
INFILTRATIONS DE CORTICOSTÉROÏDES, AUTRES TRAITEMENTS ET MODES DE PRISE EN CHARGE POUR LA DOULEUR CHRONIQUE MUSCULOSQUELLETIQUE LOMBOSACRÉE D'ORIGINE NON CANCÉREUSE



VOLUME 1 : INFILTRATIONS DE CORTICOSTÉROÏDES

RAPPORT D'AVIS D'ÉVALUATION RAPIDE



©UETMISSS

Unité d'évaluation des technologies et des modes
d'intervention en santé et services sociaux, 2019

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke*

Québec 

**INFILTRATIONS DE CORTICOSTEROÏDES, AUTRES
TRAITEMENTS ET MODES DE PRISE EN CHARGE POUR LA
DOULEUR CHRONIQUE MUSCULOSQUELETTIQUE
LOMBOSACREE D'ORIGINE NON CANCEREUSE**

VOLUME 1 : INFILTRATIONS DE CORTICOSTÉROÏDES

RAPPORT D'AVIS D'ÉVALUATION RAPIDE

Juin 2019

MISSION

Soutenir et conseiller les décideurs du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et du RUIS de l'Université de Sherbrooke dans la prise de décision par la synthèse et la production de connaissances pour l'utilisation efficiente des ressources et l'amélioration de la qualité des soins et des services aux patients et de contribuer à la mission universitaire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS par ses pointes d'excellence, ses activités de transfert de connaissances et ses partenariats.

UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

Mathieu Roy, Ph. D.

Chercheur d'établissement et conseiller en évaluation à l'UETMISSS

Pierre Dagenais, MD, Ph. D.

Directeur scientifique à l'UETMISSS

Thomas Poder, Ph. D.

Chercheur d'établissement à l'UETMISSS

Maryse Berthiaume, Ph. D., MBA

Adjointe au directeur à l'UETMISSS

Maria Benkhalti, M.Sc., Ph. D.

Chercheuse d'établissement et conseillère en évaluation à l'UETMISSS

Mariève Desrochers-Rancourt

Agente administrative cl. 1

Marie-Belle Poirier, Ph. D.

Conseillère en évaluation à l'UETMISSS

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, année 2019

ISBN 978-2-550-84107-4 (ensemble imprimé)

ISBN 978-2-550-84108-1 (ensemble PDF)

ISBN 978-2-550-84109-8 (vol. 1 imprimé)

ISBN 978-2-550-84110-4 (vol. 1 PDF)

ISBN 978-2-550-84111-1 (vol. 2 imprimé)

ISBN 978-2-550-84112-8 (vol.2 PDF)

© UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Pour tout renseignement sur ce document ou sur les activités de l'UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, s'adresser à :

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

Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke –

Hôpital et centre d'hébergement d'Youville

1036, rue Belvédère Sud, bureau 5213

Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

Téléphone : (819) 780-2220, poste 16648

Courriel : marieve.desrochers-rancourt.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Pour citer ce document :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS). *Infiltrations de corticostéroïdes, autres traitements et modes de prise en charge pour la douleur chronique musculosquelettique lombosacrée d'origine non cancéreuse* préparé par Maria Benkhalti, Pierre Dagenais, Thomas Poder, Marie-Soleil Carroll (UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, juin 2019) Sherbrooke, Québec (Canada), xiv, 77 p.

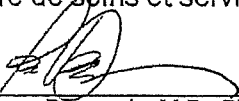
La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée

AVANT-PROPOS

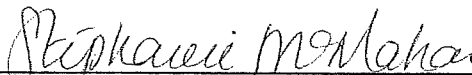
Les infiltrations de corticostéroïdes sont couramment utilisées pour la gestion de la douleur chronique. Cependant, les usagers connaissent des délais d'accessibilité importants dans le réseau du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. De plus, des données probantes récentes soulèvent un questionnement sur la pertinence des infiltrations pour certains patients. C'est dans ce contexte que le Comité d'animation de la trajectoire des maladies chroniques musculosquelettiques et douleur chronique a fait une demande d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) en santé et services sociaux sur l'efficacité, la sécurité, et les modalités de prise en charge des infiltrations de corticostéroïdes pour la douleur chronique.

L'exercice de cadrage a mené à la priorisation des infiltrations pour la douleur lombaire chronique ainsi que l'inclusion des recommandations déjà émises dans les guides de pratique clinique sur les autres modalités de traitement pour gérer la douleur lombaire chronique. Les travaux de cette ETMI sont rapportés dans deux documents séparés, le premier portant sur les infiltrations tandis que le second porte sur les autres modalités de traitement excluant les interventions chirurgicales. Nous avons choisi de séparer ce rapport en deux sections distinctes, afin de mieux refléter les particularités des objectifs et de la méthodologie de chacune d'elles. On retrouve cependant dans ces deux sections, une analyse de divers enjeux éthiques basée sur les principes de l'éthique biomédicale tenant compte des valeurs des membres du comité, de même que les résultats d'une étude provinciale examinant les préférences des patients en termes de soins et services pour traiter la douleur lombaire aiguë et chronique.

Cette première section porte sur les différentes techniques d'infiltrations rachidiennes de corticostéroïdes avec ou sans anesthésiants locaux. Cette question a fait l'objet d'un processus complet d'évaluation basé sur une revue systématique de guides de pratique clinique sur les infiltrations lombaires, de revues systématiques et de rapports d'évaluation provenant d'agences nationales. À cette revue s'est ajoutées les données d'une enquête auprès des gestionnaires des points de services offrant l'infiltration lombaire, les données de l'étude provinciale sur les préférences thérapeutiques des patients, des données sur des enquêtes portant sur la couverture d'assurance maladie et l'accessibilité aux soins ainsi que sur les savoirs expérientiels de notre comité consultatif constitué; de patients, de gestionnaires et de professionnels en santé et services sociaux. Nous avons aussi comparé les résultats obtenus avec les recommandations actuelles du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Cette section contient des recommandations formulées à la suite d'un processus d'élaboration consensuel rigoureux et qui devraient permettre de soutenir la prise de décision concernant la gestion de l'offre de soins et services d'infiltration pour le CIUSSS de l'Estrie - CHUS.



Pierre Dagenais, M.D., Ph. D.
Directeur scientifique
Direction de la coordination de la
mission universitaire
CIUSSS de l'Estrie - CHUS



Stéphanie McMahon
Directrice par intérim
Direction de la coordination de la mission universitaire
CIUSSS de l'Estrie - CHUS

ÉQUIPE DE PROJET

AUTEURS

Maria Benkhalti	Chercheuse d'établissement et conseillère en évaluation à l'UETMISSS, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Pierre Dagenais	Directeur scientifique à l'UETMISSS, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Thomas Poder	Chercheur d'établissement à l'UETMISSS, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Marie-Soleil Carroll	Consultante pour l'UETMISSS

CONTRIBUTIONS À LA CONTEXTUALISATION CLINIQUE ET ORGANISATIONNELLE

Alain Choquette	Chef de service, imagerie médicale Hôtel-Dieu de Sherbrooke et angiographie Hôpital Fleurimont, Direction des services multidisciplinaires, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Nancy Fortin	Chef de service en physiothérapie externe du réseau local de services du Haut-Saint-François et clientèle de 65 ans et plus du réseau local de services de Sherbrooke. Centre expertise en gestion douleur chronique, clinique de douleur du réseau local de services de La Pommeraie, de La Haute-Yamaska et de la clinique externe FKP, Direction des services généraux, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Mona Abaoui	Courtière de connaissances, Bureau des pratiques pertinentes, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie - CHUS
Christian Houde	Chef de service, Chirurgie d'un jour, salle de réveil et bloc mineur de Fleurimont, Direction des services professionnels, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Janick Bélanger	Coordonnatrice, Direction des services professionnels, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Lucie Guérin	Conseillère en performance organisationnelle, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Chantal Boulanger	Chef de service, Direction des services professionnels, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Carine Fortin	Conseillère-cadre, Présidence-direction générale
Sonia Quirion	Adjointe au directeur, Direction des services généraux

COMITÉ CONSULTATIF

Nicolas Giorgi	Physiatre, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
----------------	--------------------------------------

Paul Farand	Chef par intérim, Département d'imagerie, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Louise Godin	Physiothérapeute, CMSSS du Haut-Saint-François/Réadaptation externe, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Chantal Doré	Ergothérapeute, Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Chantal Tremblay	Travailleuse sociale, Direction des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
André Munger	Médecin de famille, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Elisabeth Doyon	Anesthésiste, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Ginette Ladouceur	Patiente partenaire
Marie-Josée Cozmano	Patiente partenaire
Nancy Fortin	Chef de service en physiothérapie externe du réseau local de services du Haut-Saint-François et clientèle de 65 ans et plus du réseau local de services de Sherbrooke. Centre expertise en gestion douleur chronique, clinique de douleur du réseau local de services de La Pommeraie, de La Haute-Yamaska et de la clinique externe FKP, Direction des services généraux, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Alain Thivierge	Conseiller-cadre, Direction des services multidisciplinaires, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Mona Abaoui	Courtière de connaissances, Bureau des pratiques pertinentes, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie - CHUS
Georges-Auguste Legault	Conseiller éthicien, Université de Sherbrooke

CORRECTION D'ÉPREUVES ET MISE EN PAGE

Mariève Desrochers-Rancourt	Agente administrative cl. 1 à l'UETMISSS, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
-----------------------------	---

ORIENTATION ET RÉVISION SCIENTIFIQUE

Pierre Dagenais	Directeur scientifique à l'UETMISSS, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
-----------------	--

DIRECTION SCIENTIFIQUE ET APPROBATION FINALE

Pierre Dagenais	Directeur scientifique à l'UETMISSS, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Véronique Déry	Directrice scientifique à l'UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS (jusqu'en juillet 2018)

AUTRES PERSONNES AYANT CONTRIBUÉ AU PROJET

Christa Hastall	Directrice, Health Technology Assessment - Institute of Health Economics, Edmonton, Alberta
Lilly Whitham	Gestionnaire, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Fredrika Scarth	Directrice, Secretariat to the Premiers Council on Improving Healthcare and Ending Hallway Medicine, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Erik Prout	Consultant de programmation sénior, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Mykola Krupko	Bibliothécaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Maryse Berthiaume	Adjointe au directeur, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Céline Charbonneau	Présidente, Association québécoise de la douleur chronique
Lyne Major	Directrice générale, Association québécoise de la douleur chronique

REMERCIEMENTS

Les auteurs et l'UETMISSS tiennent à remercier toutes les personnes ayant contribué, d'une façon ou d'une autre, à la réalisation du présent rapport, particulièrement celles impliquées à la contextualisation des données scientifiques et à la formulation des recommandations qui ont accepté pour la grande majorité d'agir à titre de relecteurs de son contenu.

DIVULGATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Aucun conflit à signaler.

FINANCEMENT

Ce projet a été financé à même le budget de fonctionnement de l'UETMISSS.

TABLE DES MATIÈRES

MISSION	iii
AVANT-PROPOS	iv
ÉQUIPE DE PROJET	v
TABLE DES MATIÈRES	viii
ABRÉVIATIONS.....	x
RÉSUMÉ.....	xi
SUMMARY.....	xiii
1. INTRODUCTION	1
1.1 Contexte et besoins décisionnels	1
1.2 La douleur chronique	1
1.3 Les traitements.....	3
2. MÉTHODOLOGIE	5
2.1 Question décisionnelle	5
2.2 Questions d'évaluation.....	5
2.3 Modèle logique et cadre d'analyse.....	7
2.4 Enjeux d'éthique et d'équité	7
2.5 Recension des écrits	9
2.6 Données contextuelles	13
2.6.1 Préférences des patients : Choix expérimental discret (discrete choice experiment, DCE)	13
2.6.2 Organisation de l'accès à l'infiltration au CIUSSS de l'Estrie – CHUS	15
2.6.3 Perspectives et valeurs éthiques des parties prenantes	15
2.7 Triangulation	16
2.8 Méthode de formulation des recommandations.....	16
3. RÉSULTATS	17
3.1 Revue systématique sur l'efficacité et la sécurité des infiltrations de corticostéroïdes pour la douleur chronique lombosacrée	17
3.1.1 Résultats de la recherche de la littérature.....	17
3.1.2 Description des articles inclus	17
3.1.3 Synthèse et interprétation des données probantes	18
3.1.3.1 Efficacité.....	18
3.1.3.2 Effets secondaires	20

3.2	Autres recommandations actuelles pertinentes	20
3.3	Organisation des soins pour l'infiltration	22
3.4	Préférences patients	24
3.4.1	Choix expérimental discret	25
3.4.1.1	Caractéristiques sociodémographiques.....	25
3.5	Valeurs des parties prenantes.....	26
3.6	Couverture assurance maladie et accessibilité aux soins.....	27
4	DISCUSSION.....	28
5.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	32
6.	ENGRENAGE	36
	RÉFÉRENCES	37
	ANNEXE I.....	43
	ANNEXE II.....	44
	ANNEXE III.....	46
	ANNEXE IV	49
	ANNEXE V	51
	ANNEXE VI	59
	ANNEXE VII	65
	ANNEXE VIII	67
	ANNEXE IX	74

ABRÉVIATIONS

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
AMSTAR	Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews
CAT	Comité d'animation de la trajectoire (de maladies chroniques musculo-squelettiques et douleur chronique)
CEGDC	Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CL	Classes latentes
CURE	Clinique universitaire de réadaptation de l'Estrie
DCE	Discrete choice experiment (choix expérimental discret)
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
FADOQ	Fédération de l'âge d'or du Québec
GPC	Guide de pratique clinique
HB	Hiérarchie bayésien
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PEGASO	Programme d'éducation de groupes pour l'autogestion des symptômes douloureux
PIPOH	Population (population d'intérêt), Intervention (intervention d'intérêt), Professionals (professionnels de la santé visés), Outcomes (résultats visés), Healthcare setting (contexte organisationnel)
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses
PROMs	Patient reported outcome measures (résultats rapports par le patient)
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseaux locaux de services
RS	Revue systématique
TENS	Transcutaneous electrical nerve stimulation
UETMISSS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux

RÉSUMÉ

Contexte - Le Comité d'animation de la trajectoire (CAT) maladies chroniques musculosquelettiques et douleur chronique a déposé cette demande d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) en santé et services sociaux après le constat de délais importants pour accéder aux infiltrations de corticostéroïdes pour la gestion de la douleur chronique. Il a été décidé de dédier une première ETMI aux diverses options thérapeutiques et de prise en charge pour la douleur chronique lombosacrée. Devant l'ampleur de la demande, le travail a été divisé en deux volets : «infiltrations de corticostéroïdes» et «autres modalités de traitement». Ce premier volume porte sur le volet «infiltrations de corticostéroïdes».

Objectifs - Les objectifs de ce volet d'ETMI étaient d'évaluer l'efficacité et la sécurité des infiltrations de corticostéroïdes pour la douleur chronique lombosacrée, de suggérer les patients qui bénéficieraient des infiltrations, et les options de prise en charge pertinentes dans le contexte du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS).

Méthodologie – Cette ETMI a inclus une revue systématique de la littérature sur l'efficacité et la sécurité des infiltrations de corticostéroïdes et anesthésiants locaux pour la douleur chronique lombosacrée. De plus, un exercice de choix discret (DCE) a été entrepris pour identifier les préférences de traitements des patients au Québec, dont le niveau de préférence des infiltrations par rapport aux autres options thérapeutiques. Les données d'une enquête auprès des gestionnaires de 13 sites de services offrant l'infiltration, ainsi que des données expérientielles obtenues à travers des communications informelles avec diverses parties prenantes ont aussi été incluses. En dernier lieu, une analyse des valeurs des parties prenantes par rapport à l'accessibilité et la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique a été entreprise.

Résultats - La littérature est favorable à l'infiltration épidurale pour la douleur radiculaire et le bloc de nerf médial facettaire, si le patient est ouvert à ce traitement et n'est pas à risque d'effets indésirables ou de complications. En effet, une majorité importante de patients semble ne pas préférer l'infiltration comme modalité de traitement. Il est aussi recommandé de prioriser les patients avec une hernie discale en phase aiguë pour l'infiltration épidurale. Cette recommandation pourrait signifier des modifications organisationnelles afin d'assurer une accessibilité rapide à ce traitement. Les infiltrations devraient préférablement être administrées sous imagerie. Afin d'augmenter l'accessibilité, nous recommandons conséquemment d'évaluer le besoin d'équipements dans tous les RLS, en tenant compte des enjeux géographiques d'accessibilité, et d'envisager une augmentation du nombre de spécialistes capables de pratiquer ces infiltrations. De plus, il est généralement supposé que l'effet bénéfique de l'infiltration est dû aux corticostéroïdes injectés. La littérature récente nous indique cependant que ceci est principalement le cas pour la gestion de la douleur résultant d'une hernie discale, mais non pour les autres étiologies. Pour ces dernières, l'effet semble plutôt dû aux anesthésiants locaux, notamment la lidocaïne.

En contrepartie, la littérature ne supporte pas l'utilisation de l'infiltration épidurale pour la douleur non radiculaire ni l'infiltration facettaire comme traitement de premier recours. Finalement, pour les patients pour qui l'infiltration ne serait pas nécessairement pertinente, nous recommandons une réévaluation des options thérapeutiques disponibles et qui leur sont accessibles.

Conclusion - L'infiltration de corticostéroïdes peut être bénéfique pour certains patients souffrants de lombalgie chronique. Ceci est dépendant de l'étiologie de la douleur et du type d'infiltration. De plus, l'infiltration devrait être principalement administrée sous imagerie. Dans certains cas, l'infiltration de l'anesthésiant local lidocaïne seul serait tout aussi efficace. Ceci pourrait particulièrement être considéré pour les patients à risque de souffrir d'effets secondaires de l'administration de corticostéroïdes. Le réseau du CIUSSS de l'Estrie – CHUS bénéficierait aussi d'évaluer le besoin de ressources humaines et matérielles pour parvenir à mieux répondre à la demande.

Recommandations - Pour les infiltrations, les recommandations principales incluaient l'infiltration épidurale pour la douleur radiculaire et la considération du bloc de nerf médial facettaire si le patient est favorable à ce traitement et n'est pas à risque d'effets secondaires néfastes. De plus, il est recommandé de prioriser les patients avec une hernie discale en phase aiguë pour l'infiltration épidurale. En contrepartie, il est suggéré de ne pas recommander l'infiltration épidurale pour la douleur non radiculaire et de ne pas recommander l'infiltration facettaire comme traitement de premier recours. Afin d'augmenter l'accessibilité, nous recommandons d'évaluer le besoin d'équipements dans tous les RLS et d'envisager une augmentation du nombre de spécialistes capables de pratiquer ces infiltrations. Finalement, pour les patients pour qui l'infiltration ne serait pas nécessairement pertinente, nous recommandons une réévaluation des options thérapeutiques qui leur sont accessibles.

SUMMARY

Context - The Animation Committee of the musculoskeletal chronic diseases and chronic pain care pathway requested a health technology assessment (HTA) in light of the important delays to access corticosteroid injections for the management of chronic disease. It was decided to dedicate a first HTA to treatment and patient care options for chronic low back pain. Given the breadth of the request, the work was divided into two components, each presented in separate volumes: «corticosteroid injections» and «other treatments».

Objective - The objectives of this HTA component were to evaluate the efficacy and safety of corticosteroid injections for chronic low back pain, suggest the patients who might benefit from these injections, and the patient care options relevant to our institutional context.

Methodology - This HTA component included a systematic review on the efficacy and safety of corticosteroid injections with or without local anaesthetic for chronic low back pain. Additionally, a discrete choice experiment was undertaken to identify the treatments preferences in Quebec, including the degree to which injections are preferred compared to other treatment options. The data from a survey of 13 sites throughout our institution offering injections, as well as the experiential data obtained through informal communication with various stakeholders were also included. Lastly, an analysis of stakeholder values on accessibility to treatment and the care of patients suffering with chronic pain was undertaken.

Results - The scientific literature is favorable to epidural injections for radicular pain and to medial branch nerve block, if the patient is open to such interventions and is not at higher risk of experiencing harmful side effects. Indeed, an important majority of patients do not seem to prefer injections as a treatment option. It is also recommended to prioritise patients with acute disc herniation for epidural injection. This recommendation could mean organisational modifications in order to ensure a rapid access to this treatment. Injections should preferably be administered using imaging. In order to increase accessibility, we consequently recommend to evaluate the need for equipment in all local service areas (RLS), while considering geographic accessibility, and to consider increasing the number of specialists capable of administering these injections. Additionally, it is generally assumed that the benefits of injections are due to the injected corticosteroids. Recent literature indicates that this is mainly the case for the management of pain resulting from disc herniation. For other aetiologies, however, the effect seems instead to be due to local anaesthetics, notably lidocaine.

Conversely, the scientific literature does not support the administration of epidural injections for non-radicular pain nor facet-joint injections as a first recourse. Finally, for those patients for whom injections might not be relevant, we recommend a re-evaluation of the available and accessible treatment options.

Conclusion - Corticosteroid injections can be beneficial for certain patients suffering of chronic low back pain. This is dependent on the pain aetiology and the type of injection. Additionally, injections should be administered with the use of imaging. In some cases, the

injection of the local anaesthetic lidocaine alone could be efficient. This could particularly be considered for patients a risk of experiencing harms from corticosteroids. The CIUSSS de l'Estrie – CHUS network would also benefit from evaluating the need in human and material resources to better respond to the demand for injections.

Recommendations - For injections, the main recommendations included epidural injections for radicular pain and the consideration of medial branch nerve block if the patient is open to this treatment and is not at higher risk of experiencing harms. Additionally, it is recommended to prioritise patient with acute disc herniation for epidural injections. Conversely, it is suggested not to recommend epidural injections for non-radicular pain. Facet-joint injections in general are also not recommended as a first recourse. In order to increase accessibility to relevant injections, we recommend the evaluation of the need for equipment in all local services areas (RLS) and to consider increasing the number of specialists capable of administering these injections. Finally, for patients who may not benefit from injections, we recommend a re-evaluation of the treatment options accessible to them.

