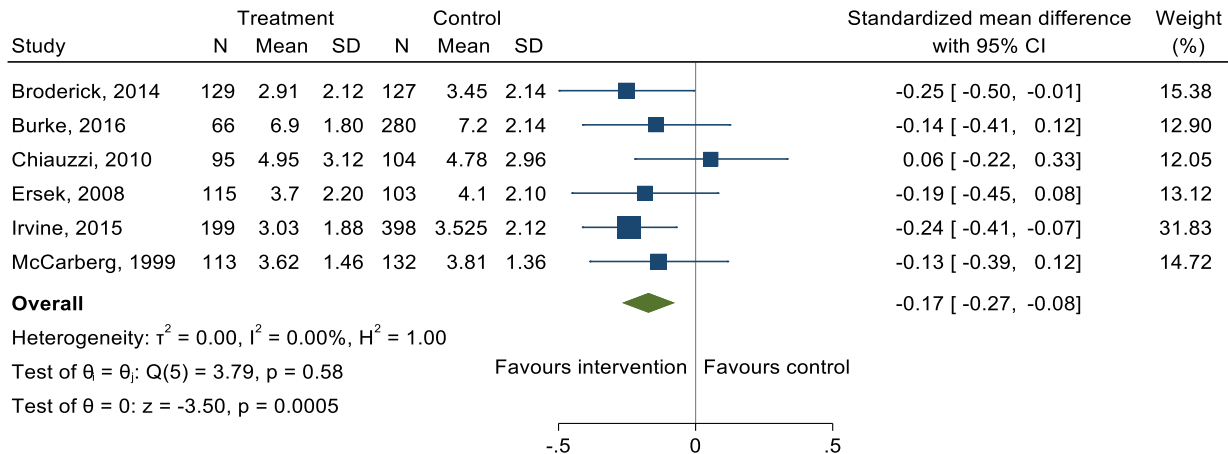
Random-effects REML model

### Intensité de la douleur à long terme, comparé à une intervention alternative



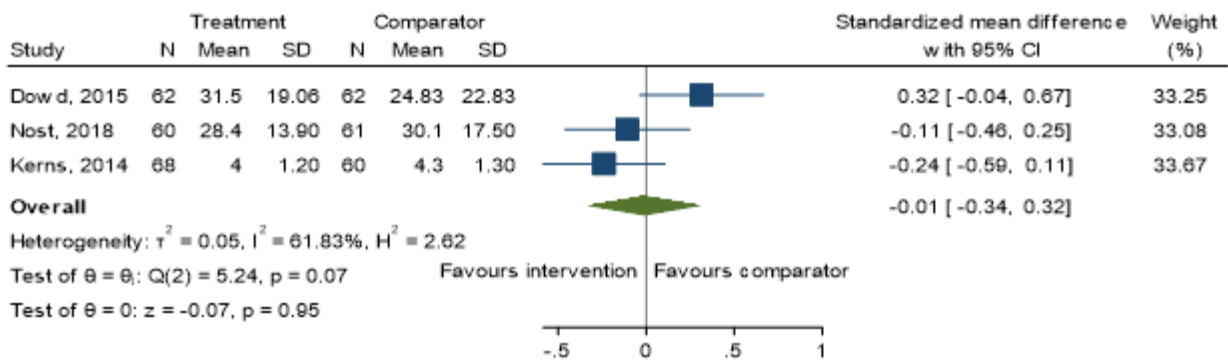
Random-effects REML model

### Interférence de la douleur à moyen terme, comparé à aucun traitement ou soins usuels



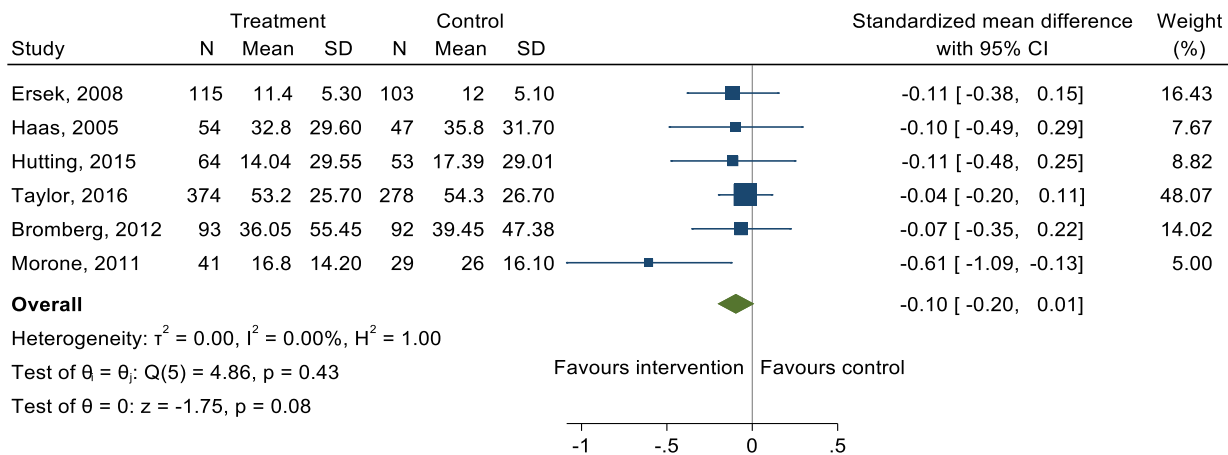
Random-effects REML model

### Interférence de la douleur à court terme, comparé à une intervention alternative



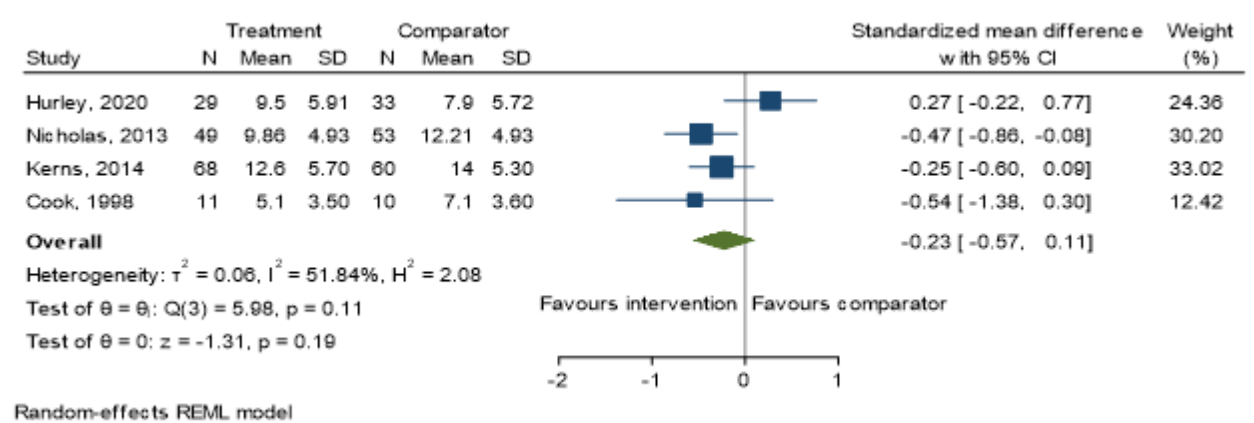
Random-effects REML model

### Incapacité à moyen terme, comparé à aucun traitement ou soins usuels

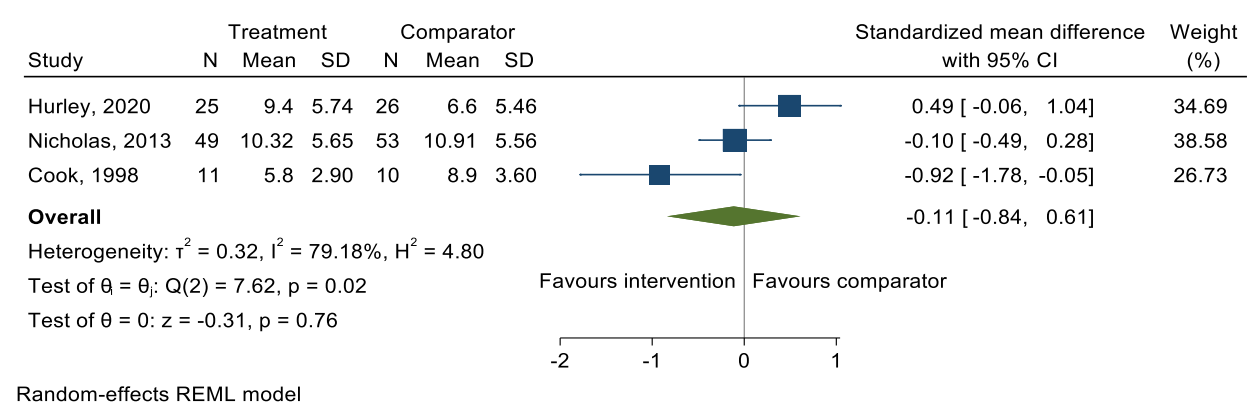


Random-effects REML model

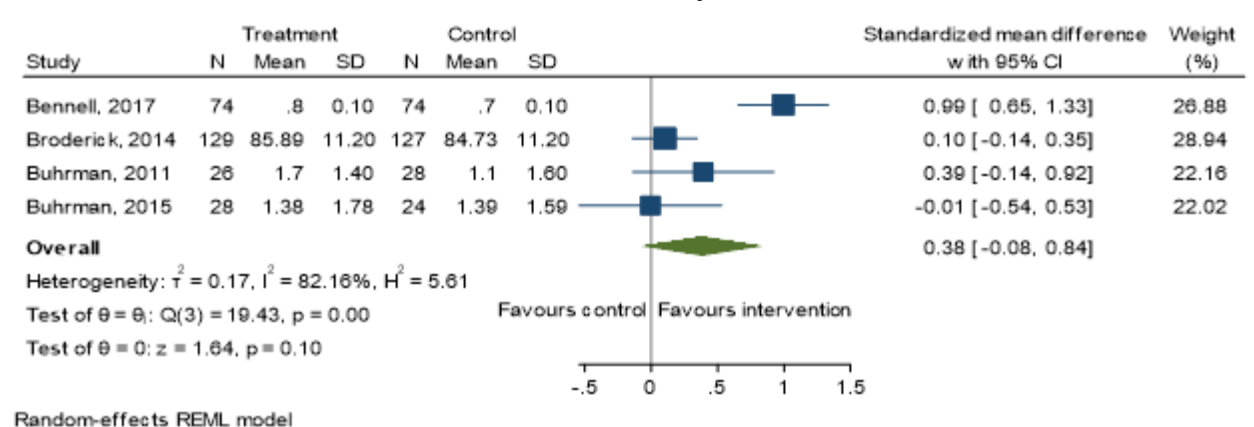
### Incapacité à court terme, comparé à une intervention alternative