1. INTRODUCTION

1.1 Contexte et besoins décisionnels

Dans le contexte de la trajectoire des maladies chroniques musculosquelettiques et douleur chronique, des problèmes majeurs d'accessibilité aux traitements par infiltrations de corticostéroïdes sont observés. En effet, on rapporte des temps d'attente pouvant aller jusqu'à deux ans pour une infiltration. Plusieurs raisons contribuent à une telle situation. D'abord, la demande est trop élevée par rapport à l'offre de services. Ensuite, les demandes d'infiltration qui sont acheminées sont bien souvent incomplètes et ne permettent pas de prioriser les interventions, contribuant ainsi à engorger le système. De plus, on rapporte que la pratique diffère beaucoup d'un endroit à l'autre sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Ceci réfère à l'accessibilité aux plateaux techniques et à l'expertise locale pour effectuer les interventions par injection. Cette situation est exacerbée par le manque d'accès à d'autres options thérapeutiques, entre autres aux cliniques multidisciplinaires pour la prise en charge de la douleur chronique. Des questions sur la pertinence de certaines pratiques sont aussi évoquées. Notamment, quels sont les interventions, leurs fréquences et les délais entre les traitements qui doivent être prescrits pour le traitement de la douleur chronique?

Le Comité d'animation de la trajectoire (CAT) des maladies chroniques musculosquelettiques et douleur chronique a demandé à l'UETMISS de réaliser une évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) en santé et services sociaux sur l'efficacité et la sécurité des infiltrations de corticostéroïdes avec ou sans anesthésiant local pour la gestion de la douleur chronique lombosacrée. Les résultats de la revue exploratoire entreprise lors de l'exercice de cadrage indiquaient qu'une partie importante des individus souffrants de douleur lombaire chronique ne bénéficieraient pas d'une infiltration. Ces résultats ont mené à un questionnement sur les autres modalités de traitement adéquates à la gestion de la douleur chronique lombosacrée ainsi que les modalités de prise en charge du patient à privilégier en considérant les enjeux organisationnels, professionnels, et les perspectives des différentes parties prenantes, incluant les patients. De plus, afin d'inscrire les travaux de cette ETMI dans une perspective de soutien aux bonnes pratiques, une collaboration avec l'équipe de courtage de connaissances du Bureau des pratiques pertinentes a été développée dès le début des travaux de l'ETMI.

1.2 La douleur chronique

Malgré l'existence de définitions variées, la douleur chronique est principalement définie comme étant un phénomène complexe avec une douleur persistant plus de six mois. La douleur aiguë, en contrepartie, est une douleur qui dure moins de 30 jours. Celle-ci joue un rôle de protection, permettant d'identifier la présence d'un problème. Lorsque la douleur se trouve entre la douleur aiguë et chronique, elle peut être qualifiée de subaiguë¹. La douleur chronique se manifeste en la présence ou l'absence de processus pathologique démontrable. En effet, elle ne joue pas de rôle de protection et ne répond pas de façon attendue aux interventions biomédicales par une amélioration de la condition.^{12,3}.

Cependant, cette définition sous-entend aussi une expérience du patient quant à sa condition qui est conceptuelle et des défis avec les soins et services de santé qui sont relationnels et existentiels. En effet, une revue de la littérature a trouvé trois thèmes récurrents de l'expérience vécue des patients. Le premier est l'invisibilité due à l'absence de signes extérieurs qui puissent légitimer leur condition. Le deuxième est le doute, perçu ou réel, de la part des professionnels de la santé, de la famille et de l'entourage ainsi que des décideurs quant à la vérité des propos du patient sur sa condition. Le troisième thème est celui de mener une vie qui semble imprévisible, que ce soit du point de vue social, financier, fonctionnel ou psychologique².

Ces caractéristiques de la douleur chronique rendent donc la recherche épidémiologique et clinique complexe. Il existe une variabilité importante dans la prévalence rapportée au Canada, allant de 17 % à 29 %^{4,5}. Cette variabilité peut aussi partiellement s'expliquer par les iniquités entre différents groupes sociodémographiques. En effet, la prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes⁵. Par exemple, l'Enquête nationale sur la santé de la population a rapporté en 2004/2005 une prévalence de 16,1 % chez les hommes et de 22,7 % chez les femmes. De plus, les individus dans le quintile de revenu familial le plus bas semblent aussi avoir une prévalence plus élevée que ceux dans le quintile le plus haut (Schopflocher & Harstall, 2008). De plus, les femmes plus âgées (vs celles âgées de 25 à 39 ans), les femmes n'ayant pas faits d'études au-delà du secondaire et les femmes étant divorcées, séparées ou veuves (vs celles étant mariées) semblent être à risque plus élevé de développer une douleur chronique⁵.

Ces caractéristiques et particularités restent vraies lorsqu'on considère spécifiquement la douleur chronique lombosacrée. La lombalgie est la condition médicale musculosquelettique la plus fréquente avec 49 % à 90 % de la population dans les pays développés ayant eu au moins un épisode de douleur lombosacrée au courant de sa vie⁶. Un épisode durant moins de quatre semaines est généralement considéré comme étant aigu. Une douleur qui perdure entre quatre et douze semaines est caractérisée de subaiguë tandis que si celle-ci se prolonge au-delà de douze semaines, elle devient chronique^{7,8}. Seule une petite portion (2 % à 7 %) des individus présentant une lombalgie aiguë développent une douleur chronique⁶.

Sur le plan physiologique, il existe une différence importante entre la douleur aiguë et chronique. D'une part, la douleur aiguë est généralement causée par une atteinte tissulaire et peut être accompagnée d'une certaine inflammation⁹. Elle est directement liée à un processus pathologique, en suit l'évolution et par conséquent, joue un rôle de protection. D'autre part, la douleur chronique persiste même lorsque l'élément déclencheur est résolu¹. Pour cette raison, la pathophysiologie spécifique de la lombalgie chronique reste souvent difficile à définir^{1,7}. Des causes générales fréquentes incluent la radiculopathie due à une sténose spinale ou un coincement d'une racine nerveuse associés à des anomalies structurelles visibles à l'imagerie (telles que la spondylose ou la hernie discale) ou encore une lombalgie non spécifique. Cependant, il n'existe pas d'association claire entre les anomalies structurelles identifiées à l'imagerie et la présence ou la sévérité de la douleur^{1,7, 11}. Ces différences entre les douleurs aiguë et chronique indiquent que les modes de traitement devraient être adaptés à l'aspect temporel de la douleur¹².

1.3 Les traitements

Les traitements pour la douleur chronique lombosacrée peuvent être non effractifs, incluant les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques, ou effractifs, incluant les injections et les traitements chirurgicaux⁷.

Les traitements pharmacologiques incluent différents médicaments entrant dans huit catégories générales : (1) acétaminophène et anti-inflammatoires non stéroïdiens (2) relaxants musculaires (tels que : benzodiazepines, cyclobenzaprine), (3) corticostéroïdes systémiques, (4) opoïdes, (5) antidépresseurs tricycliques (tels que : amitriptyline), (6) médicaments topiques, (7) médicaments anticonvulsifs (tels que : Gabapentin), (8) plantes médicinales (telles que : *Capsicum frutescens*, cannabis)⁸.

Les traitements non pharmacologiques peuvent inclure une large gamme d'options telles que l'exercice physique (incluant l'exercice aérobique, l'aquaforme, le Tai-Chi, le yoga, exercice de contrôle moteur, etc.), la psychothérapie, l'acupuncture, la manipulation spinale, les modalités physiologiques et physiques (telles que l'ultrason, l'application de froid ou chaleur superficielle, neurostimulation transépidermique (TENS), les supports lombaires, la thérapie au laser, etc.)⁸.

Les traitements par injections consistent en des injections de médicaments visant à réduire l'inflammation, le plus souvent des corticostéroïdes accompagnés ou non d'anesthésiants locaux. Ces injections sont administrées dans diverses structures de la colonne vertébrale, telles que l'espace épidual, les facettes, les disques intervertébraux, etc. Elles peuvent donc être soit facettaires (qui incluent aussi les injections périfacettaires ou capsulaires et les injections de branche médiale du nerf facettaire) ou périurales (qui incluent les injections par voie interlamellaire, caudale et transforaminale)^{7,13}.

Il existe d'autres thérapies interventionnelles incluant la thérapie électrothermique intradiscale, la dénervation par radiofréquence, etc. Certains groupes d'experts, tels que le National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS), considèrent ces thérapies comme une forme de chirurgie minimalement invasive. De plus, d'autres types de traitements chirurgicaux sont aussi offerts⁷. Les traitements chirurgicaux allaient cependant au-delà de la portée de cette ETMI.

L'administration de certains de ces traitements requiert l'accès à des plateaux techniques. Notamment, certains types d'infiltrations se réalisent sous imagerie, tels que les injections facettaires et transforaminales. Un nombre restreint de plateaux peut créer des pressions sur la priorisation et l'accessibilité, et conséquemment avoir un impact sur les délais de traitement.

Comme détaillé dans le modèle logique (annexe II), différents facteurs organisationnels et individuels peuvent influencer l'accès à ces différents traitements, malgré le fait que le choix de traitement devrait plutôt dépendre des manifestations cliniques et de l'évolution du patient. Ces facteurs mènent à des iniquités d'accès aux soins et services qui se reflètent ultimement dans les impacts sur le patient^{4,5,14}. Par exemple, la majorité des traitements non pharmacologiques et non chirurgicaux ne sont pas couverts par la Régie de l'assurance

maladie du Québec (RAMQ). Ceci pourrait donc présenter une barrière financière pour certains individus de niveau socio-économique plus faible à l'obtention de traitements optimaux. De plus, les patients peuvent avoir des préférences de traitement qui diffèrent de celles des professionnels de la santé. Par exemple, une étude a démontré que malgré l'augmentation des taux de chirurgie pour le traitement de la douleur lombosacrée, ces procédures ne sont pas le mode d'intervention préféré par les patients. En effet, ceux-ci préféreraient attendre de voir les possibles impacts des traitements non chirurgicaux avant d'accepter de subir une procédure chirurgicale. Les auteurs pointent néanmoins au fait que les préférences peuvent tout de même varier pour chaque individu et soulignent l'importance d'une communication avec le patient menant à une décision informée et éclairée sur le traitement à entreprendre¹⁵.

C'est à la lumière de toutes ces considérations que l'équipe de l'UETMISSS a travaillé avec le CAT afin de définir des questions de recherche qui répondraient adéquatement à la question décisionnelle. En effet, afin d'examiner la problématique d'accessibilité à l'infiltration, il est apparu nécessaire d'évaluer non seulement la sécurité, l'efficacité et la pertinence des infiltrations, mais aussi les autres options thérapeutiques vers lesquelles les individus souffrants de douleur chronique pouvaient être redirigés, ainsi que la façon dont ces individus sont pris en charge par le système. Conséquemment, le projet était divisé en deux volets : «infiltrations de corticostéroïdes» et «autres modalités de traitement». Afin de mieux représenter la distinction entre les objectifs et méthodologies utilisés, nous présentons les deux volets de ce rapport d'ETMI en deux volumes distincts.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Question décisionnelle

Quelles sont les modalités de prise en charge à privilégier pour le traitement de la douleur chronique lombosacrée d'origine non cancéreuse?

Nous entendons par «modalités de prise en charge» médicale d'une part les différentes modalités de traitement pertinentes, ainsi que les processus systémiques qui faciliteraient l'accès optimisé à ces différents traitements. La notion de décision partagée et d'habilitation («empowerment») des patients à naviguer dans le système est un élément clé de ces processus.

2.2 Questions d'évaluation

À la suite de l'examen des enjeux entourant le besoin et après analyse des informations contenues dans la grille ci-dessous, l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a proposé quatre questions d'évaluation. Ces questions ont été divisées en deux volets, chacun utilisant des approches méthodologiques différentes. Afin de comprendre l'étendue globale de l'ETMI, nous présentons ci-dessous les quatre questions ainsi que les éléments qui ont guidé la formulation de ces questions. Ce premier volume porte cependant sur les travaux et résultats liés aux questions 1, 2 et 4.

Dimensions efficacité et sécurité

Question 1 : Quelles sont l'efficacité et la sécurité des infiltrations de corticostéroïdes pour le traitement de la douleur chronique lombosacrée?

Question 2 : Quel type de patient bénéficierait le plus des interventions démontrées efficaces et sécuritaires?

Question 3 : Quelles sont les modalités de traitement, autres que l'infiltration de corticostéroïdes, recommandées pour le traitement de la douleur chronique lombosacrée (excluant la chirurgie)?

Dimension organisationnelle

Question 4 : Quelles sont les modalités de prise en charge à privilégier dans le contexte du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (excluant la chirurgie)?

La grille **PIPOH**¹⁶ décrit les éléments qui ont guidé la formulation de ces questions

Population d'intérêt	Adultes (plus de 18 ans) souffrant de douleur chronique lombosacrée.
Intervention d'intérêt	Injection de corticostéroïdes avec ou sans anesthésiant local et autres modalités (incluant : médicaments, injections d'acide hyaluronique, et de plasma riche en plaquettes et autre facteurs de croissance, ablation/thermolésion par radiofréquence, plantes médicinales (incluant cannabis, millepertuis, etc.), exercice, psychothérapie, acupuncture, manipulation spinale, modalités physiologiques et physiques (telles que l'ultrason, l'application de froid ou de chaleur superficielle, TENS), les supports lombaires, la thérapie au laser. (Exclu : chirurgie*).
Professionnels visés	Tous les professionnels de la santé et les gestionnaires pertinents du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Outcomes (résultats)	Patient : douleur lombosacrée, qualité de vie, capacité fonctionnelle, gestion des effets secondaires, autres à définir. Système : augmenter l'accessibilité aux traitements/modes d'intervention (diminution des délais), diminuer les iniquités d'accès.
Healthcare setting (contexte organisationnel)	CIUSSS de l'Estrie – CHUS (trajectoire maladies chroniques musculosquelettiques et douleur chronique).

*Les traitements chirurgicaux et autres procédures exclues pourront être évalués lors d'un avis spécifique futur si demandé par le CAT.

2.3 Modèle logique et cadre d'analyse

Modèle logique

Afin de représenter la complexité de cette problématique, un modèle logique a été développé (annexe II). Il consiste en trois strates d'analyse, soit (1) le parcours du patient (représenté par les flèches bleues) (2) les éléments programmatiques (représentés par les flèches noires) ainsi que (3) les facteurs individuels et organisationnels qui influencent chaque composante (représentés par les flèches pointillées jaunes). Des considérations d'iniquités potentielles sont aussi intégrées à travers le cadre.

1. Le parcours du patient se base sur la trajectoire de soins et services des maladies musculo-squelettiques et gestion de la douleur chronique tout en mettant en relief les points de parcours les plus pertinents à ce projet. L'annexe I contient la trajectoire complète avec tous ses détails.
2. Les éléments programmatiques sont organisés selon un cadre d'évaluation de programme générique, incluant des intrants, un processus et des extrants. Afin de tenir compte des réalités de soutien aux bonnes pratiques présentes dans ce projet, la composante de processus a été définie de façon plus spécifique en utilisant le cadre d'analyse de politique développé par Walt & Gilson (1994)¹⁷. Celui-ci contient quatre éléments s'influençant mutuellement, dont le contexte où se situe le projet, les processus utilisés et le contenu des éléments d'analyse gravitants autour des acteurs.
3. Les facteurs organisationnels faisant partie des éléments programmatiques peuvent influencer la façon dont le patient est pris en charge. Les facteurs individuels quant à eux, peuvent influencer la façon dont le patient interagit avec le système de santé et de services sociaux.

Cadre d'analyse

Les points saillants du modèle logique de cette ETMI ont été extraits pour former un cadre d'analyse (annexe II). Celui-ci représente les quatre questions de recherche qui en émergent, telles que décrites plus haut. En plus des éléments directement impliqués, soit les modalités de prise en charge et les facteurs organisationnels, les facteurs individuels sont aussi inclus puisqu'ils affectent également les résultats que nous obtiendrons aux questions de recherche. De plus, nous en tiendrons compte dans l'analyse d'iniquité telle que décrite plus en détail dans la prochaine section «Enjeux d'éthique et d'équité».

2.4 Enjeux d'éthique et d'équité

Afin de tenir compte des enjeux éthiques de cette problématique ainsi que des recommandations découlant de cette ETMI, nous avons recueilli les jugements de valeur des parties prenantes impliquées dans le projet qui ont émergé lors des rencontres du comité consultatif. Par le biais de deux discussions de groupes semi-structurées, guidés par des questions clés définies par les auteurs de l'ETMI (annexe III), nous avons amené les membres du comité consultatif à exprimer les valeurs et enjeux liés aux quatre principes d'éthique biomédicale les plus communément reconnus : l'autonomie, la bienfaisance, la

non-malfaisance et la justice. Les discussions ont été analysées par une méthode inductive¹⁸. Le contenu des discussions a été codé par thèmes émergents et catégorisés dans l'un ou l'autre des quatre principes. Ces résultats ont subséquemment informé l'élaboration des recommandations basées sur les résultats de la recension des écrits et des données contextuelles sur les ressources disponibles et autres réalités régionales.

De plus, compte tenu des réalités du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, nous avons choisi de considérer les éléments contribuant aux iniquités de façon plus explicite dans les différentes étapes de l'ETMI. L'iniquité en santé concerne non seulement les disparités dans le statut de santé entre les différents groupes populationnels, mais aussi le fait que ces disparités soient injustes et évitables¹⁹. Ceci implique que ces différences sont le résultat de facteurs structurants sociétaux ou institutionnels. Par conséquent, l'inclusion d'une lentille équité vise à dévoiler, en plus des disparités existantes dans le statut de santé, les facteurs modulant ces résultats dans le but d'identifier des mécanismes d'action pour contrer ces iniquités¹⁴. Nous avons développé un outil aide-mémoire en se basant sur le cadre d'équité en ETMI proposé par Culyer & Bombard (2012)²⁰ afin de considérer les implications d'équité de façon systématique à travers ce projet. Différents éléments à considérer sont présentés pour chacune des trois phases de l'ETMI. Les actions clés entreprises dans chaque phase de cette ETMI sont comme suit :

1. Phase de cadrage :

- a. Nous avons inclus des représentants patients dans le comité consultatif.
- b. Nous avons aussi alloué les ressources nécessaires pour permettre un cadrage qui inclut une analyse sur les enjeux éthiques et d'équité.
- c. Nous avons entrepris des recherches préliminaires afin de mieux comprendre les enjeux d'équité potentiels propres à notre région et que nous pouvions anticiper.

2. Phase de production :

a. Recension des écrits :

Nous avons extrait tout résultat rapportant des différences d'effets entre groupes populationnels ainsi que tout commentaire sur l'iniquité à l'accessibilité aux traitements.

b. Collecte de données contextuelles :

Nous avons collecté des données sur les différents points de service à travers la région sociosanitaire de l'Estrie ainsi que fait référence aux données déjà disponibles sur les groupes démographiques minoritaires à travers les RLS.

Lors de la collecte de données sur les préférences des patients, nous avons aussi inclus des caractéristiques démographiques afin de nous permettre de faire une analyse sur les différences de préférences par groupes sociodémographiques.

Nous avons aussi considéré le niveau de couverture d'assurance complémentaire et les traitements qui ne sont pas couverts par la RAMQ.

c. Analyse des données :

Nous avons présenté les résultats préliminaires aux membres de notre comité consultatif, qui incluait des patients.

Nous avons analysé les données obtenues sur les enjeux d'équité.

3. Phase de recommandations et conclusion :

- a. Nous avons inclus des recommandations qui tiennent compte des groupes sociodémographiques à risque d'être défavorisés, telles que trouvées dans les résultats de la littérature et des données contextuelles.

2.5 Recension des écrits

Pour le volet « infiltrations de corticostéroïdes », nous avons entrepris une revue systématique sur l'efficacité et la sécurité des infiltrations de corticostéroïdes pour la lombalgie chronique. Une deuxième revue systématique a aussi été complétée sur les préférences de traitement des patients. Celle-ci est décrite dans la section «Préférences des patients» plus bas ainsi que le manuscrit Poder & Beffarat (en revue)²⁰.

Recherche systématique de la littérature indexée

1. Élaboration de la stratégie de recherche

Une stratégie de recherche documentaire a été développée par un bibliothécaire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (MK) en collaboration avec l'auteure principale de ce rapport (MB).

Ce volet portant sur les infiltrations de corticostéroïdes a inclus les revues systématiques, revues de revues systématiques et guides de pratique clinique. Les documents recherchés étaient en anglais, français, espagnol et italien, publiés entre 2011 et 2018 dans les bases de données suivantes : PubMed, Scopus, Cochrane Library. Les stratégies de recherche complètes se retrouvent en annexe IV.

Les mots-clés pour l'élaboration de la stratégie de recherche étaient les suivants :

Thème douleur chronique

Douleur chronique, lombalgie, sciatalgie, sténose spinale, radiculopathie lombaire
Chronic pain, sciatica, low back pain, spinal stenosis, lumbar radiculopathy, discogenic pain, herniated lumbar discs, nerve root compression, lumbosciatic pain, radiculitis, spinal fibrosis.

Thème région anatomique

Lower back, low back, lombosacrée, bas du dos, rachis lombaire,
Prognosis, prognostic.

Thème traitements

Injections cortisonées, injections de corticostéroïdes, corticosteroid injections, steroid, stéroïde, injection facettai, injection péri-facettaire, injection capsulaire, injection block, injection branche médiale du nerf facettai, épidurale, epidural injections, epidural steroid, epidural perineural injection, transforaminal injection, interlaminar epidural, intraarticular

corticostéroïde, nerve root block, periradicular infiltration, methylprednisolone, caudal epidural injection, \$ caines (tous les préfixes).

2. Examen des titres et des résumés

Une première sélection s'est faite en examinant les titres et les résumés selon les critères suivants :

Critères d'inclusion :

1. Publication en français, anglais, espagnol, italien;
2. Publiée entre 2011 et 2018;
3. Référence portant, du moins en partie, sur la lombalgie chronique;
4. Distinction explicite des données et résultats selon la douleur chronique ou aiguë;
5. Référence portant sur les infiltrations de corticostéroïdes ou autres options thérapeutiques;
6. Référence mentionne les résultats pertinents aux questions de recherche (efficacité, sécurité et prise en charge de patients);
7. Types de publications : revues systématiques, revues de revues systématiques, guides de pratique clinique.

Critères d'exclusion :

1. Condition : douleur de bas de dos liée à la grossesse, douleur chronique du rachis autre que lombalgie (c.-à-d. bassin, thoracique, cervicale, joint sacro-iliaque, etc.), failed back surgery syndrome. (ces conditions vont au-delà du mandat de cette ETMI);
2. Interventions : injections diagnostiques (l'objectif n'étant pas de soulager/gérer la douleur), agents biologiques (rarement utilisés pour la gestion de la douleur chronique telle que définie dans cette ETMI), traitements chirurgicaux;
3. L'article ne distingue pas la douleur chronique de la douleur aiguë ou les résultats ne sont pas séparés;
4. Types de publications : revues narratives et toute publication autre que revue systématique, revue de revue systématique, guide de pratique clinique.

3. Sélection des références pertinentes

Deux évaluateurs (MB et TP) ont complété la sélection des articles. Un troisième évaluateur (PD) a tranché la décision en cas de désaccord. Une sélection finale s'est faite en localisant les références retenues et en lisant les articles entiers afin de confirmer l'acceptation ou le rejet de chaque référence selon les mêmes critères d'inclusion décrits plus haut et la qualité de la preuve. Seuls les articles de qualité élevée ou modérée ont été inclus.

4. Bibliographie des références retenues

Les références bibliographiques des documents sélectionnés ont été examinées. Ceci a permis de voir si des références pertinentes nous avaient échappé.

Recherche de la littérature grise

La littérature grise a été cherchée dans les ressources suivantes :

1. INAHTA;
2. EuNetHTA;
3. Institute of Health Economics Ambassador Program Alberta;
4. CRD York;
5. Michael G. DeGroot National Pain Centre – McMaster University;
6. Health Evidence network;
7. Santécom;
8. ETMI Québec;
9. Catalogue CUBIQ (catalogue collectif de 25 bibliothèques du gouvernement du Québec);
10. Publications du gouvernement du Canada – Collection électronique
<http://publications.gc.ca/site/fra/recherche/collectionElectronique.html>;
11. Catalog of U.S. Government Publications
<https://catalog.gpo.gov/F?RN=968262350>;
12. HTA Database – Canadian Search Interface (CADTH);
13. Google et Google Scholar :
 - a. Recherche ETMI et guide de pratique clinique sur les traitements pour la douleur chronique lombosacrée dans toutes les provinces et les territoires du Canada;
 - b. Recherche ETMI et guide de pratique clinique sur les traitements pour la douleur chronique lombosacrée dans le reste des pays (disponible en anglais, français, espagnol, italien).

Cette recherche a été entreprise jusqu'à saturation de l'information. La stratégie de sélection des références était la même que celle décrite plus haut pour la recension de la littérature indexée. Nous avons aussi inclus dans la recherche de la littérature grise des recommandations, algorithmes, ou autres sur la prise en charge des patients avec douleur chronique lombosacrée dans la province. Finalement, nous avons aussi inclus des documents sur la couverture par les assurances complémentaires ainsi que les impressions des usagers du système de la santé afin d'alimenter la contextualisation.

Extraction des données

Des données ont été extraites des articles sélectionnés, des recherches, des écrits indexés et de la littérature grise. Deux auteurs de l'ETMI (MS et MSC) ont extrait les mesures de résultats suivantes à partir d'une grille d'extraction :

- Définition de douleur lombaire;
- Définition de douleur chronique;
- Type d'injection;

- Utilisation d’anesthésiant (oui/non);
- Type de patient (étiologie, nature de la douleur, etc.);
- Amélioration de la douleur (court et long terme; inclure définitions de durées);
- Capacité fonctionnelle;
- Qualité de vie;
- Santé perçue;
- Impacts différentiels sur différents types de patients et certains groupes sociodémographiques;
- Recours à la chirurgie;
- Utilisation d’opioïdes;
- Utilisation des soins de santé;
- Effets secondaires;
- Accessibilité aux traitements;
- Préférences patients et éléments d’influences;
- Référence aux résultats rapportés par les patients (PROMS);
- Référence à la participation des patients dans le processus de l’étude.

Évaluation de la qualité des données et de la littérature

La qualité des revues systématiques a été évalué en utilisant l’outil AMSTAR2²¹. Cet outil contient 16 questions sur les différents aspects de développement méthodologiques et le rapport de la revue. L’outil a été utilisé tel quel pour les revues systématiques sur l’efficacité des infiltrations.

La qualité des guides de pratique clinique a été évalué en utilisant l’outil AGREE-II²¹. Cet outil amène à évaluer les guides selon six domaines : portée et objectif, participation des parties prenantes, rigueur du développement, clarté de la présentation, applicabilité, indépendance éditoriale. Il inclut aussi deux estimations globales, une quantitative et une qualitative.

Analyse des données

Une analyse descriptive des données a été complétée. Les résultats ont été organisés dans des tableaux selon le type d’infiltration et l’étiologie de la douleur. L’analyse incluait aussi les données extraites de la recension de guides de pratique clinique et de revues systématiques de guides de pratique clinique du volet «Autres infiltrations» pertinentes aux infiltrations, tel que décrit dans le deuxième volume de ce rapport.

2.6 Données contextuelles

Les données contextuelles provenaient des sources suivantes :

2.6.1 Préférences des patients : Choix expérimental discret (discrete choice experiment, DCE)

Le choix expérimental discret (discrete choice experiment, DCE) est une approche méthodologique qui nous a permis d'obtenir les préférences des patients sur les traitements et les caractéristiques de traitements influençant ces préférences. Les détails méthodologiques de cet exercice se trouvent dans le manuscrit²⁰. En bref, les traitements et caractéristiques pertinents ont été définis selon les résultats d'une revue systématique sur les options de préférences analysées lors de DCE précédents sur la lombalgie²². Ensuite, le choix des options thérapeutiques et caractéristiques (dites «attributs») à offrir dans ce DCE s'est effectué via des groupes de discussions avec quatre patientes partenaires du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Une fois ces caractéristiques (jusqu'à un maximum de 9) établies, un questionnaire a été construit en suivant la méthodologie recommandée par l'ISPOR²¹.

Une enquête en ligne a été menée au Québec à la fin de l'année 2018 auprès des membres de l'Association québécoise de la douleur chronique (AQDC). Les répondants devaient avoir des douleurs chroniques au bas du dos depuis au moins trois mois pour être inclus dans l'étude. L'enquête a été réalisée en français et en anglais à l'aide de la plate-forme d'enquête en ligne fournie par Sawtooth Software. Ce questionnaire comportait un volet sociodémographique ainsi que des cartes de choix correspondant au DCE. Les différents ensembles de cartes de choix générés par un processus de sélection orthogonale étaient répartis de façon aléatoire entre les répondants. Sept attributs/caractéristiques avec différents niveaux ont été utilisés : modalité de traitement, réduction de la douleur, efficacité du traitement, durée de l'efficacité, difficulté dans les activités de la vie quotidienne, problème de sommeil, connaissance de leur corps et de la localisation de leur douleur (voir tableau 1). La modalité de traitement était définie par six niveaux (choix) : injections de produits cortisonés, activités physiques supervisées corps-esprit, activités physiques sportives supervisées, manipulations physiques, cours d'autogestion et psychothérapie.

Tableau 1 Caractéristiques et niveaux de choix pour le DCE

Caractéristique/attribut	Niveaux
Modalité de traitement	<p>Infiltration cortisonée</p> <p>Activités physiques supervisées de type corps-esprit (ex. : Yoga, Tai-Chi, Pilate)</p> <p>Activités physiques supervisées de type sportif (ex. : marche active, natation, vélo, musculation, crossFit)</p> <p>Manipulations physiques (ex. : chiropractie, physiothérapie, ergothérapie, kinésithérapie)</p> <p>Cours d'autogestion (ex. : médicaments, autohypnose, techniques de respiration, relaxation)</p> <p>Psychothérapie (ex. : thérapie cognitivo-comportementale, choc post-traumatique, relaxation musculaire progressive, approche motivationnelle)</p>
Réduction de la douleur	<p>Réduction nulle à très légère</p> <p>Réduction légère</p> <p>Réduction de moitié</p> <p>Aucune douleur</p>
Délai avant que le traitement ne fonctionne	<p>1 mois</p> <p>6 mois</p> <p>12 mois</p>
Durée de l'efficacité	<p>Efficace pendant 2 mois</p> <p>Efficace pendant 6 mois</p> <p>Efficace pendant 12 mois</p>
Difficultés dans les activités quotidiennes	<p>Autant de difficultés qu'avant</p> <p>Moins de difficultés qu'avant</p> <p>Aucune difficulté</p>
Problèmes de sommeil	<p>Autant de problèmes qu'avant</p> <p>Moins de problèmes qu'avant</p> <p>Aucun problème</p>
Connaissance de son corps et de la localisation de la douleur	<p>Même connaissance qu'avant</p> <p>Connaissance un peu meilleure qu'avant</p> <p>Bien meilleure connaissance qu'avant</p>

Les analyses ont été effectuées à l'aide d'un modèle logit, d'un modèle à classes latentes (CL) et d'un modèle hiérarchique bayésien (HB). Le modèle logit considère le groupe de répondants comme ayant des individus homogènes, le modèle à classes latentes considère différents groupes ayant chacun des individus homogènes alors que le modèle hiérarchique bayésien considère chaque individu comme différent et n'appartenant à aucun groupe en particulier. Dans ces modèles, les préférences sont mesurées par des niveaux d'utilité, c'est-à-dire par l'intensité des préférences exprimées. Plus une utilité est importante et de signe positif, plus les préférences en faveur de l'élément étudié sont importantes. L'option de retrait a été prise en compte dans les analyses (c.-à-d. que les répondants pouvaient ne choisir aucun des deux traitements proposés).

2.6.2 Organisation de l'accès à l'infiltration au CIUSSS de l'Estrie – CHUS

En collaboration avec le Groupe de travail de support à la première ligne, nous avons obtenu l'information collectée lors d'une enquête auprès de 13 points de services offrant des infiltrations. L'information obtenue lors d'entrevues structurées avec des questionnaires de centres portait sur différents aspects de l'organisation des soins, tel que le référant, les délais, l'équipement disponible, les solutions suggérées aux enjeux, etc. Le questionnaire utilisé se trouve en annexe V. Nous avons entrepris une analyse de contenu en utilisant une méthode inductive et rapportons les thèmes émergents qui sont pertinents aux objectifs de cette ETMI.

2.6.3 Perspectives et valeurs éthiques des parties prenantes

Les parties prenantes étaient incluses dans toutes les étapes de cette ETMI. Une réunion préliminaire a été organisée avec un groupe initial de parties prenantes, selon les suggestions du CAT et les réseaux des membres de l'équipe de l'UETMISSS. Ces discussions ont servi à échanger sur l'étendue de l'ETMI ainsi que les types et noms potentiels des autres parties prenantes à inclure dans un éventuel comité consultatif.

Une fois le comité consultatif formé, trois rencontres ont eu lieu permettant d'échanger sur la direction des travaux et l'interprétation des résultats préliminaires.

Les conversations qui ont eu lieu lors des deux dernières rencontres du comité consultatif portaient sur les réactions aux données trouvées dans la littérature considérant les réalités dans le CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Comme décrit plus haut, elles ont servi à échanger et obtenir les valeurs priorisées par les membres du comité. De ces conversations semi-structurées ont émergé des thèmes qui ont ensuite été codés et catégorisés selon les quatre principes d'éthique biomédicale de non-malfaisance, bienfaisance, autonomie et justice. Ceci a été fait en utilisant une méthode d'analyse inductive. De plus, ces conversations ont aussi amené les membres à émettre des idées de solutions aux enjeux discutés, de sorte que des propositions de recommandations ont émergé.

2.7 Triangulation

Les données obtenues lors de la recension des écrits et les données contextuelles ont été triangulées afin de déterminer les interventions les plus pertinentes pour les patients estriens. Les différentes données collectées ont été colligées dans des fiches synthèses.

2.8 Méthode de formulation des recommandations

Des recommandations préliminaires ont été élaborées par l'auteure principale selon les données collectées. Ces recommandations étaient catégorisées en trois catégories : infiltrations, autres traitements, organisation des soins pour la prise en charge du patient.

Les disponibilités des membres du comité consultatif n'ont pas permis une discussion en présentiel des recommandations préliminaires. Conséquemment, un processus Delphi²¹ a été mis sur pied. Le Delphi est une méthode qui permet l'obtention d'un consensus parmi les membres d'un groupe à travers une série de votes et de commentaires par écrit sur des suggestions initiales. Cette méthode permet à tous les membres d'avoir une voix égale en deux ou trois rondes de commentaires qui, partagés de façon anonyme, permettront aux membres de prendre connaissance des différents points de vue et de s'influencer mutuellement. Les membres du comité consultatif ont donc pu voter et émettre leurs commentaires sur les recommandations préliminaires en deux rondes via la plateforme Survey Monkey. Les recommandations finales ont été distribuées une dernière fois aux membres du comité consultatif pour une dernière validation.

3. RÉSULTATS

3.1 Revue systématique sur l'efficacité et la sécurité des infiltrations de corticostéroïdes pour la douleur chronique lombosacrée

3.1.1 Résultats de la recherche de la littérature

La recherche de la littérature a identifié 273 articles issus des bases de données et huit articles de la littérature grise. Après suppression des doublons, nous avons filtré 75 articles selon les critères d'inclusion et d'exclusion définis. Au total, et incluant les articles pertinents retenus lors de la sélection d'articles pour le volet « Autres modalités de traitement » décrit plus haut, 1 Guide de Pratique Clinique (GPC)²⁶ de qualité modérée (avec qualité de données faible ou insuffisante à modérée), 1 ETMI⁷ de qualité élevée et 11 RS publiées après octobre 2014 (puisque l'ETMI avait déjà tenu compte des RS précédentes)^{13,27-33,34,35,36} de qualité modérée, sauf une de qualité faible qui ciblait les effets secondaires des infiltrations¹³, ont été incluses dans l'analyse. De plus, 3 GPC^{17,18,27} de qualité modérée à élevée (avec qualité de données faible ou insuffisante à modérée) et 1 revue de GPC³⁷ de qualité modérée retenue lors de la recherche de la littérature du volet «Autres traitements» décrite plus haut ont aussi été incluses dans l'analyse. Le diagramme PRISMA ainsi que les articles exclus avec raisons se retrouvent en annexe VI. Les résultats des évaluations de qualité utilisant les guides AGREE-II et AMSTAR 2 se trouvent en annexe VII.

3.1.2 Description des articles inclus

En plus des guides de pratique clinique identifiés lors de la recension des écrits pour la revue systématique, nous avons identifié un GPC portant sur les infiltrations épidurales transforaminales lombaires publié par le North American Spine Society (NASS) en 2013²¹. Ce guide, de qualité modérée, se base sur 25 études de qualité inconnue et se concentrait sur les patients avec une radiculopathie résultant d'une hernie discale ou d'une sténose spinale. Nous avons considéré les résultats spécifiant les infiltrations pour la douleur chronique. Une ETMI²¹ de qualité élevée a été incluse qui portait sur les infiltrations pour la gestion de la douleur lombosacrée. Elle a été entreprise par l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) en 2015. Elle incluait 92 études randomisées, dont 78 sur les infiltrations épidurales, 13 sur les infiltrations facettaires, et une sur les infiltrations sacro-iliaques. Il est à noter que certains auteurs dans le domaine ont critiqué cette ETMI pour avoir utilisé des essais cliniques avec contrôle actif (par exemple anesthésiant vs anesthésiant plus stéroïde) comme si c'était des essais contrôlés avec placebo. Cette distinction importante est perçue comme ayant contribué au manque d'efficacité enregistrée entre les groupes malgré une différence significative des données de base³¹.

Une RS de Pountos (2016) se concentrait strictement sur la sécurité des infiltrations épidurales de corticostéroïdes. La revue incluait 159 études. Cependant, il est important de noter que la revue ne distinguait pas entre les infiltrations pour douleur chronique et aiguë et était de qualité très faible. Un aspect important de cette qualité est que les auteurs n'ont pas évalué le risque de biais des études incluses. Nous avons néanmoins inclus cette RS puisque la sécurité des infiltrations n'est rapportée que de façon non systématique dans le reste des

RS. Toutes les autres RS étaient de qualité modérée. Deux RS de Vekaria (2016) et Manchikanti (2016) portaient sur les infiltrations facettaires et incluaient six et 14 études, respectivement. Une troisième RS de Manchikanti (2015) portait sur les infiltrations épidurales ainsi que les infiltrations facettaires et incluait 40 études. Une RS évaluait si l'imagerie par résonance magnétique peut identifier les individus avec une meilleure réponse aux infiltrations et incluait deux études sur la douleur chronique. Le reste des six RS de Kaye (2015), Manchikanti (2015), Manchikanti (2016), Manchikanti (2015), Liu (2016) et Manchikanti (2015) portaient sur les infiltrations épidurales et incluaient 52, 23,39, 2, 8,7 études randomisées, respectivement. Une description des articles inclus et les résultats de l'évaluation de leur qualité se trouvent en annexe VII.

3.1.3 Synthèse et interprétation des données probantes

Nous avons séparé les résultats sur l'efficacité par type d'infiltration pour différentes étiologies de la douleur lombaire. Nous avons ensuite présenté les données relatives aux effets secondaires. Nous présentons ici un sommaire des constats des résultats obtenus. Les résultats plus détaillés se trouvent à l'annexe VIII.

3.1.3.1 Efficacité

Infiltration épidurale pour radiculopathie

Les sources fournissant des données sur les infiltrations épidurales pour la radiculopathie incluaient quatre guides de pratique clinique (GPC)²³⁻²⁶ de qualité modérée à élevée (avec qualité de données faible ou insuffisante à modérée), une revue de GPC³⁷ de qualité modérée, une ETMI⁷ de qualité élevée et sept RS²⁷⁻³³ de qualité modérée.

Les GPC semblent en général être en faveur de l'infiltration épidurale pour la radiculopathie. Les résultats de l'ETMI suggèrent que l'infiltration de corticostéroïdes pourrait être bénéfique pour la radiculopathie à court terme vs placebo. Il est à noter que les effets n'ont pas atteint l'importance clinique minimale. De plus, des données limitées rapportent un manque d'efficacité des infiltrations pour la sténose spinale.

L'ensemble des résultats des RS semblent indiquer qu'il pourrait y avoir un impact de l'infiltration caudale et interlamellaire sur la radiculopathie en général, incluant la sténose spinale. L'infiltration épidurale caudale et interlamellaire avec fluoroscopie est efficace pour la douleur résultant d'une hernie discale. Les données sont mitigées pour l'infiltration transforaminale. L'infiltration épidurale de lidocaïne seule ou de lidocaïne avec corticostéroïdes est efficace tandis que l'infiltration de corticostéroïdes avec chlorure de sodium ou bupivacaïne ne semble pas l'être. Les résultats semblent supporter la supposition que l'effet thérapeutique des infiltrations épidurales est dû aux corticostéroïdes dans le cas de la hernie discale, mais pas pour les autres conditions et étiologies de la douleur chronique lombaire où l'effet serait plutôt dû à l'anesthésiant local seul.

Infiltration épidurale pour douleur non radiculaire

Les sources fournissant des données sur l'infiltration épidurale pour la douleur non radiculaire incluaient trois GPC^{25,26,38} de qualité modérée à élevée (avec qualité de données

faible à modérée), une revue de GPC³⁷ de qualité modérée et une ETMI⁷ de qualité élevée. Aucune RS n'a rapporté de données à ce sujet.

Les GPC sont mitigés avec une revue de GPC concluant que l'infiltration pourrait être considérée, un GPC mentionnant qu'il faut personnaliser la prescription d'infiltration et un GPC recommandant fortement contre l'infiltration pour la douleur non radiculaire. L'ETMI rapporte que des données limitées suggèrent un manque d'efficacité des infiltrations pour la sténose spinale et la douleur non radiculaire. De plus, l'administration d'une ou de multiples infiltrations ne semble pas avoir d'impact sur l'efficacité.

Infiltration facettaire

Les sources de données sur l'infiltration facettaire incluaient trois GPC^{25,26,38} de qualité modérée à élevée (avec qualité de données faible à très faible), une revue de GPC³⁷ de qualité modérée, une ETMI⁷ de qualité élevée et trois revues systématiques^{34,36,39} de qualité modérée.

Les GPC avaient des conclusions mitigées, mais aucun ne concluait de façon explicite que les infiltrations facettaires étaient bénéfiques. L'ETMI n'a trouvé aucune différence entre les effets de l'infiltration facettaire et les autres interventions de comparaison sur la capacité fonctionnelle, la douleur et la qualité de vie. Les RS n'avaient pas de résultats convaincants considérant les écarts entre les résultats inclus. Dans l'ensemble, les infiltrations facettaires ne semblent pas avoir d'effet sur la réduction de la douleur et l'amélioration de la capacité fonctionnelle.

Bloc de nerf médial facettaire

Les sources de données pour le bloc de nerf médial facettaire incluait un GPC²⁵ de qualité élevé et deux revues systématiques^{34,39} de qualité modérée (un total de cinq études randomisées de qualité modérée à élevée).