### Incapacité à moyen terme, comparé à une intervention alternative

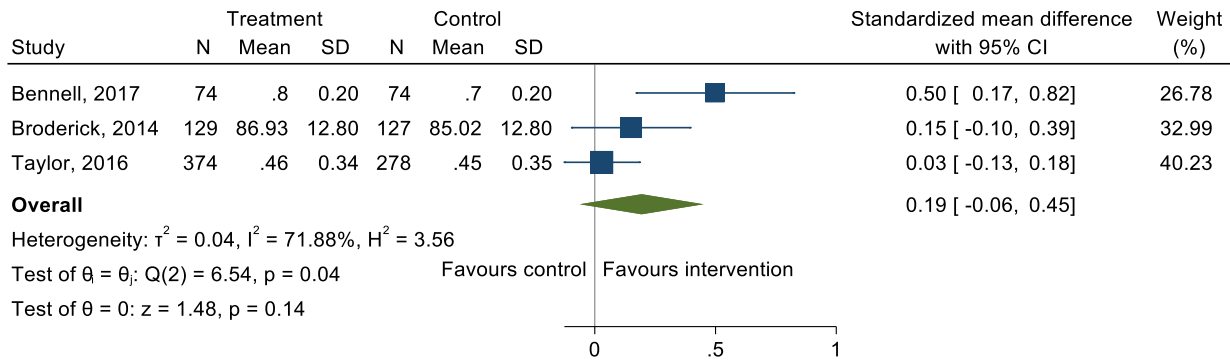


### Qualité de vie reliée à la santé à court terme, comparé à aucun traitement ou soins usuels



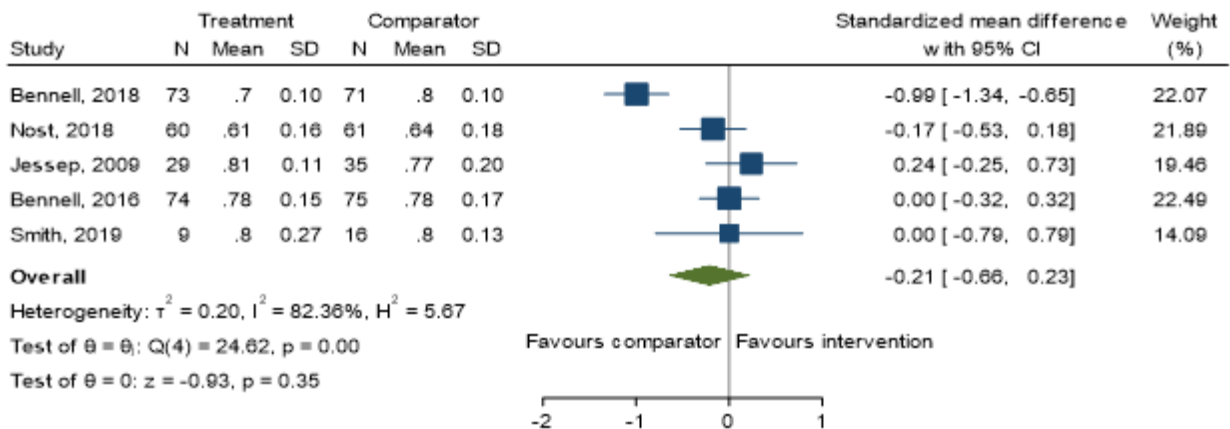


### Qualité de vie liée à la santé à long terme, comparé à aucun traitement ou soins usuels



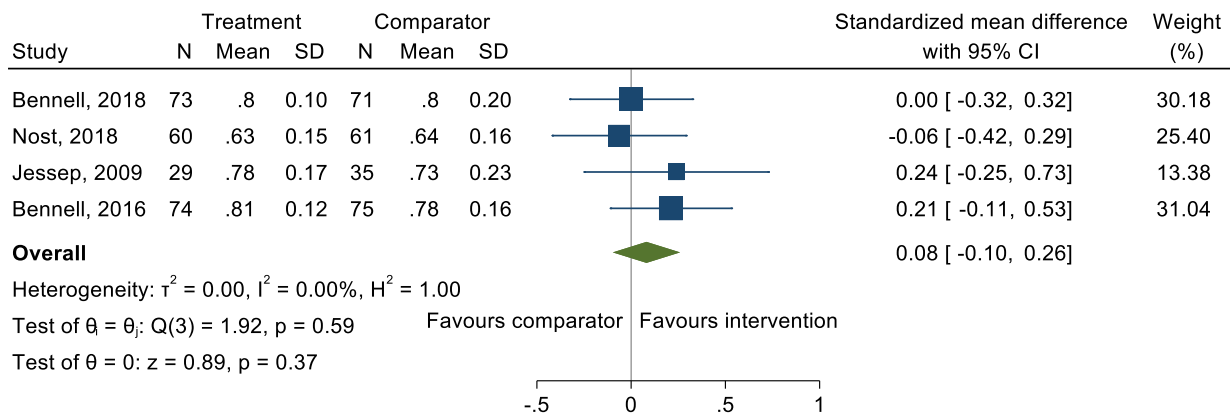
Random-effects REML model

### Qualité de vie liée à la santé à court terme, comparé à une intervention alternative



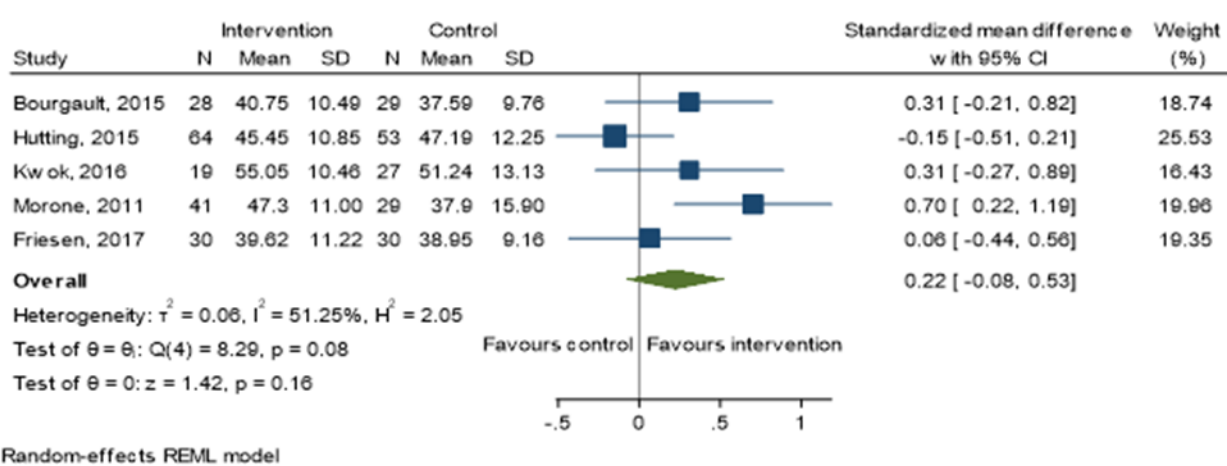
Random-effects REML model

### Qualité de vie liée à la santé à long terme, comparé à une intervention alternative

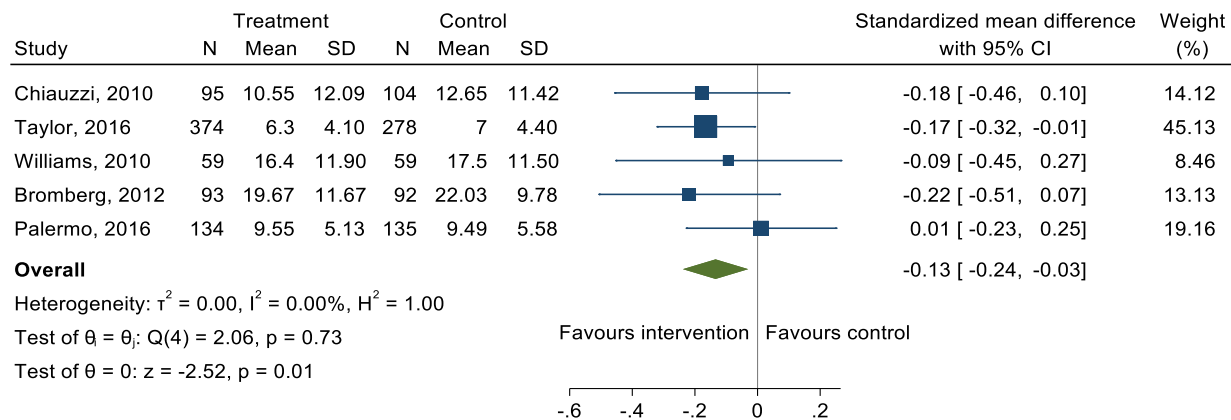


Random-effects REML model

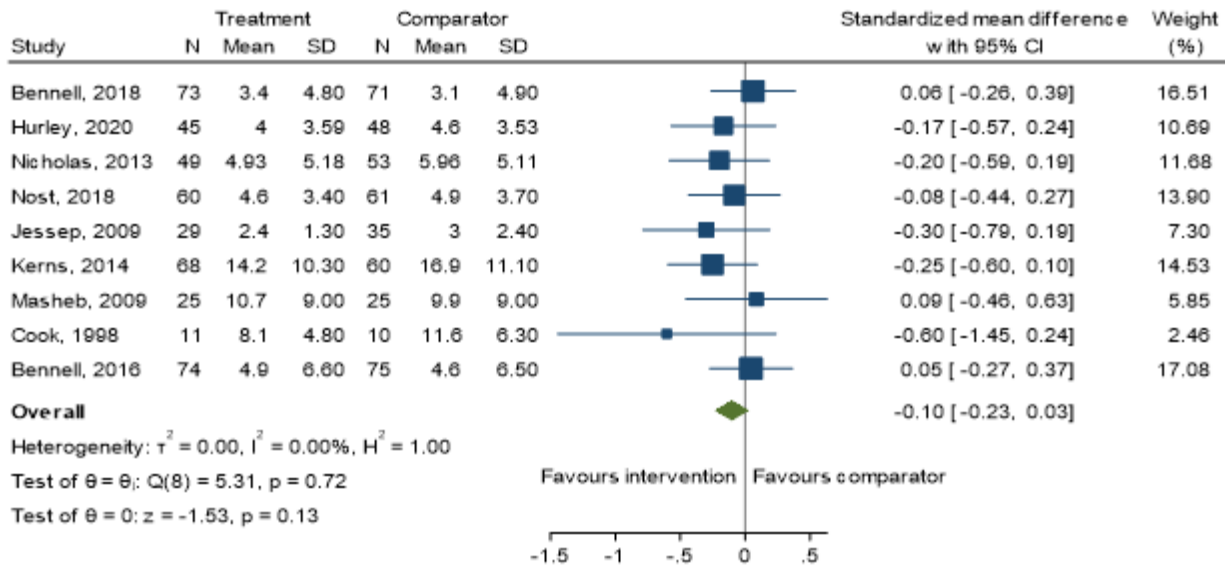
### Composante santé mentale de la qualité de vie à court terme, comparé à aucun traitement ou soins usuels