Le GPC a conclu que l'absence de données suffisantes empêchait d'émettre une recommandation. Les RS avaient des données probantes de bonne qualité appuyant le bloc de nerf médial facettaire pour une amélioration de la condition de plus de six mois.

Infiltration sacro-iliaque

Les sources de données sur les infiltrations sacro-iliaques étaient deux GPC^{26,38} de qualité modérée à élevée (dont une est extraite d'une revue de GPC de qualité faible à modérée) et une ETMI⁷ de qualité élevée. Toutes ces sources de données n'avaient pas suffisamment de données probantes pour émettre une conclusion claire sur l'efficacité de ce type d'infiltration.

Commentaires généraux

Nous avons l'intention d'analyser l'effet des infiltrations sur la qualité de vie, la santé perçue, l'utilisation d'opioïdes, et l'utilisation du système de la santé. Cependant, ces impacts n'étaient pas rapportés dans les articles inclus dans cette analyse, selon les critères d'inclusion définis.

3.1.3.2 Effets secondaires

Les sources de données sur les effets secondaires des infiltrations de corticostéroïdes incluait une RS sur les effets secondaires des infiltrations¹³, un GPC sur les infiltrations²³, une ETMI⁷ et deux RS^{29,39} sur l'efficacité et la sécurité d'infiltrations.

Dans l'ensemble, la grande majorité des effets indésirables rapportés sont mineurs. Ils incluent la nausée, le choc vagal, la rougeur du visage, la douleur au site d'injection, le mal de tête, et l'hématome local. Malgré leur rareté, certains effets majeurs rapportés sont à considérer. Ceux-ci incluent la blessure spinale, l'infarctus spinal, la pneumoencéphalie, la ponction intravasculaire, la ponction lombaire, l'irritation transitoire de la racine du nerf, l'injection intrathécale, la paraparésie transitoire, la ponction subarachnoïdienne. De plus, il semble que certaines approches d'infiltrations épidurales aient des implications différentes au niveau des risques. Notamment, l'approche transforaminale semble avoir un risque plus élevé d'effets indésirables tandis que l'approche caudale semble avoir le moins de risque. En contrepartie, l'approche caudale requiert une plus grande quantité de volume injecté. Ceci pourrait s'ajouter aux effets secondaires des corticostéroïdes à injecter.

En effet, certains effets indésirables sont spécifiquement liés aux corticostéroïdes. Ceux-ci incluent l'ostéoporose, la nécrose de l'os [ostéonécrose], le gain de poids, la rétention d'eau [œdème], l'insuffisance surrénalienne secondaire, le syndrome de Cushing iatrogénique, et la myopathie secondaire. Certains patients seraient particulièrement plus à risque de ces effets. Ceux-ci sont les patients de plus de 50 ans, qui peuvent avoir une absorption intravasculaire plus fréquente), les patients : en post-chirurgie, diabétiques, ostéoporotiques, ceux à risque d'ostéonécrose [porteurs de maladie vasculaire/athérosclérose], ceux avec suppression de l'axe hypothalamo surrénalien (HPS), et immunosupprimés.

3.2 Autres recommandations actuelles pertinentes

Nous avons comparé les recommandations du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke⁴⁰ de 2013 et celles du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)⁴¹ avec les résultats des revues systématiques de chaque volet de cette ETMI afin de comprendre les écarts entre les données scientifiques et les recommandations pour la pratique actuellement disponible.

Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a émis des recommandations de traitements pour la douleur lombo-sacrée subaiguë et chronique d'une durée de plus de six semaines, selon chaque ligne de soins. Ces recommandations sont issues d'un consensus entre des médecins spécialistes et des médecins de famille du Département régional de médecine générale de l'ancienne Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.⁴⁰

Tableau 2 Recommandations de traitements pour lombalgie subaigüe et chronique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (2013)

<p>1^{re} ligne (universellement accessible, porte d'entrée au réseau de la santé)⁴²</p>	<p>Acétaminophène, anti-inflammatoires, relaxants musculaires</p>
<p>2^e ligne (principalement par référence, évaluation et traitements spécialisés)⁴²</p>	<p>Morphine et autres</p>
<p>3^e ligne (en soutien aux services de 1^{re} et 2^e ligne, aborder les problèmes d'une complexité qui ne peut être offerte en 2^e ligne)⁴²</p>	<p>Infiltrations aux 2-3 mois; à discuter avec le radiologiste, l'anesthésiste ou le physiatre qui procédera à celle-ci.</p> <p>Types d'infiltrations :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Facettaires : lombalgie d'origine facettaire 6. Épidurales (caudales ou interlamellaires) : lombalgies avec sciatalgie ou claudication neurogène 7. Intradiscales : lombalgie d'origine discale
<p>Autres thérapeutiques</p>	<p>Hygiène posturale, exercices physiques d'endurance, enseignement d'un programme d'exercice, kinésithérapie, école de dos efficace dans le cadre du milieu de travail</p>

Le MSSS donne des indications pour l'administration d'infiltration pour la douleur lombosacrée ainsi⁴¹ :

«Les injections épidurales (anesthésiques) sont rarement indiquées dans le contexte d'une lombalgie simple sans composante radiculaire. D'autres types d'infiltrations (facetiaires, sacro-iliaques, etc.) peuvent être indiqués dans un but diagnostique ou thérapeutique lorsque la douleur et l'invalidité sont persistantes.» Ces indications se basent sur Cohen et al (2013)⁴³ & Staal et al (2008)⁴⁴.

Dans l'algorithme, les interventions anesthésiques (bloc épidural, facetiaires et autres) ne sont recommandées qu'au 3^e niveau de traitement. Il est à noter que leur définition de douleur lombaire exclue la sténose spinale et la radiculopathie.

3.3 Organisation des soins pour l'infiltration

Les 13 sites ayant pris part à l'enquête sur l'organisation des soins pour l'accessibilité à l'infiltration étaient les suivants : Cliniques externes d'orthopédie (Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog, Centre de santé et de services sociaux du Granit, Hôpital de Granby, CHUS Hôtel-Dieu/Fleurimont), Cliniques externes de physiatrie CHUS Hôtel-Dieu/Fleurimont, Cliniques externes de rhumatologie Hôtel-Dieu/Fleurimont, Clinique de la douleur La Pommeraie, Clinique de la douleur Centre hospitalier de Granby, Clinique de la douleur CHUS Fleurimont (bloc mineur), Centre d'expertise de gestion de la douleur chronique, Imagerie médicale Magog, Imagerie médicale La Pommeraie et Centre hospitalier de Granby, Imagerie médicale CHUS Hôtel-Dieu/Fleurimont.

Les résultats pertinents à cette ETMI sont résumés ci-dessous :

Référent à l'infiltration :

La majorité des référents proviennent des médecins de famille et médecins spécialistes (surtout les orthopédistes). La référence peut aussi venir de l'urgence et de façon moins fréquente de cliniques sans rendez-vous.

- Il y a des enjeux par rapport au processus de référence qui n'est pas standardisé. Par exemple, le CEGDC reçoit encore plusieurs demandes via leur ancien formulaire. L'imagerie médicale CHUS Hôtel-Dieu/Fleurimont note deux sources d'entrées : via le dossier clinique informatisé Ariane et un formulaire papier, ce qui cause des problèmes de coordination des demandes.

Priorisation des demandes :

La majorité des sites utilise une de ces deux approches de priorisation :

- Codes A, B, C, D
 - A : urgent (24-72 heures)
 - B : semi-urgent (moins 1 mois)
 - C : électif (plus de 3 mois, selon chronologie)
 - D : suivi

- Niveaux de priorité
 - Priorité 1 : sciatalgie nouvelle incapacitante (et conditions autres que lombalgie)
 - Priorité 2 : (toute condition doit s'être trouvée réfractaire aux médicaments analgésiques et à la thérapie physique) lombalgie, cervicalgie depuis plus de 3 ans
 - Priorité 3 : douleur musculo-squelettique pour réévaluation ou réinjection

Délais :

- Demandes prioritaires: les délais varient entre 1 semaine et 8 mois, selon le site (moyenne : 1-2 mois)
- Demandes non prioritaires: les délais varient entre 3 et 24 mois, selon le site (moyenne : 12-24 mois)

Proportion des cas qui sont des suivis : entre 40-80 % des cas sont des suivis (à l'exception des consultations externes en orthopédie où 5-30 % sont des suivis)

Fin de prise en charge : Il n'y a pas de standard pour déterminer la fin de la prise en charge d'un patient recevant des infiltrations. Voici les règles de décision utilisées par les différents sites :

- Nombre maximal de traitements (ex. : 4 traitements aux 3 mois)
- Consulte/référence en chirurgie/référence au scan tomodensitométrie axiale calculée par ordinateur (TACO) (radiologie)
- Transfert à une clinique de douleur
- Référence à un autre spécialiste (ex. : orthopédie)

Commentaires sur la situation des ressources humaines :

- Il y a une pénurie de radiologues et/ou leurs plages de disponibilités sont peu fréquentes puisqu'ils doivent couvrir les besoins d'autres priorités (priorité aux examens diagnostics et de dépistage). La majorité des radiologues performant des infiltrations lombaires (vs les autres sites anatomiques).
- Les autres ressources humaines varient selon les sites (elles incluent des techniciens en imagerie médicale, agents administratifs, ressources infirmières, coordonnateurs de guichet d'analyse, etc.). Il n'est pas clair, selon notre enquête, s'il y a des manques au niveau de ces ressources.

Équipements :

Tableau 3 Équipement d'imagerie dans différents sites du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Aucun équipement particulier	Fluoroscope	Échographe	Fluoroscope et échographe
• Toutes cliniques externes, sauf à	• Imagerie médicale Magog	• Clinique douleur	• Imagerie médicale CHUS

<p>Sherbrooke</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clinique externe orthopédie CHUS HD/FL • CEGDC 		<p>Granby</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clinique externe rhumato CHUS HD/FL • CEGDC Granit 	<ul style="list-style-type: none"> • Imagerie médicale CHG et Pommeraie • Clinique douleur Fleurimont (compétition pour accès) • Clinique douleur LaPommeraie
---	--	---	--

Perspective des répondants sur le comportement des patients:

- Il y a des plaintes de la part des patients sur les problèmes d'accès.
- Il y a une perception que les usagers n'annulent pas les procédures même si l'infiltration n'est pas efficace.

Liste des améliorations proposées par les répondants des différents sites :

- Pertinence des traitements : réviser les algorithmes, augmenter l'accessibilité aux programmes tels que le Programme d'éducation de groupes pour l'autogestion des symptômes douloureux (PEGASO), la Clinique universitaire de réadaptation de l'Estrie (CURE), etc;
- Niveau de suivi par le spécialiste : établir des règles de fin de suivi, explorer la capacité d'un suivi par le médecin de famille, promouvoir l'autogestion du patient (utilisation de carnet de bord, gestion des attentes);
- Formation des médecins de famille en douleur musculosquelettique;
- Meilleure gestion de l'espace physique (et autres ressources reliées tel que disponibilité des infirmières et résidents, agentes administratives);
- Suivi systématique à partir de l'urgence;
- Augmenter la disponibilité des spécialistes pratiquant des infiltrations (augmenter formations, embauche, blitz avec spécialistes visiteurs (ex. radiologues);
- Améliorer le soutien post-infiltration;
- Utilisation judicieuse des sites et équipements (ex.: référence en imagerie seulement pour infiltrations nécessitant fluoroscopie, utilisation d'imagerie pour diagnostic);
- Avoir une norme de délai.

3.4 Préférences patients

Nous rapportons ici seuls les résultats se rapportant aux infiltrations de corticostéroïdes. Pour une description complète des résultats, se référer au volume 2 de ce rapport portant sur les autres modalités de traitement pour la gestion de la douleur chronique lombosacrée.

3.4.1 Choix expérimental discret

3.4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

Au total, 614 personnes ont commencé le sondage et 424 répondants ayant complété le sondage ont été inclus dans l'analyse. L'âge des répondants variait de 20 à 87 ans, avec une moyenne de 55 ans. La majorité des répondants étaient des femmes (80,2 %), tandis que 19,3 % étaient des hommes et 0,5 % s'identifiaient intersexué. La majorité vivait en zone urbaine (71 %). La majorité des répondants étaient retraités (36,6 %) tandis que 20 % étaient employés et 13,2 % étaient en congé de maladie. Sur le plan de l'éducation, 13,2 % des répondants avaient au plus un diplôme secondaire, 13,9 % avaient un diplôme d'études professionnelles, 28,3 % avaient un diplôme collégial, et 43,4 % avaient un diplôme universitaire. En matière de revenu annuel, 18,2 % avaient un revenu moindre à 20 000 \$, 30,9 % avaient un revenu entre 20 000 et 49 000 \$, 26,4 % avaient un revenu entre 50 000 et 80 000 \$ et 24,5 % avaient un revenu plus élevé que 80 000 \$.

Grâce à notre analyse en classes latentes, où les données sont organisées en différents groupes ayant chacun des individus homogènes, il est également possible d'examiner s'il existe des différences statistiquement significatives au seuil de 10 % pour ce qui est des caractéristiques sociodémographiques des six groupes identifiés et partageant des préférences communes. De façon générale, le groupe 1 dispose d'un plus grand revenu familial (+26 %), est davantage sujet aux problèmes d'arthrose (+35 %), bénéficie plus souvent d'infiltrations de produits cortisonés (+73 %), dépense davantage pour soigner sa lombalgie (+37 %) et présente davantage d'autres problèmes affectant sa qualité de vie (+10 %) que les autres groupes. Le groupe 2 est quant à lui moins sujet à bénéficier d'infiltrations de produits cortisonés (-66 %) et dépense moins pour soigner sa lombalgie (-19 %). Le groupe 3 est constitué davantage d'hommes que de femmes (+33 %) bien que le ratio d'hommes par femmes reste très déséquilibré (1 homme pour 2,8 femmes contre 1 homme pour 4,1 femmes dans l'échantillon au complet), présente davantage d'individus ayant une douleur datant de 3 mois à un an au moment de remplir le questionnaire que les autres groupes (7 % vs 1,9 %), bénéficie plus souvent d'infiltrations de produits cortisonés (+48 %), fait moins de yoga (-55 %), présente davantage d'autres problèmes affectant sa qualité de vie (+23 %) et déclare avoir une moins bonne santé auto-rapportée (-9 %). Le groupe 4 est quant à lui encore plus féminin que les autres (85,1 % vs 80,2 %), est moins en douleur au moment de répondre à l'enquête et dépense davantage pour soigner sa lombalgie (+24 %). Le groupe 5 est légèrement plus jeune (53 vs 55 ans) et plus éduqué, par contre il est le groupe présentant le plus de cancer et de problèmes respiratoires. Finalement, le groupe 6 est le plus âgé (62 vs 55 ans), celui qui dispose le plus d'hommes (34 %), le moins éduqué, celui étant le plus en douleur au moment de répondre à l'enquête, mais également celui présentant le moins d'autres problèmes affectant sa qualité de vie (-13 %).

Préférences des traitements

Les six modalités de traitement évaluées suivant les discussions de groupes étaient les suivantes : injections de produits cortisonés, activités physiques supervisées corps-esprit, activités physiques sportives supervisées, manipulations physiques, cours d'autogestion et psychothérapie. Dans le modèle d'analyse hiérarchique bayésien, où les répondants étaient

considérés comme étant distincts et n'appartenant à aucun groupe en particulier, les infiltrations de produits cortisonés étaient rejetés (-52,18). Cette valeur est centrée à 0 de façon à ce que la valeur négative indique un rejet du traitement. Plus la valeur s'éloigne de 0, plus la préférence est importante. Bien que les répondants aient largement rejeté les injections de corticostéroïdes, l'analyse de classes latentes indique qu'un tiers d'entre eux, distribués sur deux groupes populationnels, a néanmoins exprimé une préférence pour cette modalité de traitement (voir tableau 3 de l'annexe IX). Un de ces groupes est en l'occurrence le groupe bénéficiant d'un revenu familial plus élevé décrit plus haut.

3.5 Valeurs des parties prenantes

Les thèmes émergents des discussions décrites dans la section des méthodes ont été redéfinis en jugements de valeur et catégorisés selon un des quatre principes éthiques biomédicaux de base, soit la non-malfaisance, la bienfaisance, l'autonomie et la justice. Ils provenaient donc des différentes parties prenantes avec lesquelles nous avons dialogué, notamment les membres du comité consultatif, du comité d'animation de la trajectoire, du comité des usagers, et les autres professionnels de la santé ou médecins spécialistes. Le tableau 4 présente une synthèse de ces thèmes.

Tableau 4 Valeurs des parties prenantes

Principes éthiques	Jugements de valeur
Non-malfaisance	Difficulté du patient à gérer ses traitements/naviguer à travers le système
	Impacts psychologiques sur les patients des recommandations de l'ETMI
	Coût-bénéfice des différents traitements sur le système
Bienfaisance	Amélioration des symptômes
	Perceptions et connaissances des professionnels de la santé des traitements disponibles
	Optimisation de l'organisation des soins et services (multidisciplinaire, désengorgement, etc.)
Autonomie «empowerment»	Motivation du patient
	Information au patient (connaissance des options thérapeutiques et trajectoire)
	Gestion du système/trajectoire (transparence et facilité d'accès)
	Ressources complémentaires au système (exemple : transport)
	Vision des professionnels et système quant à l'état du patient
Justice	Définition de la trajectoire (utilisation des ressources vs vécu du patient)
	Distance/transport
	Couverture/coût
	Groupes sociodémographiques ciblés (exemple : programmes offerts aux patients d'un certain âge)

3.6 Couverture assurance maladie et accessibilité aux soins

L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), qui inclut 99 % des compagnies d'assurances au Canada, rapporte qu'en 2015, 5,6 M de Québécois (67 %) avaient une assurance maladie personnelle complémentaire et 2,6 M (31 %) avaient une assurance invalidité⁴⁵. De plus, en 2014, le Conseil canadien de la santé (CCS) a effectué un sondage auprès de 5412 Canadiens, dont 1022 répondants au Québec, qui a obtenu que 55 % des répondants québécois avaient une couverture d'assurance maladie personnelle⁴⁶. Cette proportion était la plus basse au pays, qui avait des couvertures entre 55 % et 72 %, selon les provinces.

Ce manque de couverture d'assurance complémentaire a aussi des répercussions sur la capacité à payer les coûts pour les soins et services non couverts par le gouvernement. En effet, 32 % des répondants au sondage du CCS se disaient inquiets de ces coûts en cas de maladie grave, ce qui est la proportion la plus élevée au pays (variations provinciales de 11 %-32 %)⁴⁶. De plus, jusqu'à 5 % des répondants québécois n'ont pas rempli leur prescription ou ont sauté une dose de traitement en raison du coût (variations provinciales de 5 % à 15 %). Cette difficulté potentielle à l'accessibilité aux soins peut être exacerbée par le fait que 15 % des répondants ont dit ne pas avoir de médecins de famille, ce qui représente la proportion la plus importante au pays (variations provinciales 3 %-15 %)⁴⁶. De plus, 9 % des répondants ont dit obtenir des informations conflictuelles des différents professionnels de la santé quant aux traitements à suivre. Finalement, 50 % des répondants ont rapporté être inclus dans les décisions sur leurs traitements et soins. Ceci représente la proportion la plus basse au pays avec des variations de 50 % à 72 % et une moyenne de 60 %⁴⁶.

4 DISCUSSION

C'était face à l'enjeu d'accessibilité aux infiltrations de corticostéroïdes nécessitant des techniques d'imagerie pour traiter la douleur chronique de différents sites anatomiques que le CAT a demandé à l'UETMISSS d'entreprendre une ETMI. L'hypothèse était qu'une réévaluation de la pertinence des demandes d'infiltrations pourrait entre autres, permettre une sélection des meilleurs candidats pour ces procédures, afin de diminuer les délais d'accès à ces procédures.

Lors du cadrage de ce projet, notre revue exploratoire a soulevé la possibilité que certains patients ne bénéficient pas de ces interventions et que d'autres modalités thérapeutiques seraient préférables. Ces données préliminaires ont appuyé le questionnement déjà présent du CAT qui, en discussion avec l'UETMISSS, a demandé d'élargir le mandat de l'ETMI afin d'obtenir des recommandations sur les autres modalités thérapeutiques ainsi que la prise en charge des patients. Il a aussi été convenu pour des raisons de faisabilité de l'ETMI et compte tenu du grand nombre de patients avec lombo-sacralgies en attente de procédure de cibler les infiltrations lombo-sacrées. Les autres régions anatomiques seront abordées dans des ETMI subséquentes. Ce mandat élargi a cependant amené des enjeux particuliers à cette ETMI. En effet, l'évaluation a dû être séparée en deux volets thématiques pour lesquels ont été utilisées des approches méthodologiques distinctes : les «infiltrations» et les «autres modalités de traitements». Ces volets sont donc présentés en deux volumes séparés. Le présent volume traite du volet sur les infiltrations.

Pour les infiltrations, les résultats principaux de la littérature étaient favorables à l'infiltration épidurale pour la douleur radiculaire et au bloc de nerf médial facettaire pour le patient présentant un syndrome facettaire, à condition que le patient soit ouvert à ces traitements et ne soit pas à risque d'effets indésirables ou de complications. La considération de l'offre du bloc de nerf médial facettaire est un enjeu majeur dans notre contexte puisque le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke est le seul au Québec à ne pas offrir cette procédure. Il est aussi recommandé de prioriser les patients avec une hernie discale en phase aiguë pour l'infiltration épidurale. Cette recommandation pourrait signifier des modifications organisationnelles afin d'assurer une accessibilité rapide à ce traitement, tel que dans le département des urgences ou par d'autres corridors d'accès rapide. Ces infiltrations devraient préférablement être administrées sous imagerie. Afin d'augmenter l'accessibilité, nous recommandons conséquemment d'évaluer le besoin d'équipements dans tous les RLS en tenant compte des différences d'accessibilité géographiques. En effet, les données recueillies lors de cette ETMI indiquent que certains RLS seraient moins bien équipés que d'autres en termes de plateau technique, ce qui pourrait mener à des iniquités d'accessibilité. Il serait aussi possible d'envisager une augmentation du nombre de spécialistes ayant les compétences pour pratiquer ces infiltrations. De plus, il est généralement supposé que l'effet bénéfique de l'infiltration est dû aux corticostéroïdes injectés. Or la littérature récente nous indique cependant que ceci est principalement le cas pour la gestion de la douleur résultant d'une hernie discale, mais non pour les autres étiologies. Pour ces dernières, l'effet thérapeutique semble plutôt dû aux anesthésiants locaux, notamment la lidocaïne.

En contrepartie, la littérature ne supporte pas l'utilisation de l'infiltration épidurale pour la douleur non radiculaire ni l'infiltration facettaire comme traitement de premier recours des lombalgies mécaniques. Finalement, pour les patients pour qui l'infiltration ne serait pas nécessairement pertinente, nous recommandons une réévaluation des options thérapeutiques disponibles et qui leur sont accessibles.

Les recommandations du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke de 2013 et du MSSS sont similaires aux recommandations présentées dans ce rapport pour certains aspects. Notamment sur la recommandation que les infiltrations sont principalement pertinentes pour la douleur radiculaire et ne devraient pas constituer un premier recours de traitement. Cependant, l'option des infiltrations facettaires s'y retrouvent contrairement aux résultats de notre ETMI qui remettent fortement en question ce type d'intervention.

Par ailleurs, nos recommandations soulignent l'importance de prendre les décisions de traitements de façon partagée avec le patient. En effet, les Québécois rapportent le taux le plus bas de participation à la prise de décision sur leur traitement au pays⁴⁶. Ceci est particulièrement important à la lumière des résultats du DCE qui indiquent que les patients ne préfèrent pas les infiltrations et dans certains cas les rejettent. En effet, seul un sous-groupe des répondants au DCE semble préférer et bénéficier des infiltrations de façon plus importante que les autres. Il est intéressant de noter que ces personnes ont aussi un niveau de revenu familial plus élevé que les autres. Ceci amène donc à se questionner sur les raisons derrière cette différence. La question se pose : est-ce réellement une différence de préférence plutôt qu'une différence d'accès à l'information, d'accès au système privé de santé, ou une autre raison? Il est donc important d'explorer les différents enjeux personnels avec le patient afin de s'assurer que sa prise en charge ne contribuera pas à générer une iniquité quant à sa capacité de gérer son propre état de santé. Ces considérations s'appuient également sur les valeurs communiquées par nos parties prenantes. Notamment celle de l'habilitation («empowerment») du patient qui conséquemment influence la conception d'une trajectoire de soins selon la perspective et le vécu du patient plutôt qu'un enchaînement de soins et services désincarné, une simple utilisation des ressources. D'autres valeurs en lien avec l'habilitation sont la connaissance des options thérapeutiques et la navigation dans le système de santé, la transparence de l'information transmise au patient et la facilité d'accès aux soins et services, pour n'en mentionner que les principales obtenues, lors de nos échanges en comité. La prise en compte de ces valeurs manifesterait par une prise en charge partagée entre le professionnel de la santé et l'utilisateur ; une relation thérapeutique dans laquelle le patient devient actif dans sa propre prise en charge. L'ensemble des valeurs exprimées par les participants au projet sont parfaitement en lien avec les valeurs de notre établissement exprimées dans sa mission qui énonce qu'il faut pour

Limite des travaux présentés

Malgré l'étendue de cette évaluation et des recommandations, nous devons reconnaître certaines limites de notre évaluation. Certaines d'entre-elles ont trait à la portée du travail tandis que d'autres sont en lien avec les données probantes disponibles.

Littérature :

- Notre revue de la littérature a inclus des guides de pratique clinique, des ETMI, et des revues systématiques. Cependant, en tenant compte du grand nombre de revues

systématiques portant sur le sujet, et à la présence d'une ETMI récente de qualité élevée, nous avons restreint notre RS aux revues systématiques publiées après 2015. Cette date correspond à la date de fermeture de la recherche de la littérature d'ETMI. Il est possible que nous ayons échappé des revues qui auraient été d'intérêt pour notre projet. Cependant, la similarité de nos questions de recherche et approche méthodologique avec celles de l'ETMI retenu était suffisamment grande pour nous rassurer sur la confiance à accorder à nos résultats et éviter ainsi des efforts inutiles.

- En ce qui concerne les études originales récentes (non incluses dans les RS), un grand nombre de celles-ci étaient du même auteur. Malgré la déclaration d'absence de conflit d'intérêts de celui-ci, il est néanmoins souhaitable d'avoir un corpus de littérature provenant de diverses équipes de recherche afin de trianguler l'information et contrer ainsi le possible biais de divulgation.

Prise en charge du patient :

- Une partie des recommandations sur la prise en charge du patient se basaient sur des données contextuelles. Malgré une triangulation de différentes sources de données, incluant la littérature scientifique, nous n'avons pas entrepris de recherche de la littérature sur les meilleures pratiques concernant la prise en charge, car cette question aurait demandé un examen plus approfondi. Conséquemment, ces recommandations ne se basent pas sur une analyse comparative des approches de prise en charge, mais plutôt sur les écarts constatés tenant compte des ressources disponibles et des besoins ressentis par les parties prenantes du réseau estrien interpellées. Nous considérons que ces données contextuelles sont tout aussi importantes et que la triangulation des données est suffisamment robuste et concluante pour émettre ces recommandations.
- Certaines recommandations requièrent selon nous, une évaluation additionnelle plus approfondie. Notamment, une évaluation sur le besoin d'équipements d'imagerie est suggérée, car cette question n'était pas incluse dans le présent mandat d'ETMI. Nous continuerons de faire un suivi auprès de l'équipe de transfert de connaissances et du CAT. Ces derniers seront plus en mesure de déterminer la nécessité et la faisabilité de mener de telles analyses. Ces parties prenantes assureront par ailleurs la mise en œuvre des recommandations.

Implications pour la recherche future

Nous avons constaté que les données probantes permettant de répondre à certains aspects de la question décisionnelle et plusieurs de nos questions de recherche étaient nettement insuffisantes. De plus, la recherche et l'analyse de la littérature effectuées pour cette ETMI ont soulevé des questions par rapport à la spécificité de certains éléments de recherche. Par exemple, y aurait-il une plus-value à avoir une attention accrue à l'étiologie de la douleur? Une définition plus spécifique des traitements, par exemple, le terme «infiltration» n'est pas suffisamment précis pour définir un traitement, car il réfère à une grande variété de produits thérapeutiques donnés lors de ces injections. Il pourrait être plus utile que ce traitement soit évalué selon le type de corticostéroïdes, le type d'anesthésiant, et/ou le type d'approche selon le site anatomique. Cette diversité d'intervention nous a donc amené à présenter des suggestions de champs de recherche futurs.

1. Que la recherche future sur l'infiltration pour la douleur lombaire chronique distingue entre les étiologies de la douleur, les différentes approches d'infiltration (caudale, transforaminale, interlamellaire), l'utilisation d'anesthésiant avec ou sans corticostéroïdes et le type d'anesthésiant et de corticostéroïde.
 - a. Des données plus définies sur la fréquence des infiltrations chez les patients pour qui celles-ci sont bénéfiques.
 - b. Des études comparatives sur l'efficacité des stéroïdes particuliers et non particuliers ainsi que les effets indésirables attribués à chaque type de corticostéroïdes.
2. Des recherches plus poussées sur l'infiltration sacro-iliaque pour la douleur lombosacrée.
3. Des données plus précises et des études plus systématiques sur les effets indésirables des différents traitements pour la lombalgie chronique, notamment les infiltrations.
4. Des études plus poussées sur l'efficacité et la sécurité des différents traitements selon la durée et l'étiologie de la douleur chronique, notamment pour les traitements par infiltrations.
5. Une évaluation plus poussée sur les différentes options de modalités de prise en charge/optimisation de la prise en charge du patient. Notamment, quel moment de l'apparition de la douleur et comment faut-il intégrer les infiltrations avec les autres modalités de traitements; c'est-à-dire comment optimiser une prise en charge multidisciplinaire avec une participation active des patients.

Implications pour la pratique clinique et la gestion

Les recommandations portant sur la pertinence des infiltrations pourraient signifier des ajustements importants dans la pratique médicale. En effet, des écarts existaient déjà entre les recommandations et les algorithmes disponibles, tel que ceux du MSSS et du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke de 2013, et également entre ces algorithmes et la pratique actuelle rapportée par le comité consultatif. Il sera d'autant plus important de promouvoir, faciliter et de soutenir les pratiques recommandées dans le contexte de la nouvelle trajectoire de soins. Ceci implique, entre autres, l'optimisation de l'utilisation des ressources et plateaux techniques du réseau. De plus, certaines recommandations requerront une réorganisation des services de soins ainsi qu'une réévaluation des systèmes de référencement aux infiltrations.

Nous avons donc travaillé étroitement avec une courtière de connaissances qui siège déjà sur le CAT. Celle-ci a participé à toutes les réunions du comité consultatif de l'ETMI, et a pris part aux échanges d'idées et de documents préliminaires en cours de processus. L'équipe de l'UETMISSS sera à son tour impliquée dans le processus de transfert et de mise en œuvre des recommandations. Son rôle principal sera d'expliquer comment elles ont été élaborées ainsi que les enjeux quant à leur mise en œuvre. Elle participera également en soutenant le transfert de connaissances et la diffusion des recommandations.

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

L'évaluation réalisée à la suite de la demande du CAT des maladies chroniques musculo-squelettiques et douleur chronique pour répondre aux enjeux d'accessibilité aux infiltrations de corticostéroïdes visait à examiner la problématique sous différents angles : la pertinence clinique, la sécurité, les aspects organisationnels, la perspective des professionnels des gestionnaires et des patients/usagers. Nous pensons que ces mesures devraient ultimement améliorer le délai d'accessibilité aux infiltrations de corticostéroïdes.

Cette évaluation nous a permis de suggérer les conditions optimales de réalisation des infiltrations de corticostéroïdes avec ou sans anesthésiants afin d'en améliorer la pertinence. Ces conditions varieraient selon le type d'approche anatomique l'étiologie de la douleur chronique et les modalités d'imagerie avec lesquelles celles-ci sont réalisées.

Dans le second volume de ce rapport, nous présentons également un sommaire des recommandations existantes dans les guides de pratique clinique portant sur les autres modalités de traitement pour la gestion de la douleur chronique lombosacrée. Ces informations ont été mises en contexte par notre comité consultatif et serviront à alimenter la réflexion des sous-comités du CAT portant sur l'optimisation de la prise en charge clinique.

Afin de soutenir la pratique clinique, nous avons intégré aux données scientifiques des données contextuelles, ainsi que des données expérientielles provenant des membres du comité, mais également d'une enquête populationnelle sur les préférences des patients en termes d'interventions thérapeutiques. Ce processus nous a permis d'émettre des recommandations pour la prise en charge du patient adaptées aux besoins de l'établissement et de la population estrienne.

Nous suggérons notamment de faciliter l'accessibilité à certaines options thérapeutiques autres que les infiltrations à travers, entre autres, un système coordonné de prise en charge du patient. Nous avons également identifié des éléments à considérer pour répondre aux iniquités potentielles identifiées dans notre analyse de cet enjeu. Ceux-ci incluaient des enjeux de proximité et de distribution géographiques des plateaux techniques ainsi que la facilité d'accessibilité aux minorités ethnolinguistiques. Bien que notre recherche de la littérature n'ait pas inclus l'évaluation des approches à privilégier pour l'organisation des soins, l'ampleur des données contextuelles, incluant les perspectives des parties prenantes sur le terrain, nous rassure sur la validité de nos conclusions.

Plusieurs de ces recommandations pourront requérir des changements de pratique et une possible réorganisation des soins et services afin de répondre à la demande d'accessibilité ainsi qu'à l'améliorer de la coordination des services dans différents départements et installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. C'est dans cette optique qu'une courtière de connaissances a été impliquée dans tout le processus de cette ETMI. Elle aura maintenant pour objectif de soutenir le CAT et les sous-groupes de travail mis sur pied à cet effet.

L'équipe de l'UETMISSS demeure impliquée dans ces démarches en soutien pour la compréhension et l'interprétation des recommandations afin d'en faciliter la mise en œuvre.

Recommandations

Les recommandations présentées dans ce volume ont trait aux infiltrations de corticostéroïdes. Un sommaire de recommandations provenant des guides de pratique clinique sur les autres modalités de traitement de prise en charge se retrouve dans le second volume de ce rapport.

- **Vert** : Recommandation en faveur de l'intervention, basée sur une qualité de preuve modérée à élevée
- **Jaune** : Recommandation faible (considérer l'intervention avec précaution, selon le contexte, ou considération d'évaluation future)
- **Rouge** : Recommandation contre l'intervention

Infiltrations

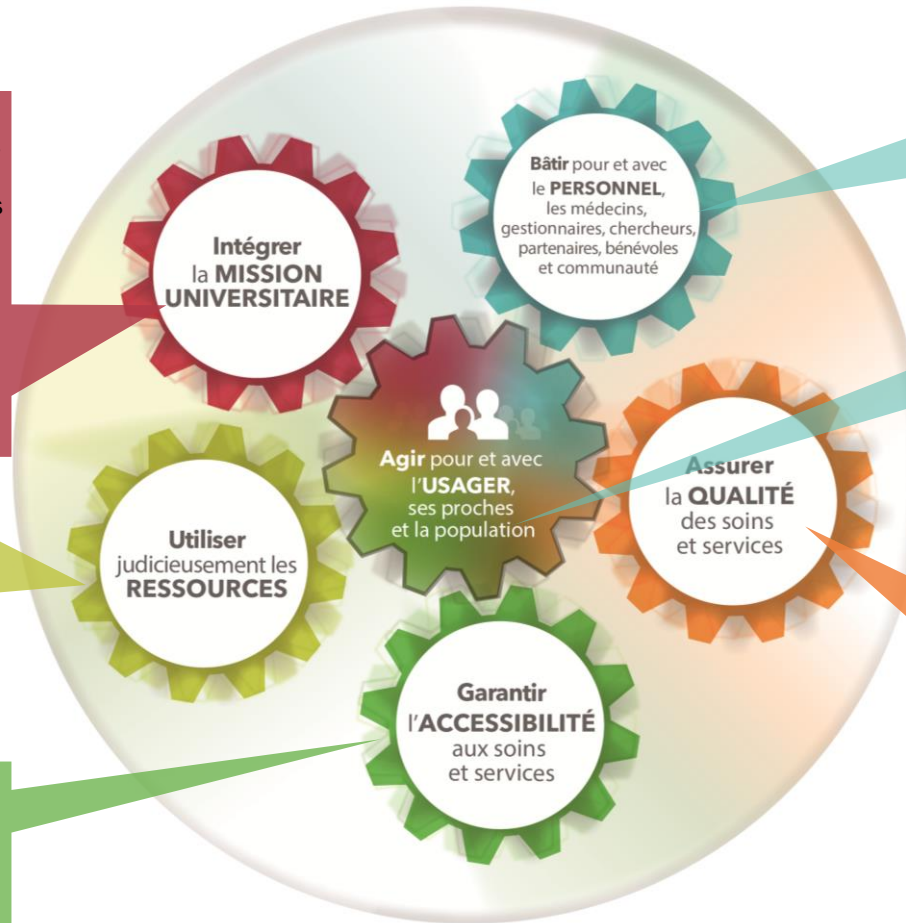
# et catégorie	Recommandations	Qualité des données probantes
Recommandations principales		
1.	Fortement, considérer l'infiltration épidurale pour la gestion de la douleur suite à une hernie discale. La décision devrait se prendre en discussion avec le patient (décision partagée) <ul style="list-style-type: none"> Considérer, débiter les infiltrations en phase aiguë de la douleur (c.-à-d. dans un délai de moins de 3 mois) (qualité de la preuve : faible) et de répéter les infiltrations au besoin jusqu'à 12-24 mois suivant le début de la douleur (qualité de la preuve : modérée à élevée) 	Modérée à élevée; sauf pour infiltration en phase aiguë qui a qualité faible
2.	Considérer, en discussion avec le patient (décision partagée), l'infiltration épidurale pour la gestion de la capacité fonctionnelle et de la douleur radriculaire générale.	Modérée
3.	Considérer le bloc de nerf médial facettaire. L'utilisation de corticostéroïdes avec anesthésiant local serait légèrement supérieure à l'anesthésiant seul.	Élevée
4.	Considérer, en discussion avec le patient (décision partagée) et avec précaution, l'infiltration épidurale pour la sténose spinale.	Preuve mitigée : faible pour preuve avant 2015, modérée après 2015
5.	L'UETMISSS ne peut pas émettre de recommandation sur l'infiltration sacro-iliaque dû à un examen incomplet des données probantes disponibles.	Insuffisante
6.	Ne pas recommander l'infiltration épidurale pour la douleur non radriculaire.	Faible (provenant de synthèses de données de qualité élevée)
7.	Ne pas recommander l'infiltration facettaire comme traitement de premier recours pour la gestion de la douleur et l'amélioration de la capacité fonctionnelle.	Faible à modéré (provenant de synthèses de données de qualité modérée à élevée)
Sous-recommandations		
I	Administrer l'infiltration sous fluoroscopie ou autre imagerie telle que l'échographie.	Modérée
II	Considérer l'infiltration avec plus de précaution pour les patients à risque plus élevé, notamment patients : de plus de 50 ans (absorption intravasculaire plus fréquente), en post-chirurgie, diabétiques, ostéoporotiques, à risque d'ostéonécrose, avec suppression de l'axe hypothalamo surrénalien (HPS), immunosupprimés.	Faible à modérée
III	Considérer, selon jugement médical, l'infiltration de l'anesthésiant local lidocaïne (plutôt que	Modérée à élevée

	d'autres anesthésiants de la même famille) seul (sauf pour la hernie discale), à moins qu'un contexte médical particulier ne justifie l'utilisation de corticostéroïde avec l'anesthésiant; sauf pour la hernie discale : utiliser une infiltration de corticostéroïde avec l'anesthésiant local lidocaïne (plutôt que d'autres anesthésiants de la même famille).	
IV	Privilégier l'infiltration épidurale caudale ou interlamellaire, à moins que l'infiltration transforaminale ne soit jugée plus appropriée, dans un souci de diminuer le risque de traumatisme durant le placement de l'aiguille. Considérer la nécessité d'augmenter le volume injecté lors de l'infiltration caudale, surtout si l'utilisation de corticostéroïdes est envisagée.	Modérée à élevée

Prise en charge : L'organisation de l'accès à l'infiltration

# et catégorie	Recommandations	Qualité des données probantes
1.	Pour l'infiltration d'anesthésiant local avec ou sans corticostéroïde, sont recommandés : <ul style="list-style-type: none"> a. La priorisation de patients avec hernie discale en phase aiguë pour une infiltration épidurale avec fluoroscopie (dans un délai de moins de 3 mois) b. Le suivi de patients avec douleur radiculaire chronique pour une infiltration épidurale avec fluoroscopie (dans un délai de moins de 6 mois) c. Le suivi de patients avec douleur non radiculaire (principalement facettai) pour le bloc de nerf médial facettaire. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Faible b. Modérée à élevée c. Élevée
2.	Assurer le suivi des patients qui ne tombent pas dans les cibles démographiques prioritaires, mais qui sont déjà en liste d'attente d'infiltration par le réseau afin d'augmenter leur accessibilité aux autres traitements recommandés par cette ETMI ainsi qu'une réévaluation avec le patient de la pertinence d'essayer une infiltration.	Opinion d'experts
3.	Ne pas procéder à une infiltration sans l'évaluation de l'état du patient, de sa connaissance des options et services de soins, de son utilisation actuelle des services de soins et autres traitements pour la gestion de la lombalgie chronique.	Opinion d'experts
4.	Envisager la possibilité d'augmenter le nombre de spécialistes capables de réaliser des infiltrations (via embauche ou blitz avec spécialistes visiteurs).	Données contextuelles et opinion d'experts
5.	Faire un suivi post-infiltration pour déterminer la pertinence d'infiltrations subséquentes.	Opinion d'experts
6.	Afin d'assurer une accessibilité équitable à l'infiltration dans l'ensemble du territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, nous recommandons l'évaluation du besoin d'équipement de fluoroscopie dans le RLS du Granit, ainsi que dans les autres installations en Estrie.	Données contextuelles et opinion d'experts

6. ENGRENAGE



a. Notre comité consultatif incluait des représentants du personnel, gestionnaires et professionnels de la santé, ainsi que des usagers.

- Notre comité consultatif des usagers.
- Nous avons obtenu des données sur les préférences des patients afin d'en tenir compte dans les recommandations.

- L'ETMI fourni des recommandations qui visent à contribuer à une meilleure qualité des soins et services sur les infiltrations ainsi que des pistes de réflexion sur la gestion des patients souffrant de douleur lombosacrée chronique.

- Cette ETMI a inclus : trois revues systématiques et la collecte de données primaires contextuelles à régionale et provinciale au développement d'une approche pour évaluer les préférences des patients quant aux traitements offerts.
- L'ETMI a servi de projet pilote pour l'utilisation d'un nouvel outil sur l'inclusion de considérations d'équité et d'explorer une nouvelle approche pour l'inclusion des valeurs des parties prenantes dans les données probantes considérées dans l'analyse.

- Les résultats de cette ETMI permettront aux professionnels de la santé de recommander les patients aux traitements les plus pertinents.
- Les résultats permettront aussi aux décideurs d'agir sur l'optimisation de l'organisation des soins.