### Dépression à moyen terme, comparé à aucun traitement ou soins usuels

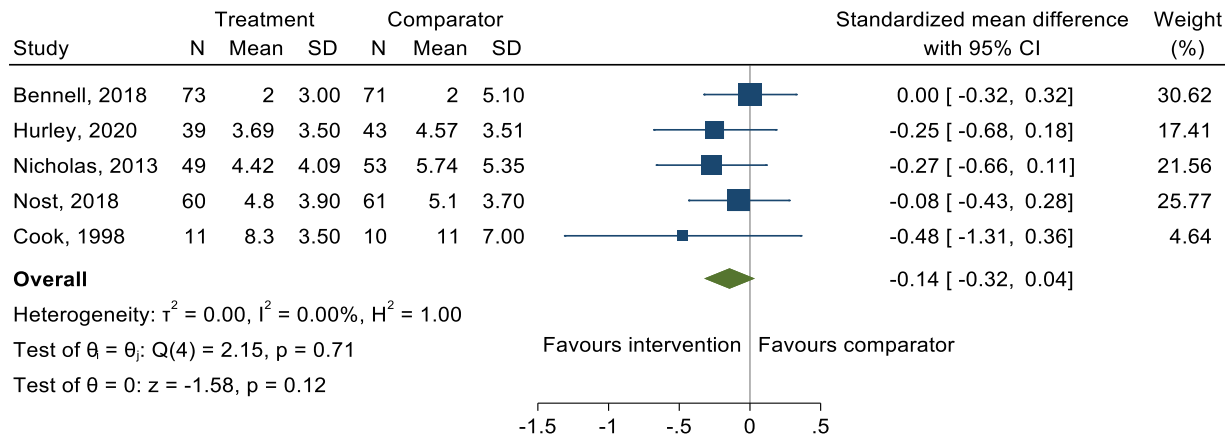


### Dépression à court terme, comparé à une intervention alternative



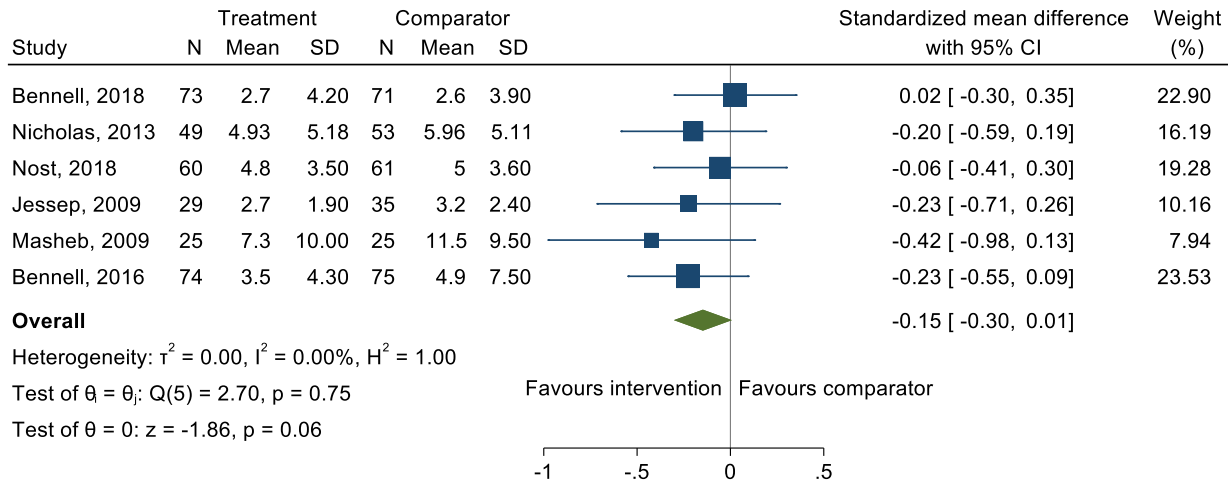
Random-effects REML model

### Dépression à moyen terme, comparé à une intervention alternative



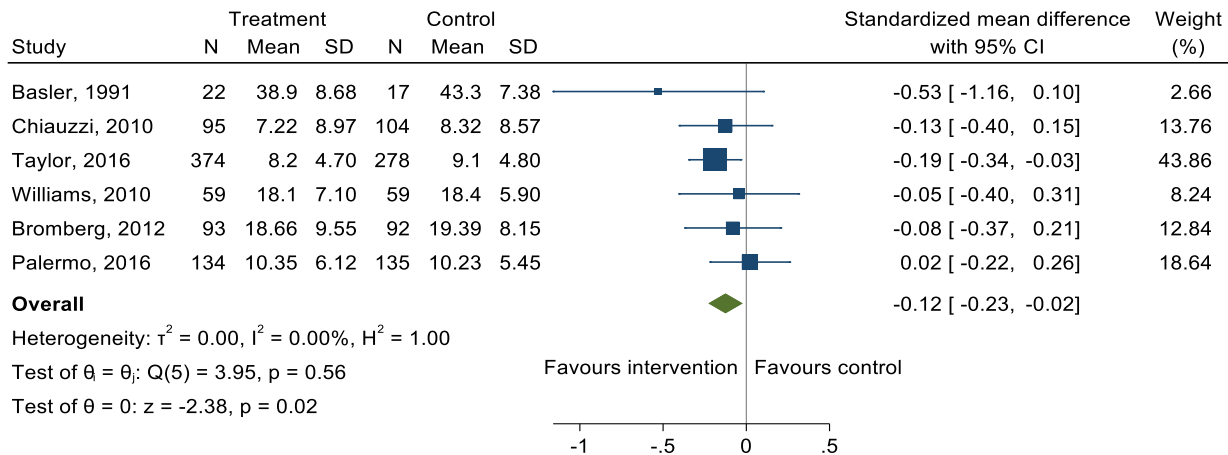
Random-effects REML model