- Le but principal de l'ETMI est d'améliorer l'accessibilité pertinente aux infiltrations. De plus, un nombre de recommandations a trait à l'optimisation de l'accessibilité aux autres traitements recommandés.

Impact du recours à une approche positive du développement de l'enfant sur les 6 axes de la performance du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

RÉFÉRENCES

Références bibliographiques complètes

1. Marchand S. Qu'est-ce que la douleur? In: Gagnon S, ed. *Le Phénomène de La Douleur*. CHENELIERE. Montréal: Chenelière Éducatives inc.; 2009:3-26.
2. Brown C. The Lived Experience of Chronic Pain: Evidence of People's Voices. In: Rashiq S, Schopflocher D, Taenzer P, Jonsson E, eds. *Chronic Pain: A Health Policy Perspective*. Wiley Blackwell; 2008:3-18.
3. Manchikanti L, Abdi S, Atluri S, et al. An Update of Comprehensive Evidence-Based Guidelines for Interventional Techniques in Chronic Spinal Pain. Part II: Guidance and Recommendations. *Pain physician*. 2013;(16):S49-S283.
4. Schopflocher D, Harstall C. Descriptive Epidemiology of Chronic Pain. In: Rashiq S, Schopflocher D, Taenzer P, Jonsson E, eds. *Chronic Pain: A Health Policy Perspective*. Weinheim: Wiley Blackwell; 2008:29-40.
5. Reitsma M, Tranmer JE, Buchanan DM, VanDenKerkhof EG. The epidemiology of chronic pain in Canadian men and women between 1994 and 2007: longitudinal results of the National Population Health Survey. *Pain Research & Management*. 2012;17(3):166-172. doi:10.1155/2012/875924.
6. Bowker J, Ledbetter C. *Guideline for the Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain*. Vol 10. Calgary, AB; 2011.
7. Chou R, Hashimoto R, Friedly J, et al. *Pain Management Injection Therapies for Low Back Pain. Technology Assessment Report ESIB0813 (Prepared by the Pacific Northwest Evidence-Based Practice Centre)*. Rockville, MD; 2015.
8. Qaseem A, Wilt T, McLean R, Forciea MA, Physicians CGC of the AC of. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*. 2017;166(7):514-543.
9. Jovey R. Voies et physiopathologie de la douleur. In: The Canadian Pain Society, ed. *La Gestion de La Douleur*. Toronto, ON: Rogers Publishing, Healthcare & Financial Publishing; 2002:8-14.
10. Golob A, Wipf J. Low Back Pain. *Med Clin N Am*. 2014;98:405-428.
11. Patrick N, Emanski E, Knaub M. Acute and Chronic Low Back Pain. *Med Clin N Am*. 2014;98:777-789.
12. Marchand S. Qu'est-ce que la douleur? In: Gagnon S, ed. *Le Phénomène de La Douleur*. Montréal: Chenelière Éducatives inc.; 2009:3-28.
13. Pountos I, Panteli M, Walters G, Bush D, Gianmoudis P. Safety of Epidural Corticosteroid Injections. *Drugs R D*. 2016;16:19-34.
14. Panteli D, Kreis J, Busse R. Considering equity in health technology assessment: An exploratory analysis of agency practices. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2016;31(5):314-323. doi:10.1017/S0266462315000549.
15. Klojgaard ME, Manniche C, Pedersen LB, et al. Patient preferences for treatment of low back pain - A discrete choice experiment. *Value in Health*. 2014;17(4):390-396. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2014.01.005.
16. The ADAPTE Collaboration. *The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation.*; 2009. <https://www.youtube.com/watch?v=61BPvHUNs7g>.
17. WALT G, GILSON L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*. 1994;9(4):353-370.
18. Thomas D. A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *Am J Eval*. 2006;27:237-246.

19. Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*. 1992;22(3):429-445.
20. Culyer AJ, Bombard Y. An Equity Framework for Health Technology Assessments. *Medical Decision Making*. 2012;32(3):428-441. doi:<https://doi.org/10.1177/0272989X11426484>.
21. Bridges JFP, Hauber AB, Marshall D, et al. Conjoint Analysis Applications in Health – a Checklist : A Report of the ISPOR Good Research Practices for Conjoint Analysis Task Force. *JVAL*. 2011;14(4):403-413. doi:10.1016/j.jval.2010.11.013.
22. Poder T, Beffarat M. Factors Underlying Non-surgical Treatment Choice for People with Low Back Pain (LBP): A Systematic Review. *Journal of Patient Experience*. 2019;In review.
23. Akuthota V, Bogduk N, Easa JE, et al. *Lumbar Transforaminal Epidural Steroid Injections: Review & Recommendation Statement.*; 2013.
24. Manchikanti L, Falco F, Singh V, Beryamin R, Racz G, Helm S et al. An Update of comprehensive evidence-based guidelines for interventional techniques in chronic spinal pain. *Pain Physician*. 2013;16:S1-S283.
25. Department of Veteran Affairs Department of Defense. VA/DoD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LOW BACK PAIN The Diagnosis and Treatment of Low Back Pain Work Group The Office of Quality, Safety and Value, VA, Washington, DC & Office of Evidence Based Practice, U.S. Army Medical. 2016;21. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Pain/lbp/VADoDLBPCPG092917.pdf>.
26. Toward Optimized Practice (TOP) Low Back Pain Working Group. EVIDENCE-INFORMED PRIMARY CARE MANAGEMENT OF LOW BACK PAIN Clinical Practice Guideline | December 2015. 2015;(December 2015). http://www.topalbertadoctors.org/download/1885/LBPguideline.pdf?_20160225091721.
27. Manchikanti L, Nampiaparampil D, Manchikanti K, et al. Comparison of the efficacy of saline, local anesthetics, and steroids in epidural and facet joint injections for the management of spinal pain: A systematic review of randomized controlled trials. *Surg Neurol Int*. 2015;6(S4):S194-1235.
28. Manchikanti L, Kaye AD, Manchikanti K, Boswell M, Pampati V, Hirsch J. Efficacy of Epidural Injections in the Treatment of Lumbar Central Spinal Stenosis : A Systematic Review. *Anesth Pain Med*. 2015;5(1):34-41. doi:10.5812/aapm.23139.
29. Liu J, Zhou H, Lu L, et al. The Effectiveness of Transforaminal Versus Caudal Routes for Epidural Steroid Injections in Managing Lumbosacral. *Medicine*. 2016;95(18):1-11. doi:10.1097/MD.0000000000003373.
30. Manchikanti L, Staats P, Nampiaparampil D, Hirsch JA. What is the Role of Epidural Injections in the Treatment of Lumbar Discogenic Pain : A Systematic Review of Comparative Analysis with Fusion. *The Korean Journal of Pain*. 2015;28(2):75-87.
31. Manchikanti L, Knezevic NN, Boswell M V, Kaye AD, Hirsch JA. Epidural Injections for Lumbar Radiculopathy and Spinal Stenosis: A Comparative Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain physician*. 2016;19:E365-E410.
32. Manchikanti L, Benyamin RM, Falco FJE, Kaye A, Hirsch JA. Do Epidural Injections Provide Short- and Long-term Relief for Lumbar Disc Herniation ? A Systematic Review. *Clinical Orthopaedics and Related Research*®. 2015;473:1940-1956. doi:10.1007/s11999-014-3490-4.
33. Kaye AD, Manchikanti L, Abdi S, et al. Efficacy of Epidural Injections in Managing Chronic Spinal Pain: A Best Evidence Synthesis. *Pain physician*. 2015;18:E939-E1004.
34. Manchikanti L, Hirsch JA, Falco FJE, et al. Management of lumbar zygapophysial (facet) joint pain. 2016;7(5):315-337. doi:10.5312/wjo.v7.i5.315.
35. Steffens D, Hancock M, Pereira L, Kent P, Latimer J, Maher C. Do MRI findings identify patients with low back pain or sciatica who respond better to particular interventions? A systematic review. *Eur Spine J Eur Spine J*. 2016;25:1070-1187.
36. Vekaria R, Bhatt R, Ellard DR, Henschke N, Underwood M, Sandhu H. Intra-articular facet joint injection

- for low back pain: a systematic review. *Eur Spine J.* 2016;25:1266-1281.
37. Pillastrini P, Gardenghi I, Bonetti F, et al. An Update Overview of Clinical Practice Guidelines for Chronic Low Back Pain Management in Primary Care. *Joint Bone Spine.* 2012;79:176-185.
 38. Manchikanti L, Falco F, Singh V, et al. An Update of Comprehensive Evidence-Based Guidelines for Interventional Techniques in Chronic Spinal Pain. *Pain Physician*2. 2013;16:S1-S283.
 39. Manchikanti L, Nampiaparampil DE, Manchikanti KN, et al. Comparison of the efficacy of saline, local anesthetics, and steroids in epidural and facet joint injections for the management of spinal pain: A systematic review of randomized controlled trials. *Surg Neurol Int.* 2015;6(suppl 4):S194–S235. doi:10.4103/2152-7806.156598.
 40. Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. *Lombalgie Sub-Aigüe et Chronique 6 Semaines et + Lombalgie Avec Pathologie Rachidienne Grave Suspectée.* Sherbrooke; 2013.
 41. Ministère de la santé et des services sociaux. *Algorithme de Prise En Charge de La Douleur Lombaire.*; 2015.
 42. AQTN. Les différents niveaux de soins au Québec (première ligne, deuxième ligne, ...). <http://www.aqtn.ca/questions/association-quebec-aqtn-other-posts/les-differents-niveaux-de-soins-au-quebec/>. Published 2018.
 43. Cohen SP, Bicket MC, Jamison D, Wilkinson I, Rathmell JP. Epidural Steroids: A comprehensive, evidence-based review. *Regional Anesthesia and Pain Medicine.* 2013;38(3):175-200.
 44. Staal J, de Bie R, de Vet H, Hildebrandt J, Nelemans P. Injection therapy for subacute and chronic low-back pain. *Cochrane database of systematic reviews (Online).* 2008;(3). doi:10.1002/14651858.CD001824.pub3.
 45. Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. *Faits Sur Les Assurances de Personnes Au Canada.* Montréal; 2016.
 46. Conseil canadien de la santé. Where you live matters: Candian views on health care quality. *Canadian Health Care Matters.* 2014;Bulletin 8:1-56.

Articles exclus avec raison pour la revue systématique sur les infiltrations de corticostéroïdes pour la lombalgie chroniques

1. Balagué F, Dudler J. An overview of conservative treatment for lower back pain. *International Journal of Clinical Rheumatology.* 2011;6(3):281-290. doi:10.2217/ijr.11.13.
2. Balague F, Pigué V, Dudler J. Steroids for LBP - from rationale to inconvenient truth. *Swiss Med Wkly.* 2012;142:w13566. doi:10.4414/smw.2012.13566.
3. Becker JA, Stumbo JR. Back pain in adults. *Prim Care.* 2013;40(2):271-288. doi:10.1016/j.pop.2013.02.002.
4. Costandi S, Chopko B, Mekhail M, Dews T, Mekhail N. Lumbar spinal stenosis: therapeutic options review. *Pain Pract.* 2015;15(1):68-81. doi:10.1111/papr.12188.
5. Distel LM, Best TM. Prolotherapy: a clinical review of its role in treating chronic musculoskeletal pain. *Pm r.* 2011;3(6 Suppl 1):S78-81. doi:10.1016/j.pmrj.2011.04.003.
6. D’Orazio F, Gregori LM, Gallucci M. Spine epidural and sacroiliac joints injections--when and how to perform. *Eur J Radiol.* 2015;84(5):777-782. doi:10.1016/j.ejrad.2014.05.039.
7. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet.* 2018. doi:10.1016/s0140-6736(18)30489-6.

8. Fritzler A, Serafini M. Placebo response to interventional pain procedures and effect on patient outcome. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*. 2011;15(1):20-27. doi:10.1053/j.trap.2011.03.004.
9. Goodman BS, Sowa GA, Buzanowska M, et al. Intradiskal steroids: a viable treatment for low back pain? *Pm r*. 2014;6(6):547-555. doi:10.1016/j.pmrj.2014.05.006.
10. Grewal H, Grewal BS, Patel R. Nonsurgical interventions for low back pain. *Prim Care*. 2012;39(3):517-523. doi:10.1016/j.pop.2012.06.007.
11. Bicket MC, Gupta A, Brown CH, Cohen SP. Epidural injections for spinal pain: a systematic review and meta-analysis evaluating the "control" injections in randomized controlled trials (Provisional abstract). *Anesthesiology*. 2013;119(4):907-931. <http://cochranelibrary-wiley.com/o/cochrane/cldare/articles/DARE-12013064589/frame.html>.
12. Chaparro LE, Furlan AD, Deshpande A, Mailis-Gagnon A, Atlas S, Turk DC. Opioids compared to placebo or other treatments for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(8):Cd004959. doi:10.1002/14651858.CD004959.pub4.
13. Bykowski JL, Wong WH. Role of facet joints in spine pain and image-guided treatment: a review. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2012;33(8):1419-1426. doi:10.3174/ajnr.A2696.
14. Chua NH, Vissers KC, Sluijter ME. Pulsed radiofrequency treatment in interventional pain management: mechanisms and potential indications-a review. *Acta Neurochir (Wien)*. 2011;153(4):763-771. doi:10.1007/s00701-010-0881-5.
15. Chung JW, Zeng Y, Wong TK. Drug therapy for the treatment of chronic nonspecific low back pain: systematic review and meta-analysis. *Pain Physician*. 2013;16(6):E685-704.
16. Datta S, Manchikanti L, Falco FJ, et al. Diagnostic utility of selective nerve root blocks in the diagnosis of lumbosacral radicular pain: systematic review and update of current evidence. *Pain Physician*. 2013;16(2 Suppl):Se97-124.
17. Epstein N. The risks of epidural and transforaminal steroid injections in the Spine: Commentary and a comprehensive review of the literature. *Surgical Neurology International*. 2013;4(SUPPL.2):S74-S93. doi:10.4103/2152-7806.109446.
18. Falco FJ, Manchikanti L, Datta S, et al. An update of the systematic assessment of the diagnostic accuracy of lumbar facet joint nerve blocks. *Pain Physician*. 2012;15(6):E869-907.
19. Filippiadis DK, Kelekis A. A review of percutaneous techniques for low back pain and neuralgia: current trends in epidural infiltrations, intervertebral disk and facet joint therapies. *Br J Radiol*. 2016;89(1057):20150357. doi:10.1259/bjr.20150357.
20. Holm EK, Bungler C, Foldager CB. Symptomatic lumbosacral transitional vertebra: a review of the current literature and clinical outcomes following steroid injection or surgical intervention. *Sicot j*. 2017;3:71. doi:10.1051/sicotj/2017055.
21. Hooten WM, Cohen SP. Evaluation and Treatment of Low Back Pain: A Clinically Focused Review for Primary Care Specialists. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(12):1699-1718. doi:10.1016/j.mayocp.2015.10.009.

22. Maas ET, Ostelo RW, Niemisto L, et al. Radiofrequency denervation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(10):Cd008572. doi:10.1002/14651858.CD008572.pub2.
23. McIntosh G, Hall H. Low back pain (acute). *BMJ Clin Evid*. 2011;2011.
24. Maddali P, Moisi M, Page J, et al. Anatomical complications of epidural anesthesia: A comprehensive review. 2017;30(3):342-346. doi:10.1002/ca.22831.
25. Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *European Spine Journal*. 2018;27(1):60-75. doi:10.1007/s00586-017-5099-2.
26. Chou R, Côté P, Randhawa K, et al. The Global Spine Care Initiative: applying evidence-based guidelines on the non-invasive management of back and neck pain to low- and middle-income communities. *European Spine Journal*. 2018:1-10. doi:10.1007/s00586-017-5433-8.
27. Benoist M, Boulu P, Hayem G. Epidural steroid injections in the management of low-back pain with radiculopathy: an update of their efficacy and safety. *Eur Spine J*. 2012;21(2):204-213. doi:10.1007/s00586-011-2007-z.
28. Zhai J, Zhang L, Li M, et al. Epidural injection with or without steroid in managing chronic low back and lower extremity pain: A meta-analysis of ten randomized controlled trials. *Int J Clin Exp Med*. 2015;8(6):8304-8316. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84938355514&partnerID=40&md5=e096fa058f2385199757584d5d70307e>.
29. Zhai J, Zhang L, Li M, et al. Epidural Injection With or Without Steroid in Managing Chronic Low-Back and Lower Extremity Pain: A Meta-Analysis of 10 Randomized Controlled Trials. *Am J Ther*. 2017;24(3):e259-e269. doi:10.1097/mjt.0000000000000265.
30. Wu T, Zhao WH, Dong Y, Song HX, Li JH. Effectiveness of Ultrasound-Guided Versus Fluoroscopy or Computed Tomography Scanning Guidance in Lumbar Facet Joint Injections in Adults With Facet Joint Syndrome: A Meta-Analysis of Controlled Trials. *Arch Phys Med Rehabil*. 2016;97(9):1558-1563. doi:10.1016/j.apmr.2015.11.013.
31. Meng H, Fei Q, Wang B, et al. Epidural injections with or without steroids in managing chronic low back pain secondary to lumbar spinal stenosis: a meta-analysis of 13 randomized controlled trials. *Drug Des Devel Ther*. 2015;9:4657-4667. doi:10.2147/dddt.s85524.
32. Liu K, Liu P, Liu R, Wu X, Cai M. Steroid for epidural injection in spinal stenosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug Des Devel Ther*. 2015;9:707-716. doi:10.2147/dddt.s78070.
33. Vorobeychik Y, Sharma A, Smith CC, et al. The Effectiveness and Risks of Non-Image-Guided Lumbar Interlaminar Epidural Steroid Injections: A Systematic Review with Comprehensive Analysis of the Published Data. *Pain Med*. 2016;17(12):2185-2202. doi:10.1093/pm/pnw091.
34. Chou R, Hashimoto R, Friedly J, et al. Epidural Corticosteroid Injections for Radiculopathy and Spinal Stenosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2015;163(5):373-381. doi:10.7326/m15-0934.
35. Guo JR, Jin XJ, Shen HC, et al. A Comparison of the Efficacy and Tolerability of the Treatments for Sciatica: A Network Meta-Analysis. *Ann Pharmacother*. 2017;51(12):1041-1052. doi:10.1177/1060028017722008.

36. Bicket MC, Simmons C, Zheng Y. The Best-Laid Plans of “Back Mice” and Men: A Case Report and Literature Review of Episacroiliac Lipoma. *Pain Physician*. 2016;19(3):181-188.
37. Bicket MC, Horowitz JM, Benzon HT, Cohen SP. Epidural injections in prevention of surgery for spinal pain: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Spine J*. 2015;15(2):348-362. doi:10.1016/j.spinee.2014.10.011.
38. Mehta P, Syrop I, Singh JR, Kirschner J. Systematic Review of the Efficacy of Particulate Versus Nonparticulate Corticosteroids in Epidural Injections. *Pm r*. 2017;9(5):502-512. doi:10.1016/j.pmrj.2016.11.008.
39. Manchikanti L, Kaye AD, Boswell M V, et al. A Systematic Review and Best Evidence Synthesis of the Effectiveness of Therapeutic Facet Joint Interventions in Managing Chronic Spinal Pain. *Pain Physician*. 2015;18(4):E535-82.
40. Beynon R, Hawkins J, Laing R, et al. The diagnostic utility and cost-effectiveness of selective nerve root blocks in patients considered for lumbar decompression surgery: a systematic review and economic model. *Health Technol Assess*. 2013;17(19):1-88, v-vi. doi:10.3310/hta17190
41. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. *Facet Joint Injection as Diagnostic and Therapeutic Tools for Pain of the Cervical and Lumbar Spine: A Review of Clinical and Cost-Effectiveness.*; 2011.
42. Bhatti AB, Kim S. Role of Epidural Injections to Prevent Surgical Intervention in Patients with Chronic Sciatica: A Systematic Review and Meta-analysis. *Cureus*. 2016;8(8):e723.
43. Wittenberg K. *Pain Management Injection Therapies for Low Back Pain.*; 2015.
44. Bovaira-former MT, Ares JDA, Roca G, et al. Epidural Complications and troubleshooting. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*. 2015;18(1-2):17-24. doi:10.1053/j.trap.2015.01.004.

ANNEXE I

TRAJECTOIRE DE SOINS ET SERVICES DES MALADIES MUSCULOSQUELETTIQUES ET GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE

A. Promotion - Prévention

B. Accueil – Prise de contact

APPROCHES ENVIRONNEMENTALES

A7. Création environnements sains et sécuritaires

A8. Collaboration à l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publique favorables à la santé (ex; environnement sans fumée, transport actif, loisirs actifs, Saine alimentation, Traumatismes non intentionnels)

A9. Développement des communautés

PRÉVENTION SECONDAIRE

A5. Traitement conservateur physiothérapie

A6. Prévention des chutes APPA

Facteurs de risque?

A1. Motivation aux changements de comportements:

Counseling individuel: alimentation, activités physique, antitabac
Activités éducatives en groupe: Pratiques cliniques préventives, saines habitudes de vie, Programme « Agir sur sa santé » Tronc commun 10 ateliers maladies chroniques,
Autres: défi 0-5-30, soutien et activités diverses dans la communauté, écoles en santé

A2. Vaccination Pneumovax et influenza

A3. Stratégies soutien à la prévention clinique (ex.: dépistage ostéoporose, IAB / Allaitement)

A4. Autres programmes: Québec en forme, 0 drogues, Vieactive, Programme Pied, ...

B1. Dépistage et référence

PROTOCOLES:
Ostéoporose,...