### Dépression à long terme, comparé à une intervention alternative



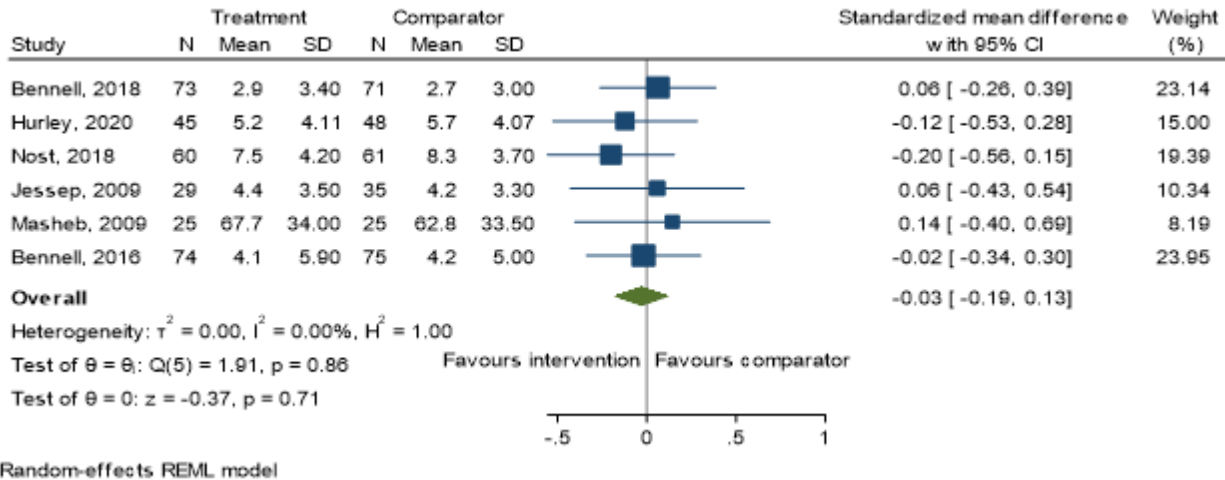
Random-effects REML model

### Anxiété à moyen terme, comparé à aucun traitement ou soins usuels

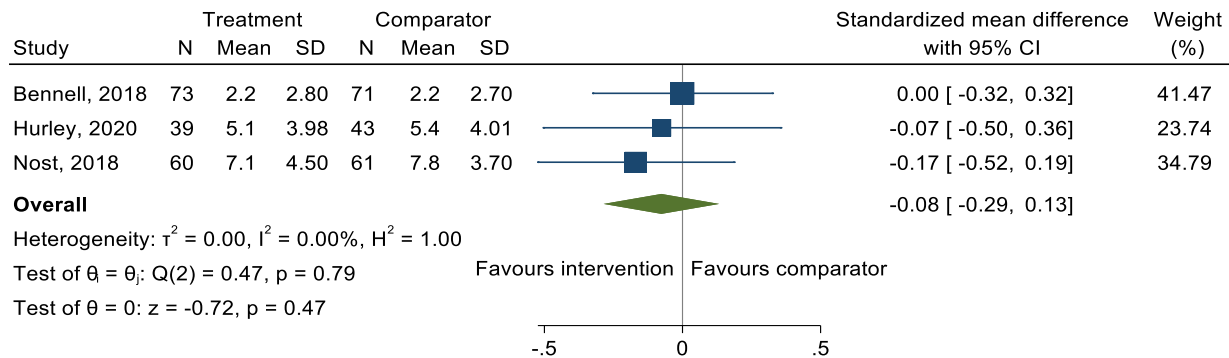


Random-effects REML model

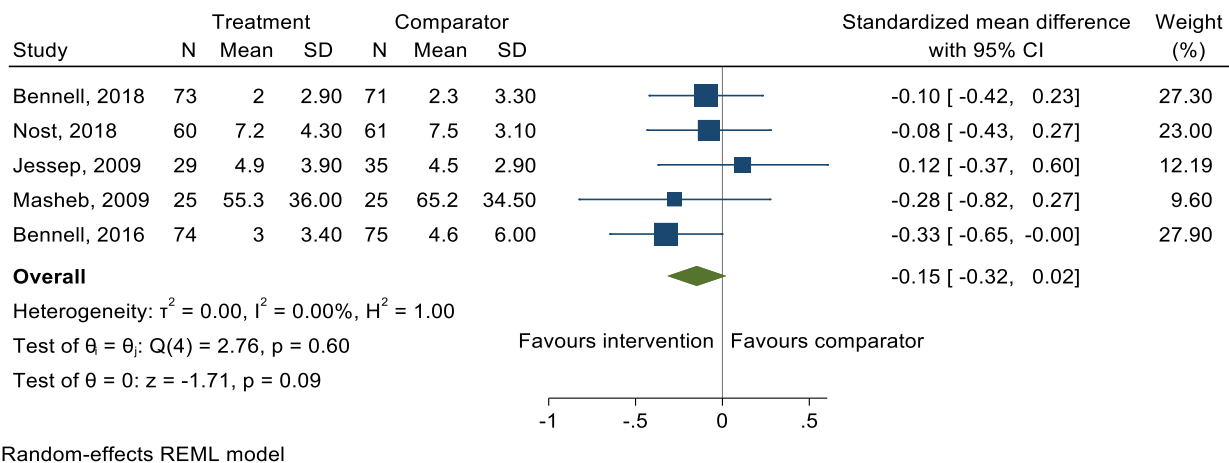
### Anxiété à court terme, comparé à une intervention alternative



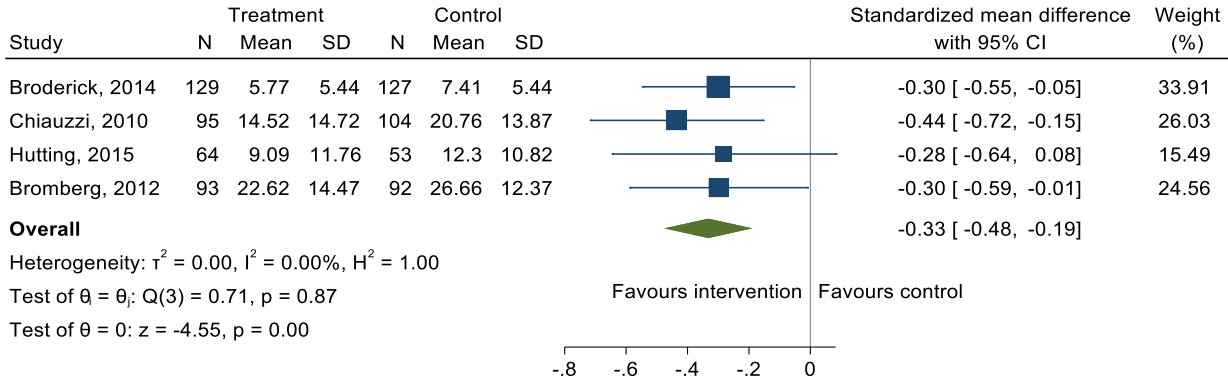
### Anxiété à moyen terme, comparé à une intervention alternative



### Anxiété à long terme, comparé à une intervention alternative

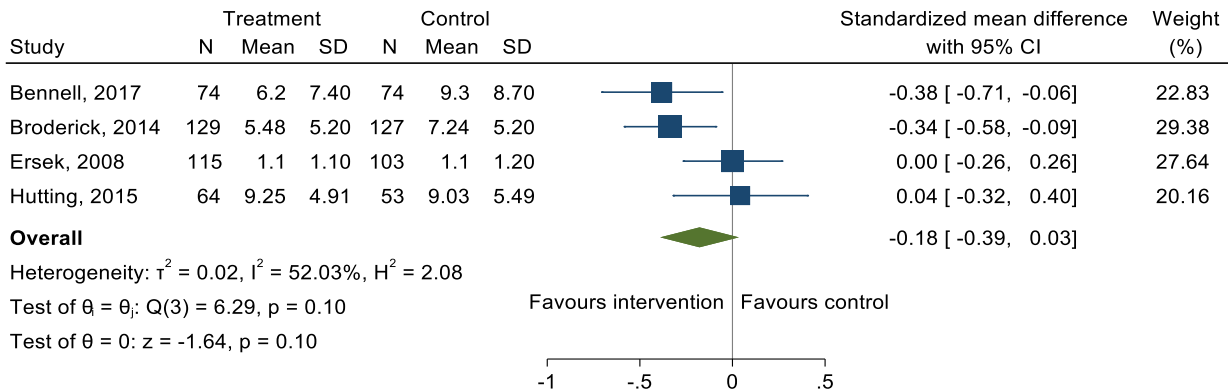


### Catastrophisation face à la douleur à moyen terme, comparé à aucun traitement ou soins usuels



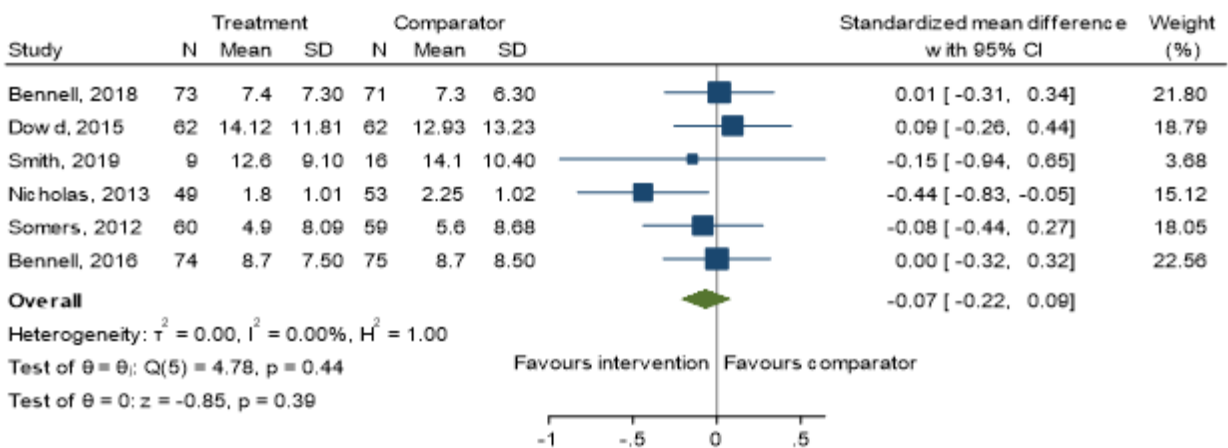
Random-effects REML model

### Catastrophisation face à la douleur à long terme, comparé à aucun traitement ou soins usuels



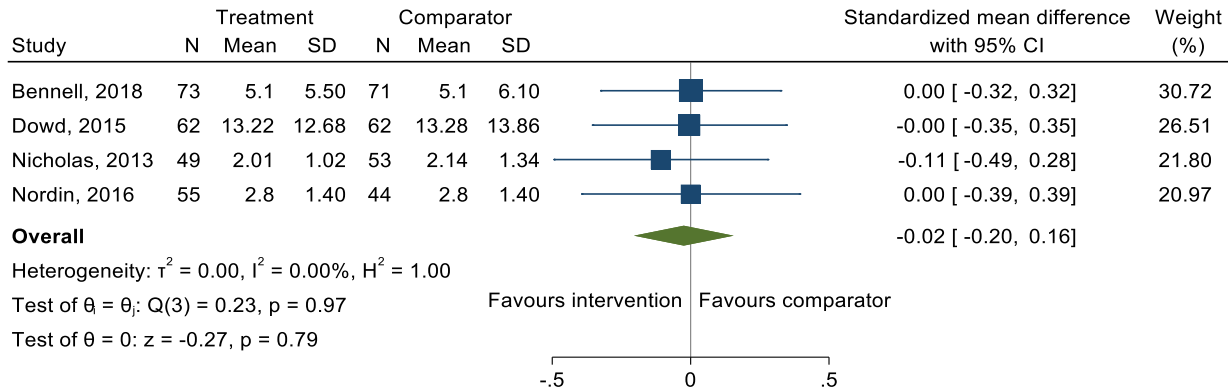
Random-effects REML model

### Catastrophisation face à la douleur à court terme, comparé à une intervention alternative



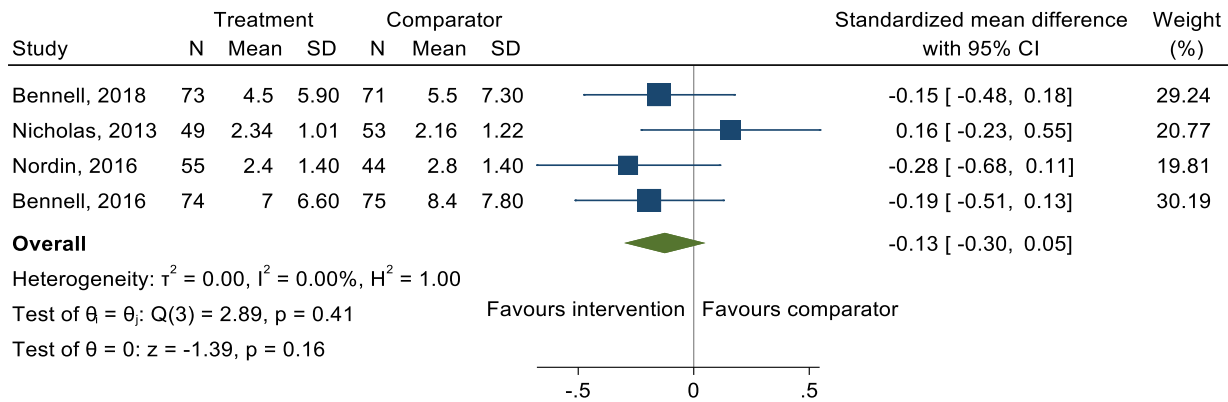