B3.
Consultation
médicale

B4.
Décision/
Requête

Vers
page 2

Clientèle
orpheline

B2.
Évènement /
crise

Légende:

Début/fin

Activité

Décision

SOUS-
PROCESSUS
PROCÉDURE

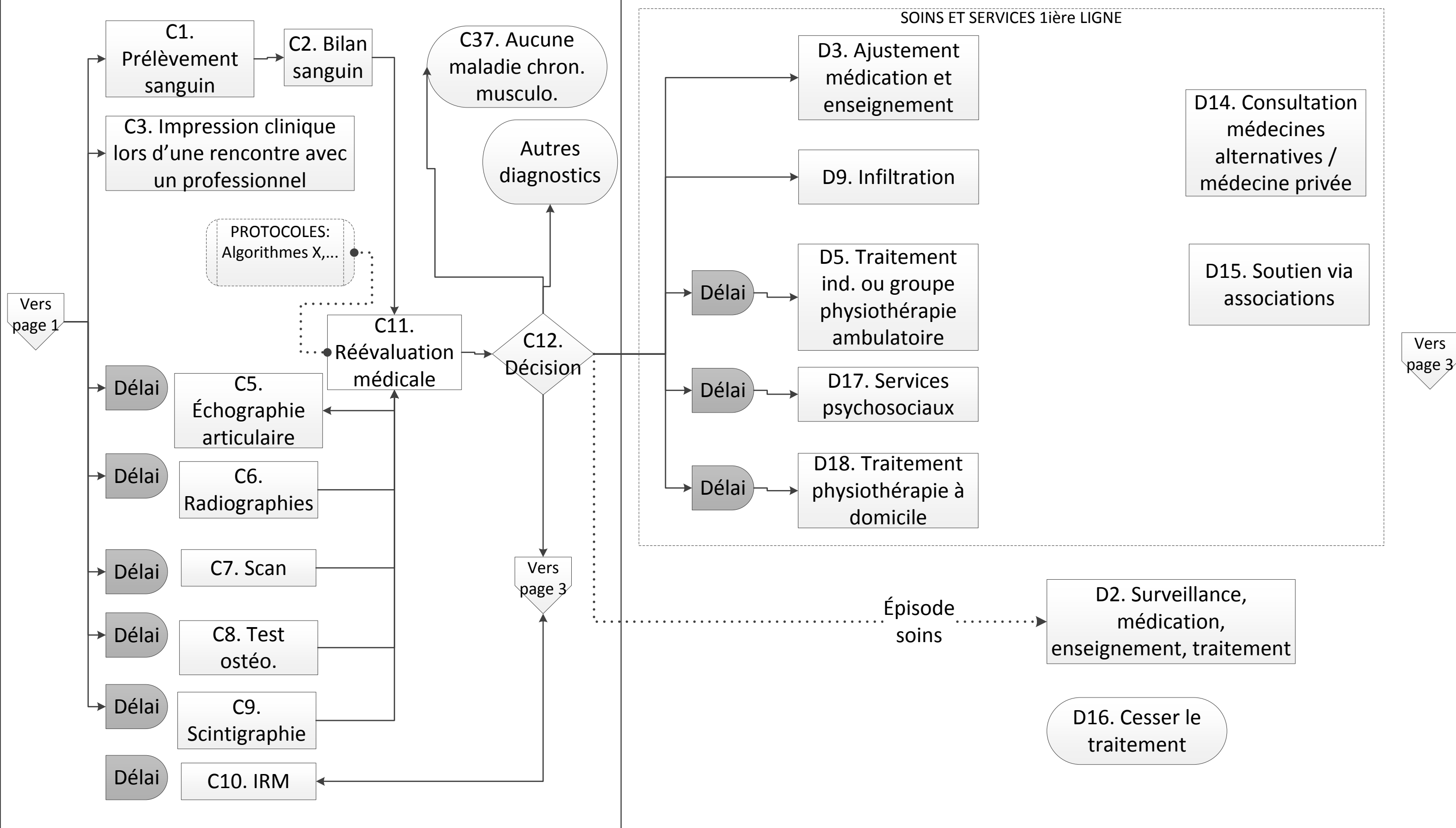
Délais

Transport

Changement
de page

C. Évaluation - Orientation - Diagnostic

D. Intervention - Traitement

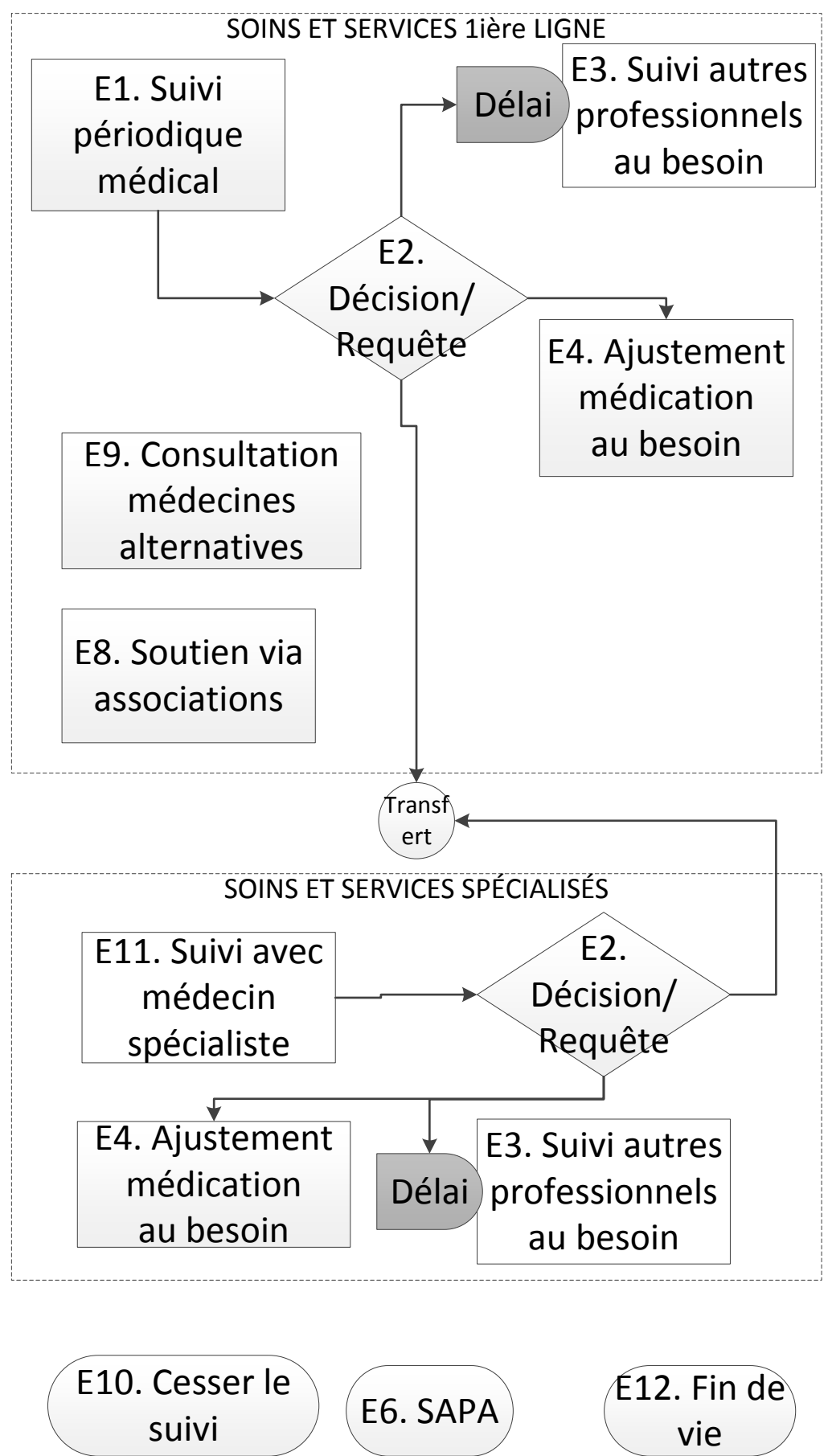
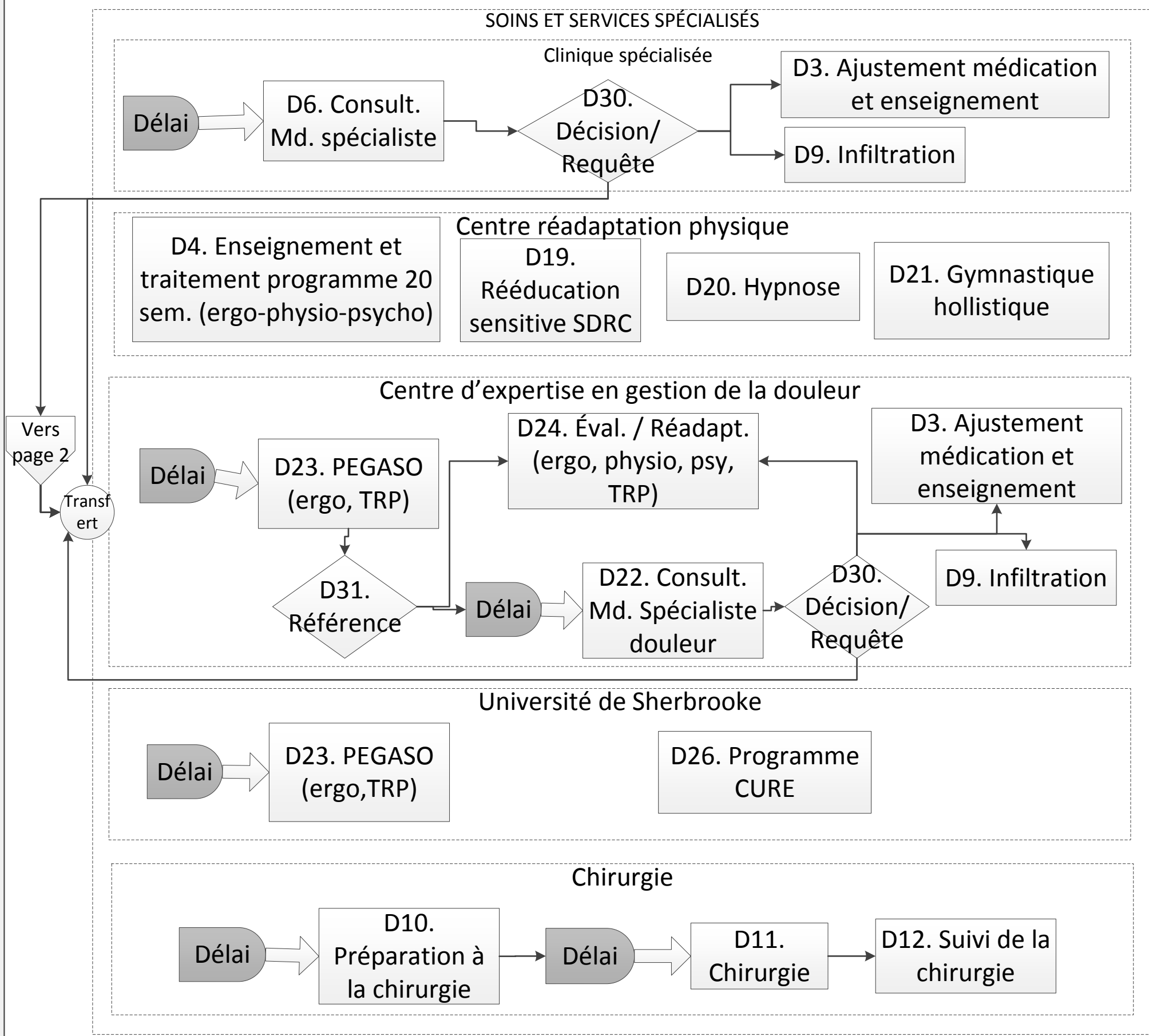


Vers page 1

Vers page 3

D. Intervention - Traitement

E. Suivi - Accompagnement





Personne Proche aidant

FACTEURS DE RISQUES

Démographie:

0-100 ans
Homme et femmes
Vieillessement
Milieu socio-économique

Habitudes de vie:

Sédentarité
Mauvaise alimentation
Tabac, alcool et drogues
Surpoids

État santé:

HTA
Dyslipidémie
MCAS / MVAS
Traumatisme
Maladies en « ites »
Blessés orthopédiques
Amputés
Pathologies (fibromyalgie, SDRC, neuropathie, lombalgie, AVC, sclérose en plaques)
Cancer

Autres:

Génétique
Clientèle orpheline sans suivi régulier
Médication oncologie

Principaux acteurs

A1 à A12: Direction de la santé publique

Population / milieux visés:
- Services de garde et à l'enfance
- Milieux scolaires
- Milieux de travail
- Municipal
- Communautaire
- Clinique

A1. GMF, SIC, SAD, RNI, Programmes santé publique, Équipe multi « Agir sur sa santé », programmes ministériels, préventionnistes
SST, Associations, groupes de soutien: AQDC, DBQC, FADOQ, Sercovie, Aînés actifs, Fondation maladies du cœur, Réseau MPOC de l'Estrie, pharmacies, centre d'activité physique, inf. GMF, scolaire, médecin de famille, RNI/CHSLD, kinésiothérapeutes,...

A2. Cliniques de vaccination santé publique

A3. Conseillères en allaitement santé publique

A4. Intervenants ministère de l'Éducation

A5. Physiothérapie, cliniques privées physiothérapie et médecines alternatives

A6. Inf. RNI/ CHSLD, équipe SAD, équipe de soins Hospit Programme prévention des chutes et pieds

A7 à A12. Divers intervenants de la direction de la santé publique

B1. Équipe de soins Hospit., médecin de famille, médecin sans rendez-vous, médecin spécialiste, Clinique réseau/ clinique d'accès, équipe méd. GMF, physiothérapie, cliniques privées, physiothérapie et médecines alternatives

B2. Équipe de soins URGENCE

B3. B4. GMF et hors GMF, GACO, urgence, médecine interne, médecins spécialistes

C1. Inf. GMF, Inf. RNI/CHSLD, Inf. SAD, centre de prélèvement

C2. Laboratoires

C3. Intervenants professionnels (physio., Ergo, TS,...)

C4. Méd. spécialiste (neurochir., orthopéd., physiatre, rhumato,...)

C5. C6. C7. C8. C9. C10. Imagerie médicale

C11. C14. C15. GMF et hors GMF, GACO, urgence, médecine interne, médecins spécialistes

D1. GMF et hors GMF, GACO, urgence, médecine interne, médecins spécialistes

D2. Équipe de soins Hospit, médecine interne, médecine de jour

D3. Équipe GMF, médecin de famille, médecin sans rendez-vous, équipe multi., cliniques spécialisées (douleur, médecine de jour, rhumato, neuro,...), Pharmacies communautaires

D4. Clinique de douleur / anesthésiologie (Physio., TS. kin., ergo.), CRE (Estrie seulement): Équipe inter.: Maux dos chroniques, Intervention handicap significatif persistant UdeS: PEGASO et CURE réadaptation

D5. Physiothérapie CSSS

D6. D7. D8. Médecin spécialiste (anesthésiologiste, neurochir., orthopédiste, rhumato, physiatre,...)

D9. Bloc opératoire, Imagerie médicale, Compagnie privée (physio., orthopédie, neuro.), clinique de douleur, rhumato.,

D10. Clinique préparatoire à la chirurgie

D11. D12. Équipe du bloc opératoire

D13. Personne et ses proches

D14. Compagnie privée (physio., orthopédie, neuro.)

D15. Associations, groupes de soutien (Association québécoise douleur chronique, fibromyalgie, Amputés de guerre,...)

E1. E2. GMF, médecin de famille

E3. Méd. spécialiste (anesthésiologiste, neurochir., orthopédiste, rhumato,...), Équipe multi., cliniques spécialisées (douleur, médecine de jour, rhumato, neuro,...), physiothérapeute

E4. Équipe GMF, médecin de famille, pharmacies communautaires

E5. Psychologues

E6. Équipes RNI, CHSLD, SAD

E7. Personne et ses proches

E8. Associations, groupes de soutien (Association québécoise douleur chronique, fibromyalgie, Amputés de guerre,...)

E9. Compagnie privée (physio., orthopédie, neuro.)

Trajectoire des maladies chroniques musculo-squelettique et gestion de la douleur

(arthrite, arthrose et autres douleurs chroniques musculo-squel.)

Propriétaire: Lyne Cardinal

ANNEXE

A. Promotion - Prévention

B. Accueil – Prise de contact

C. Évaluation – Orientation ou diagnostic

D. Intervention - Traitement

E. Suivi - Accompagnement

ANNEXE II

MODÈLE LOGIQUE

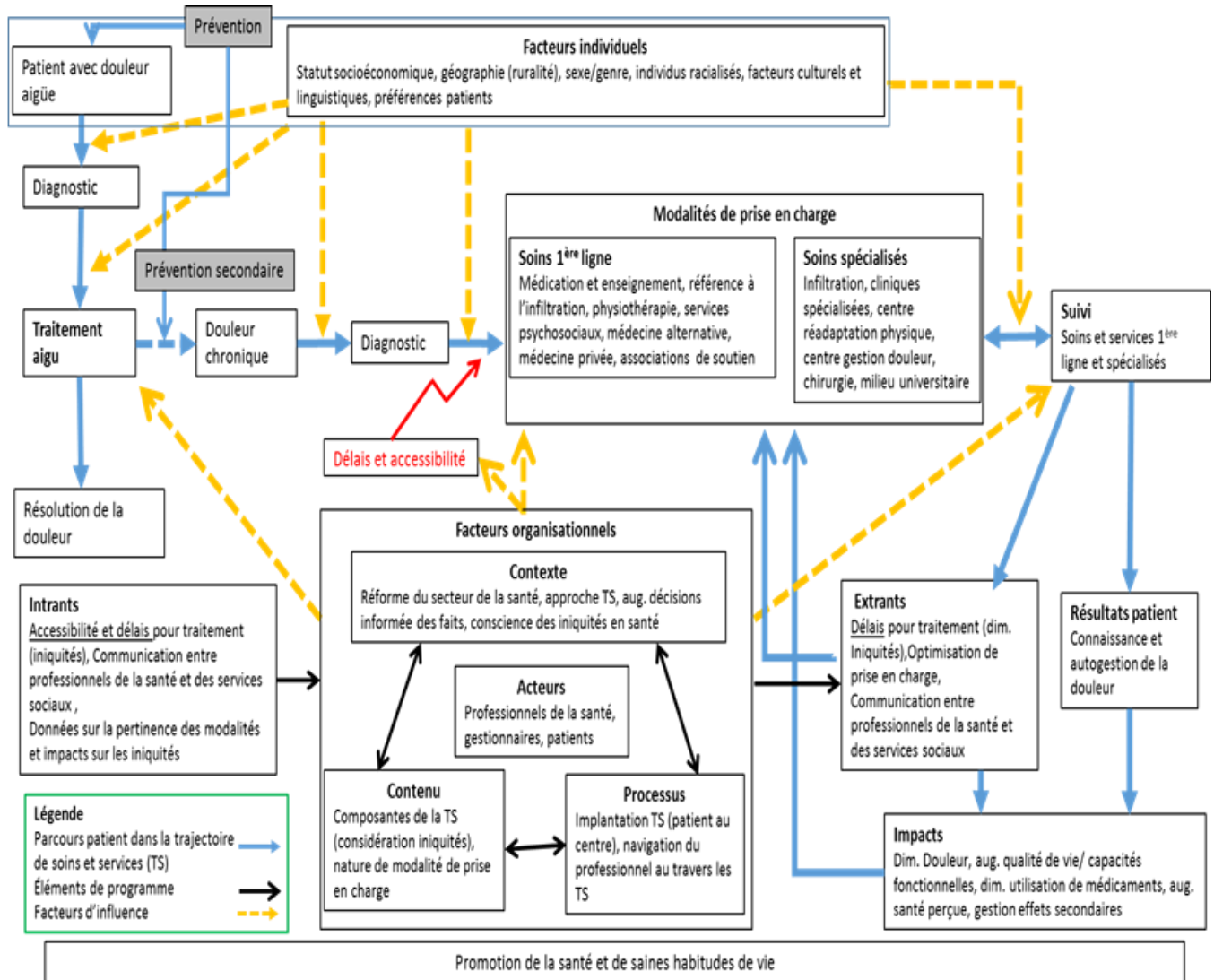


Figure 1 Modèle logique de la prise en charge des douleurs chroniques musculosquelettiques

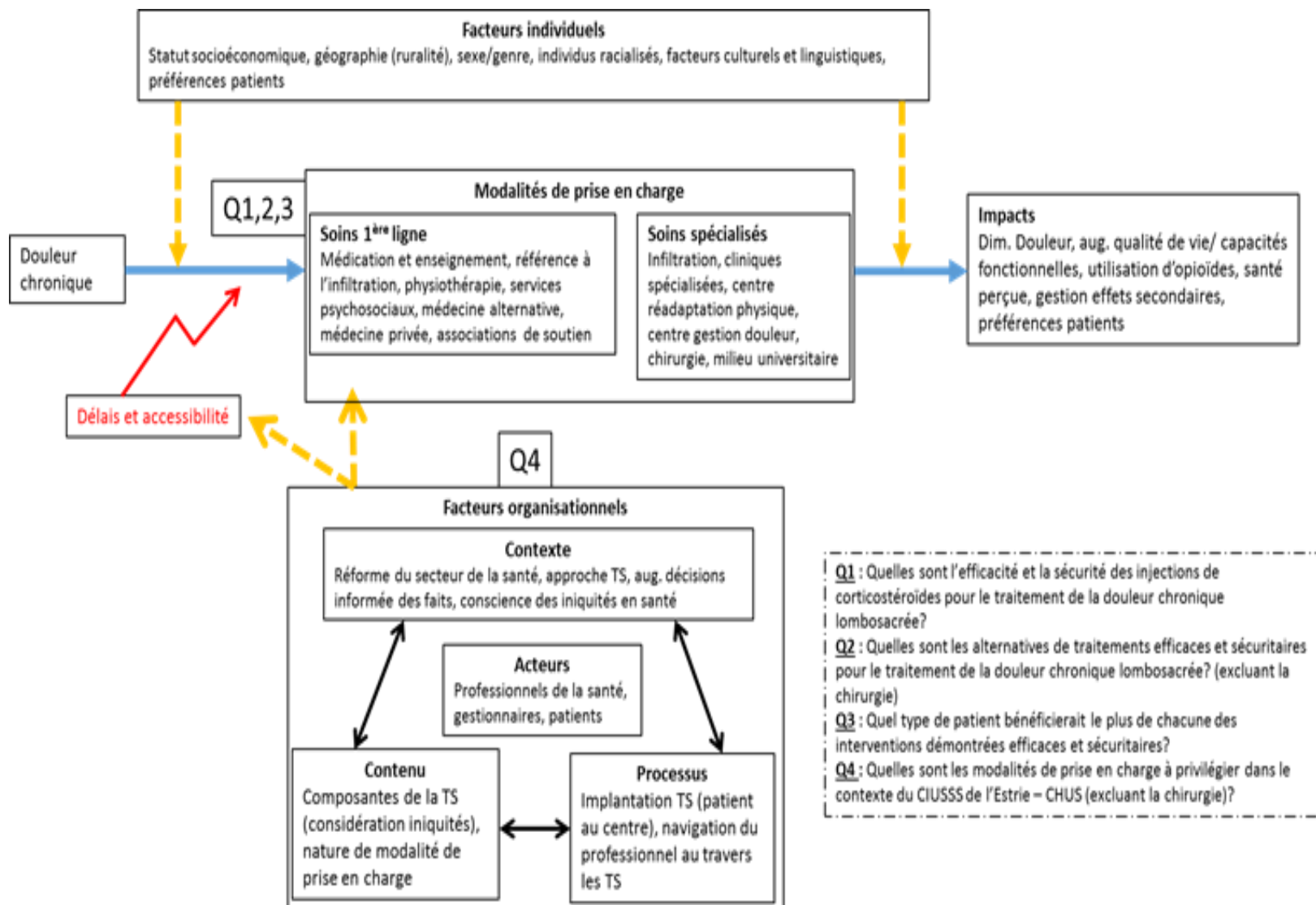


Figure 2 Cadre d'analyse de la prise en charge des douleurs chroniques musculosquelettiques

ANNEXE III

QUESTIONS GUIDES POUR LES DISCUSSIONS DE GROUPES AVEC LE COMITÉ CONSULTATIF

Objectifs de la rencontre :

1. Réactions aux résultats préliminaires et réflexions sur les écarts avec la pratique.
2. Explorer les facteurs et valeurs qui influencent la décision d'un mode de traitement.