Random-effects REML model

### Catastrophisation face à la douleur à moyen terme, comparé à une intervention alternative



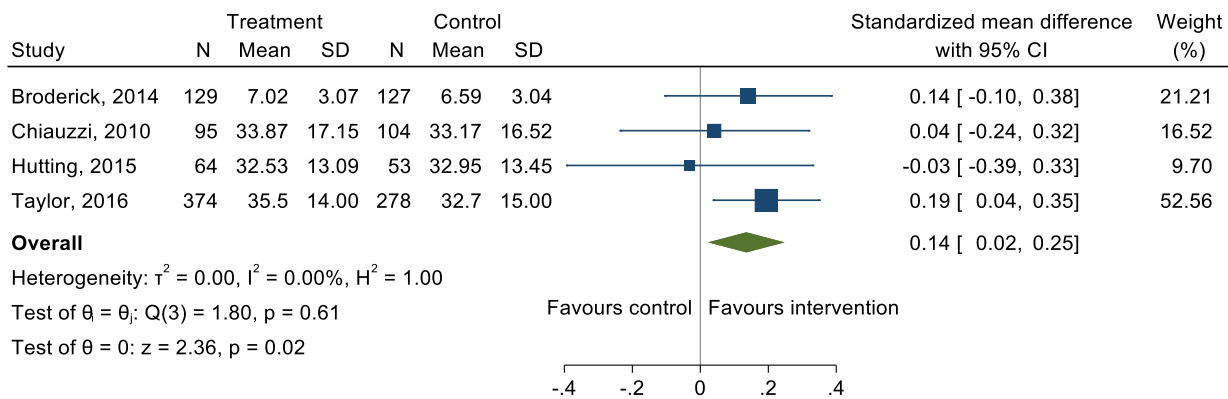
Random-effects REML model

### Catastrophisation face à la douleur à long terme, comparé à une intervention alternative



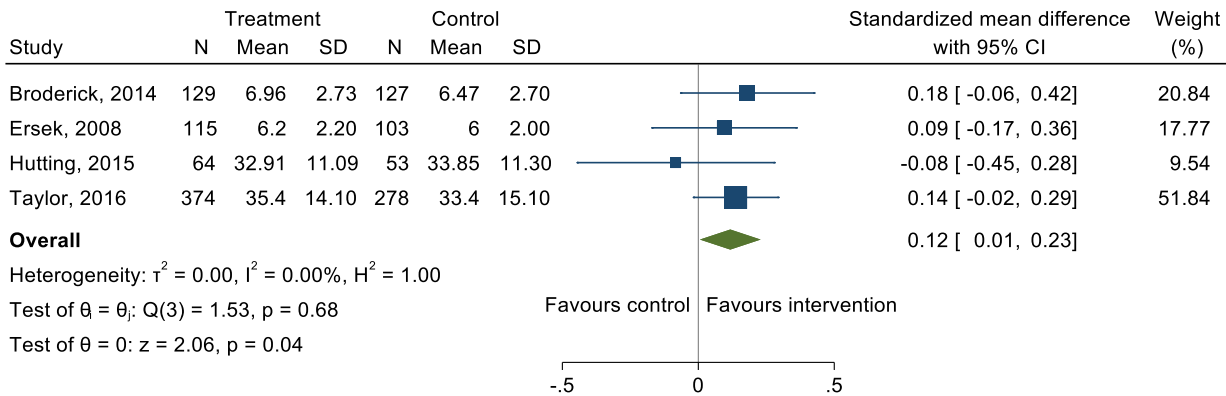
Random-effects REML model

### Auto-efficacité à moyen terme, comparé à aucun traitement ou soins usuels



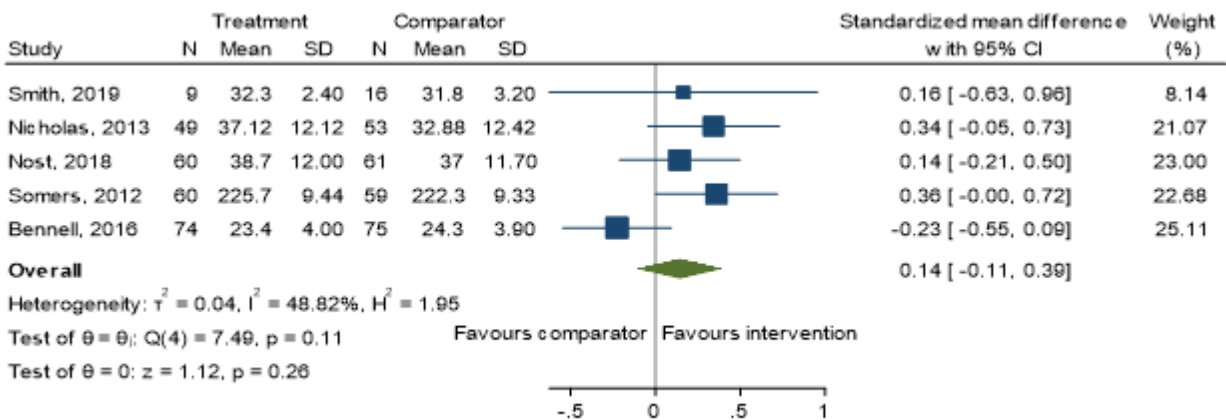
Random-effects REML model

### Auto-efficacité à long terme, comparé à aucun traitement ou soins usuels



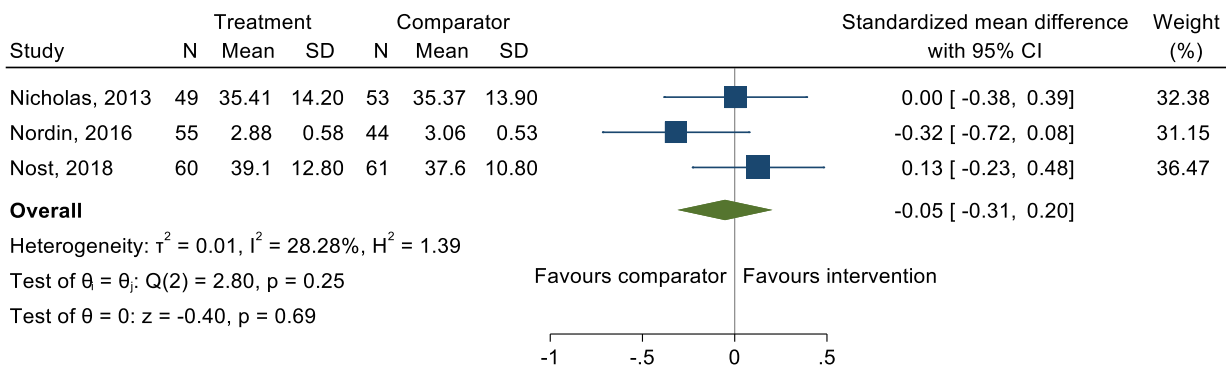
Random-effects REML model

### Auto-efficacité à court terme, comparé à une intervention alternative



Random-effects REML model

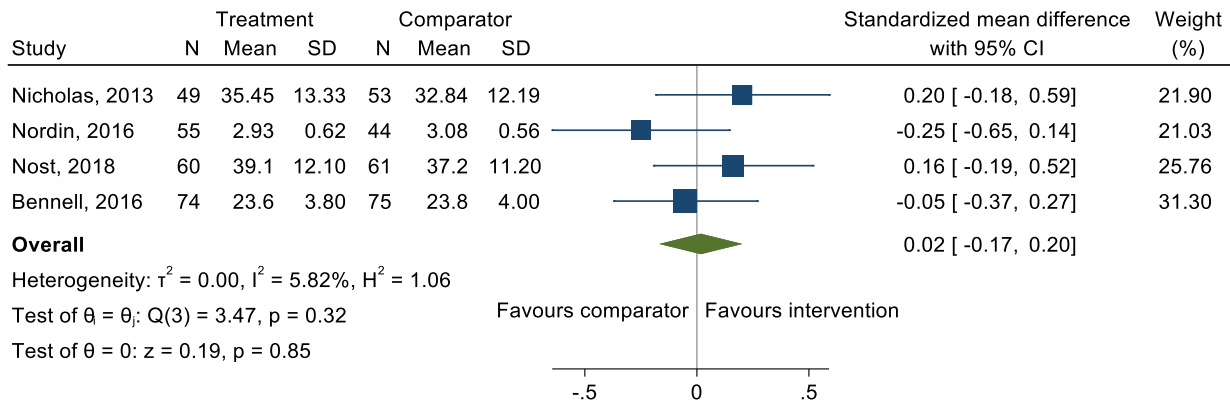
### Auto-efficacité à moyen terme, comparé à une intervention alternative



Random-effects REML model



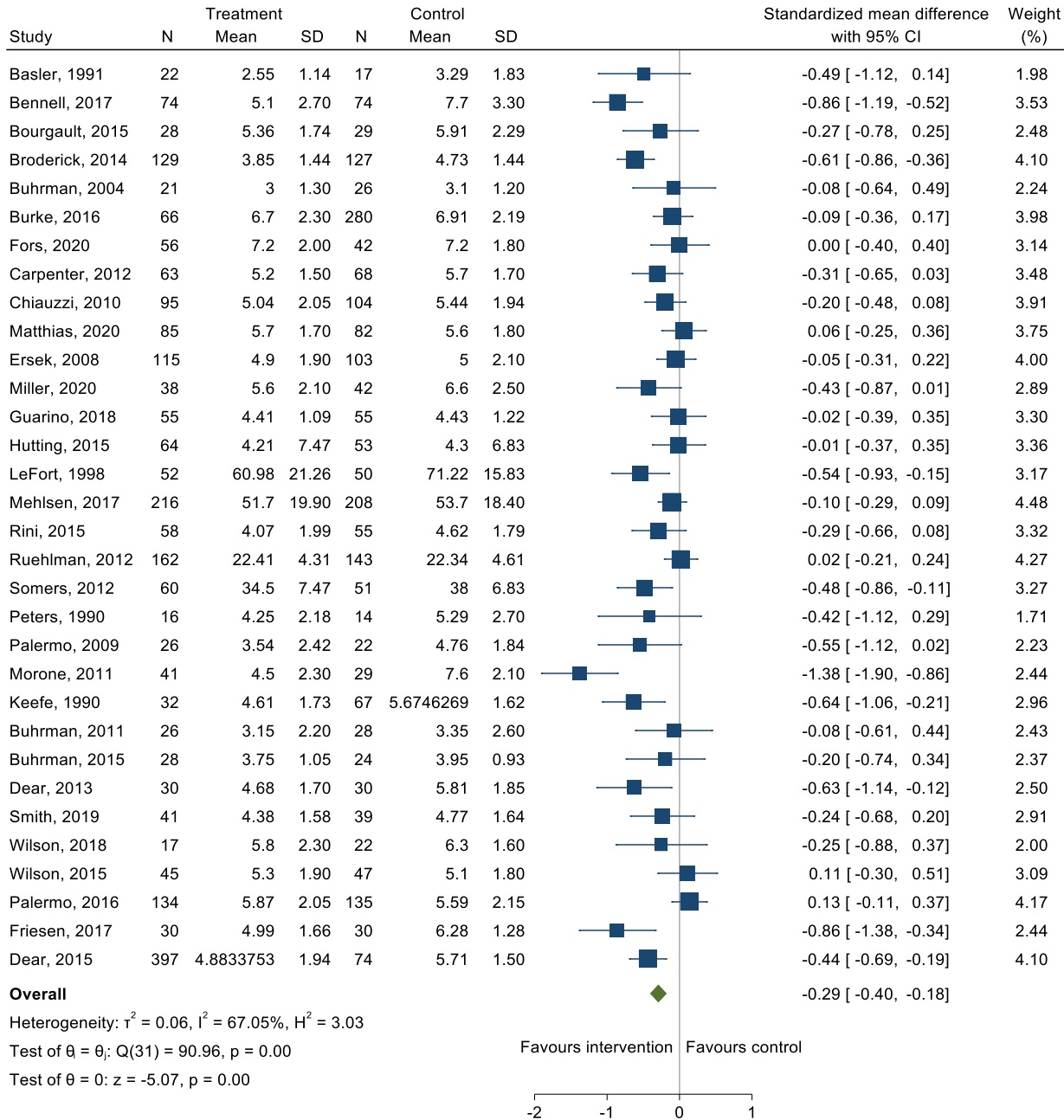
## Auto-efficacité à long terme, comparé à une intervention alternative



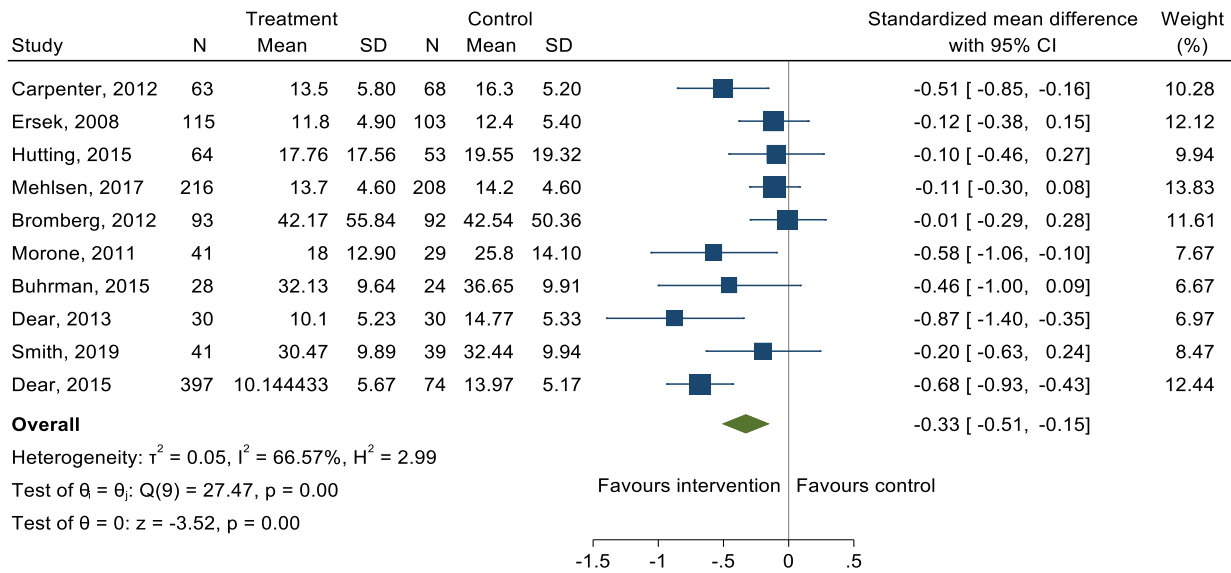
Random-effects REML model

## Annexe 5. Analyses de sensibilité

### Analyse de sensibilité - Intensité de la douleur à court terme, comparé à aucun traitement ou soins usuels

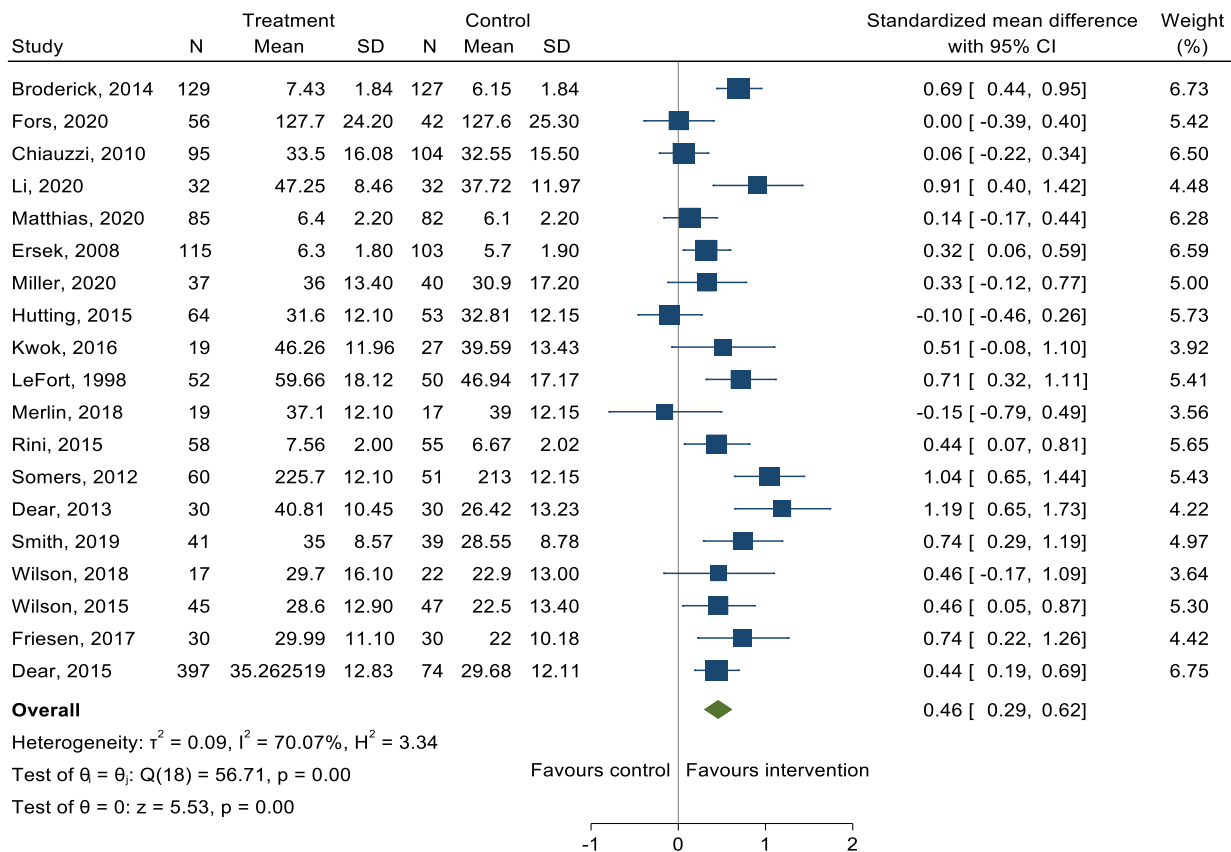


### Analyse de sensibilité - Incapacité à court terme, comparé à aucun traitement ou soins usuels



Random-effects REML model

### Analyse de sensibilité – Auto-efficacité à court terme, comparé à aucun traitement ou soins usuels



Random-effects REML model

## Annexe 6. Analyse du biais de publication

Comparaison auto-efficacité à court terme, programmes d'autogestion versus aucun traitement ou soins usuels