Avant la rencontre, nous vous invitons à vous familiariser avec les données préliminaires envoyées suivantes :

- Sommaires des résultats de la recension des écrits sur les traitements pour la lombalgie chronique d'origine non cancéreuse.
- Données préliminaires sur les préférences des patients.

Nous vous invitons aussi à réfléchir et répondre brièvement aux questions suivantes qui seront discutées lors de la rencontre sous trois thèmes séparés (traitements pharmacologiques, traitements non pharmacologiques, infiltrations de corticostéroïdes).

Traitements pharmacologiques

1. Quelles sont vos impressions sur l'efficacité des traitements pharmacologiques? Pensez-vous qu'ils fonctionnent? Sont-ils efficaces dans un contexte de soins hospitalier?
2. Est-ce qu'il y a des différences entre les traitements pharmacologiques recommandés dans la littérature (qui sont présentés dans les tableaux du document ci-joint) et les traitements prescrits dans notre établissement de santé?
3. Avez-vous des opinions concernant les différences en termes de disponibilités de ces produits dans notre établissement?
4. Quels facteurs semblent influencer la prescription et la décision des patients de prendre certains médicaments?

Pour aider votre réflexion, vous pouvez penser et écrire vos impressions sur chacun de ces quatre types de facteurs :

Autonomie : La prise de décision sur le traitement est faite suite à des échanges entre professionnels de la santé et le patient, ce dernier ayant eu accès à l'information et aux bons intervenants du réseau de la santé.

Non-malfaisance : Est-ce que les effets secondaires, l'impact psychologique négatif, l'impact sur les proches du patient, les coûts pour le patient, les coûts-bénéfices pour le système de santé, les effets négatifs sur les différents secteurs du système de santé pourraient selon vous contribuer aux choix de prescrire ces médicaments?

Bienfaisance : Est-ce que les effets bénéfiques sur la douleur, la capacité fonctionnelle, les effets psychologiques positifs, l'optimisation de la gestion des services offerts pourraient selon vous contribuer au choix de prescrire ces médicaments?

Justice : Est-ce que la proximité/accessibilité des services pour votre patient, la disponibilité, les coûts du traitement selon le niveau socio-économique du patient, ou d'autres déterminants sociétaux pourraient déterminer le choix des médicaments prescrits?

5. Est-ce que certains facteurs semblent avoir une plus grande importance sur la prise de décision en lien avec l'utilisation de ces produits?

Traitements non pharmacologiques

1. Quelles sont vos impressions sur l'efficacité des traitements non pharmacologiques? Pensez-vous qu'ils fonctionnent? Sont-ils efficaces dans un contexte de soins hospitalier?
2. Est-ce qu'il y a des différences entre les traitements non pharmacologiques recommandés dans la littérature (qui sont présentés dans les tableaux du document ci-joint) et les traitements qui sont offerts aux patients du CIUSSS de l'Estrie - CHUS?
3. Avez-vous des opinions concernant ces différences?
4. Quels facteurs semblent influencer la prescription et la décision des patients d'utiliser certains traitements?

Pour aider votre réflexion, vous pouvez penser et écrire vos impressions sur chacun de ces quatre types de facteurs :

Autonomie : La prise de décision sur le traitement est faite suivant des échanges entre professionnels de la santé et le patient, ce dernier ayant eu accès à l'information et aux bons intervenants du réseau de la santé.

Non-malfaisance : Est-ce que les effets secondaires, l'impact psychologique négatif, l'impact sur les proches du patient, les coûts pour le patient, les coûts-bénéfices pour le système de santé, les effets négatifs sur les différents secteurs du système de santé pourraient selon vous contribuer aux choix de prescrire ces traitements?

Bienfaisance : Est-ce que les effets bénéfiques sur la douleur, la capacité fonctionnelle, les effets psychologiques positifs, l'optimisation de la gestion des services offerts pourraient selon vous contribuer au choix de prescrire ces traitements?

Justice : Est-ce que la proximité/accessibilité des services pour votre patient, la disponibilité, les coûts du traitement selon le niveau socio-économique du patient, ou d'autres déterminants sociétaux pourraient déterminer le choix des traitements prescrits?

5. Est-ce que certains facteurs semblent avoir une plus grande importance sur la prise de décision en lien avec l'utilisation de ces interventions?

Infiltrations de corticostéroïdes

1. Quelle est votre impression sur l'efficacité des infiltrations de corticostéroïdes? Pensez-vous qu'ils fonctionnent?

2. Est-ce qu'il y a des différences entre les recommandations dans la littérature (qui sont présentés dans les tableaux du document ci-joint) et la façon dont les patients sont référés aux infiltrations dans notre établissement?
3. Avez-vous des opinions concernant ces différences?

Quels facteurs semblent influencer la prescription et la décision des patients de prendre des infiltrations?

Pour aider votre réflexion, vous pouvez penser et écrire vos impressions sur chacun de ces quatre types de facteurs :

Autonomie : La prise de décision sur le traitement est faite suivant des échanges entre professionnels de la santé et le patient, ce dernier ayant eu accès à l'information et aux bons intervenants du réseau de la santé.

Non-malfaisance : Est-ce que les effets secondaires, l'impact psychologique négatif, l'impact sur les proches du patient, les coûts pour le patient, les coûts-bénéfices pour le système de santé, les effets négatifs sur les différents secteurs du système de santé pourraient selon vous contribuer aux choix de prescrire des infiltrations?

Bienfaisance : Est-ce que les effets bénéfiques sur la douleur, la capacité fonctionnelle, les effets psychologiques positifs, l'optimisation de la gestion des services offerts pourraient selon vous contribuer au choix de prescrire des infiltrations?

Justice : Est-ce que la proximité/accessibilité des services pour votre patient, la disponibilité, les coûts du traitement selon le niveau socio-économique du patient, ou d'autres déterminants sociétaux pourraient déterminer le choix des infiltrations prescrites?

4. Est-ce que certains facteurs semblent avoir une plus grande importance sur la prise de décision en lien avec l'utilisation de ces interventions?

ANNEXE IV

STRATÉGIES DE RECHERCHE DE LA LITTÉRATURE INDEXÉE

Stratégies pour la revue systématique sur l'efficacité et la sécurité des infiltrations de corticostéroïdes pour la douleur chronique lombosacrée

Stratégie de recherche bibliographique sur PubMed

((("Injections"[Mesh]) OR ((Inject*[Title/Abstract]) OR Infiltrat*[Title/Abstract]))) AND (((("Low Back Pain"[Mesh]) OR ("Low Back Pain"[Title/Abstract]) OR "Low Back Pains"[Title/Abstract])) OR ("Chronic Pain"[Mesh]) OR (((Chronic Pain[Title/Abstract]) OR Chronic Pains[Title/Abstract]) OR Chronic aches[Title/Abstract]) OR CLBP[Title/Abstract]))) AND ((("Lumbosacral Region"[Mesh]) OR (((lumbosacral[Title/Abstract]) OR lumbar[Title/Abstract]) OR sacral[Title/Abstract]) OR low back[Title/Abstract]) OR lower back[Title/Abstract]) AND ((Guideline[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb]) AND ("2011/01/01"[PDat] : "2018/04/13"[PDat]) AND (English[lang] OR French[lang] OR Italian[lang] OR Spanish[lang]))

La recherche a été réalisée sur PubMed. La recherche bibliographique des revues, revues systématiques, méta-analyses et lignes directrices cliniques en français, en anglais, en espagnol et en italien publiées à partir de 2011 a été faite le 13 avril 2018. 181 références ont été trouvées.

Stratégie de recherche bibliographique sur Cochrane Library

ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Injections] explode all trees	21569
#2	Inject*:ti,ab,kw or Infiltrat*:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	67494
#3	#1 or #2	67537
#4	Chronic near/3 Pain:ti,ab,kw or chronic near/3 aches:ti,ab,kw or "Low Back Pain":ti,ab,kw or "Low Back Pains":ti,ab,kw or CLBP:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	13231
#5	MeSH descriptor: [Low Back Pain] explode all trees	2891
#6	"Lower Back Pain":ti,ab,kw or "Lower Back Pains":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	6824
#7	MeSH descriptor: [Chronic Pain] explode all trees	1178
#8	#4 or #5 or #6 or #7	13231
#9	MeSH descriptor: [Lumbosacral Region] explode all trees	435
#10	lumbosacral:ti,ab,kw or lumbar:ti,ab,kw or sacral:ti,ab,kw or low near/2 back:ti,ab,kw or lower near/2 back:ti,ab,kw (Word variations have been searched)	17001
#11	#9 or #10	17001
#12	#3 and #8 and #11	733
#13	#12 Publication Year from 2011 to 2018, in Cochrane Reviews (Reviews only) and Other Reviews	24

La recherche a été réalisée sur Cochrane Library. La recherche bibliographique des revues, revues systématiques et méta-analyses publiées à partir de 2011 a été faite le 23 avril 2018. 24 références ont été trouvées. Les références ont été importées le 23 avril.

Stratégie de recherche bibliographique sur Scopus

```
(( (( TITLE-ABS-KEY ( inject* ) OR TITLE-ABS-KEY ( infiltrat* ) ) ) AND ( ( ( TITLE-ABS-KEY ( chronic PRE/3 pain ) OR TITLE-ABS-KEY ( chronic PRE/3 aches ) OR TITLE-ABS-KEY ( clbp ) OR TITLE-ABS-KEY ( {Low Back Pain} ) OR TITLE-ABS-KEY ( {Low Back Pains} ) ) ) ) AND ( ( TITLE-ABS-KEY ( {Lumbosacral Region} ) OR TITLE-ABS-KEY ( lumbosacral ) OR TITLE-ABS-KEY ( lumbar ) OR TITLE-ABS-KEY ( sacral ) OR TITLE-ABS-KEY ( low PRE/2 back ) OR TITLE-ABS-KEY ( lower PRE/2 back ) ) ) ) ) AND ( ( TITLE ( review ) OR KEY ( review ) OR TITLE ( {Meta-Analysis} ) OR KEY ( {Meta-Analysis} ) OR TITLE ( metaanalysis ) OR KEY ( metaanalysis ) OR TITLE ( {Meta Analysis} ) OR KEY ( {Meta Analysis} ) OR TITLE ( {Clinical Trial Overview} ) OR KEY ( {Clinical Trial Overview} ) OR TITLE ( {Clinical Trial Overviews} ) OR KEY ( {Clinical Trial Overviews} ) OR TITLE ( {Data Pooling} ) OR KEY ( {Data Pooling} ) OR TITLE ( {Data Poolings} ) OR KEY ( {Data Poolings} ) OR TITLE ( guideline ) OR KEY ( guideline ) ) ) ) AND NOT ( INDEX ( medline ) OR PMID ( 1* ) OR PMID ( 2* ) OR PMID ( 3* ) OR PMID ( 4* ) OR PMID ( 5* ) OR PMID ( 6* ) OR PMID ( 7* ) OR PMID ( 8* ) OR PMID ( 9* ) ) AND ( LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2018 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2017 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2016 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2015 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2014 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2013 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2012 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2011 ) ) AND ( LIMIT-TO ( LANGUAGE , "English " ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , " Spanish " ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , " French " ) OR LIMIT-TO ( LANGUAGE , " Italian " ) )
```

La recherche bibliographique des revues, revues systématiques, méta-analyses et lignes directrices cliniques en français, en anglais, en espagnol et en italien publiées à partir de 2011 a été faite le 23 avril 2018. Elle a permis de trouver 106 références. Les références ont été importées le 23 avril.

Résumé

Au total, 311 références ont été trouvées et importées dans le logiciel de gestion bibliographique EndNote. À la suite de l'analyse de ces références, 38 doublons ont été repérés et supprimés de l'EndNote. Finalement, il reste 273 références après la suppression des doublons.

ANNEXE V

QUESTIONNAIRE DES 13 POINTS DE SERVICES POUR L'INFILTRATION AU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS



GT – ACCESSIBILITÉ À L'INFILTRATION

Phase 1 - Situation actuelle : Comprendre et documenter la situation actuelle

Tournée des secteurs d'activités

Grille de collecte d'information

Secteur / service : _____

Installation : _____

Personne contact : _____

Date de la visite : _____

EN REGARD DES DEMANDES / USAGERS:

- Qui sont vos référents? D'où proviennent les demandes?

Information sollicitée avant la visite lorsque possible

Réponses obtenues par :

<input type="checkbox"/> A) Intervenant(s)	A1) _____	A2) _____	A3) _____
<input type="checkbox"/> B) Médecin(s)	B1) _____	B2) _____	B3) _____
<input type="checkbox"/> C) Gestionnaire	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> D) Autres	D1) _____	D2) _____	D3) _____

- Quels profils cliniques font l'objet de demande dans votre service?

Information sollicitée avant la visite lorsque possible

Réponses obtenues par :

<input type="checkbox"/> A) Intervenant(s)	A1) _____	A2) _____	A3) _____
<input type="checkbox"/> B) Médecin(s)	B1) _____	B2) _____	B3) _____
<input type="checkbox"/> C) Gestionnaire	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> D) Autres	D1) _____	D2) _____	D3) _____

- Quel est le volume de demandes?

Information sollicitée avant la visite lorsque possible

Réponses obtenues par :

A) Intervenant(s) A1) _____ A2) _____ A3) _____

B) Médecin(s) B1) _____ B2) _____ B3) _____

C) Gestionnaire _____

D) Autres D1) _____ D2) _____ D3) _____

- Avez-vous des demandes récurrentes ou s'agit-il toujours de nouvelles demandes?

Information sollicitée avant la visite lorsque possible

Réponses obtenues par :

A) Intervenant(s) A1) _____ A2) _____ A3) _____

B) Médecin(s) B1) _____ B2) _____ B3) _____

C) Gestionnaire _____

D) Autres D1) _____ D2) _____ D3) _____

- Quel est le volume de suivis?

Information sollicitée avant la visite lorsque possible

Réponses obtenues par :

A) Intervenant(s) A1) _____ A2) _____ A3) _____

B) Médecin(s) B1) _____ B2) _____ B3) _____

C) Gestionnaire _____

D) Autres D1) _____ D2) _____ D3) _____

- Quelle est la pertinence des demandes? Recevez-vous des demandes non pertinentes? Est-ce que l'infiltration est toujours la bonne intervention? Est-ce que l'infiltration est demandée au bon moment? Est-ce que l'utilisateur suit le parcours optimal sur toutes les lignes de services?

Réponses obtenues par :

A) Intervenant(s) A1) _____ A2) _____ A3) _____

B) Médecin(s) B1) _____ B2) _____ B3) _____

C) Gestionnaire _____

D) Autres D1) _____ D2) _____ D3) _____

- Y-a-t-il des interventions complémentaires à l'infiltration?

Réponses obtenues par :

A) Intervenant(s) A1) _____ A2) _____ A3) _____

B) Médecin(s) B1) _____ B2) _____ B3) _____

C) Gestionnaire _____

D) Autres D1) _____ D2) _____ D3) _____

- Y-a-t-il des alternatives à l'infiltration?

Réponses obtenues par :

A) Intervenant(s) A1) _____ A2) _____ A3) _____

B) Médecin(s) B1) _____ B2) _____ B3) _____

C) Gestionnaire _____

D) Autres D1) _____ D2) _____ D3) _____

EN REGARD DES ACTIVITÉS:

- Quelles sont les activités faites ici ?
 - a. Quel est le temps requis pour la réalisation de vos activités?
 - b. Quels volumes sont traités par période de temps?
 - c. Quel est le temps d'attente relevant des activités avant et après?
 - d. Qui est le destinataire de vos activités?

Réponses obtenues par :

- | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> A) Intervenant(s) | A1) _____ | A2) _____ | A3) _____ |
| <input type="checkbox"/> B) Médecin(s) | B1) _____ | B2) _____ | B3) _____ |
| <input type="checkbox"/> C) Gestionnaire | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> D) Autres | D1) _____ | D2) _____ | D3) _____ |

- Quelles activités consomment du temps et semble peu utiles / problèmes rencontrés?
- Qu'est-ce qui pourrait améliorer le processus global afin d'améliorer l'accessibilité et la fluidité?
- Initiatives d'amélioration en cours?

Réponses obtenues par :

<input type="checkbox"/> A) Intervenant(s)	A1) _____	A2) _____	A3) _____
<input type="checkbox"/> B) Médecin(s)	B1) _____	B2) _____	B3) _____
<input type="checkbox"/> C) Gestionnaire	_____		
<input type="checkbox"/> D) Autres	D1) _____	D2) _____	D3) _____

EN REGARD DES RESSOURCES:

- Quelles ressources sont assignées?

- Ressources humaines en ETC

Information sollicitée avant la visite lorsque possible

Réponses obtenues par :

A) Intervenant(s) A1) _____ A2) _____ A3) _____
 B) Médecin(s) B1) _____ B2) _____ B3) _____
 C) Gestionnaire _____
 D) Autres D1) _____ D2) _____ D3) _____

- Médecins en heures présence

Information sollicitée avant la visite lorsque possible

Réponses obtenues par :

A) Intervenant(s) A1) _____ A2) _____ A3) _____
 B) Médecin(s) B1) _____ B2) _____ B3) _____
 C) Gestionnaire _____
 D) Autres D1) _____ D2) _____ D3) _____

- Lieux physiques / salles / locaux

Information sollicitée avant la visite lorsque possible

Réponses obtenues par :

A) Intervenant(s) A1) _____ A2) _____ A3) _____
 B) Médecin(s) B1) _____ B2) _____ B3) _____
 C) Gestionnaire _____
 D) Autres D1) _____ D2) _____ D3) _____

- Équipements médicaux

Information sollicitée avant la visite lorsque possible

Réponses obtenues par :

- A) Intervenant(s) A1) _____ A2) _____ A3) _____
 B) Médecin(s) B1) _____ B2) _____ B3) _____
 C) Gestionnaire _____
 D) Autres D1) _____ D2) _____ D3) _____

- Avez-vous des résultats de sondage de satisfaction des intervenants / médecins à nous partager?

Information sollicitée avant la visite lorsque possible

Réponses obtenues par :

- A) Intervenant(s) A1) _____ A2) _____ A3) _____
 B) Médecin(s) B1) _____ B2) _____ B3) _____
 C) Gestionnaire _____
 D) Autres D1) _____ D2) _____ D3) _____

EN REGARD DE LA QUALITÉ PERÇUE ET ATTENDUE PAR L'USAGER:

- Nombre et type de plaintes au courant de la dernière année

Information sollicitée avant la visite lorsque possible

Réponses obtenues par :

- A) Intervenant(s) A1) _____ A2) _____ A3) _____
 B) Médecin(s) B1) _____ B2) _____ B3) _____
 C) Gestionnaire _____
 D) Autres D1) _____ D2) _____ D3) _____

- Nombre et type de rapports d'accidents / incidents au courant de la dernière année

Information sollicitée avant la visite lorsque possible

Réponses obtenues par :

A) Intervenant(s) A1) _____ A2) _____ A3) _____

B) Médecin(s) B1) _____ B2) _____ B3) _____

C) Gestionnaire _____

D) Autres D1) _____ D2) _____ D3) _____

- Résultats de sondage de satisfaction des usagers

Information sollicitée avant la visite lorsque possible

Réponses obtenues par :

A) Intervenant(s) A1) _____ A2) _____ A3) _____

B) Médecin(s) B1) _____ B2) _____ B3) _____

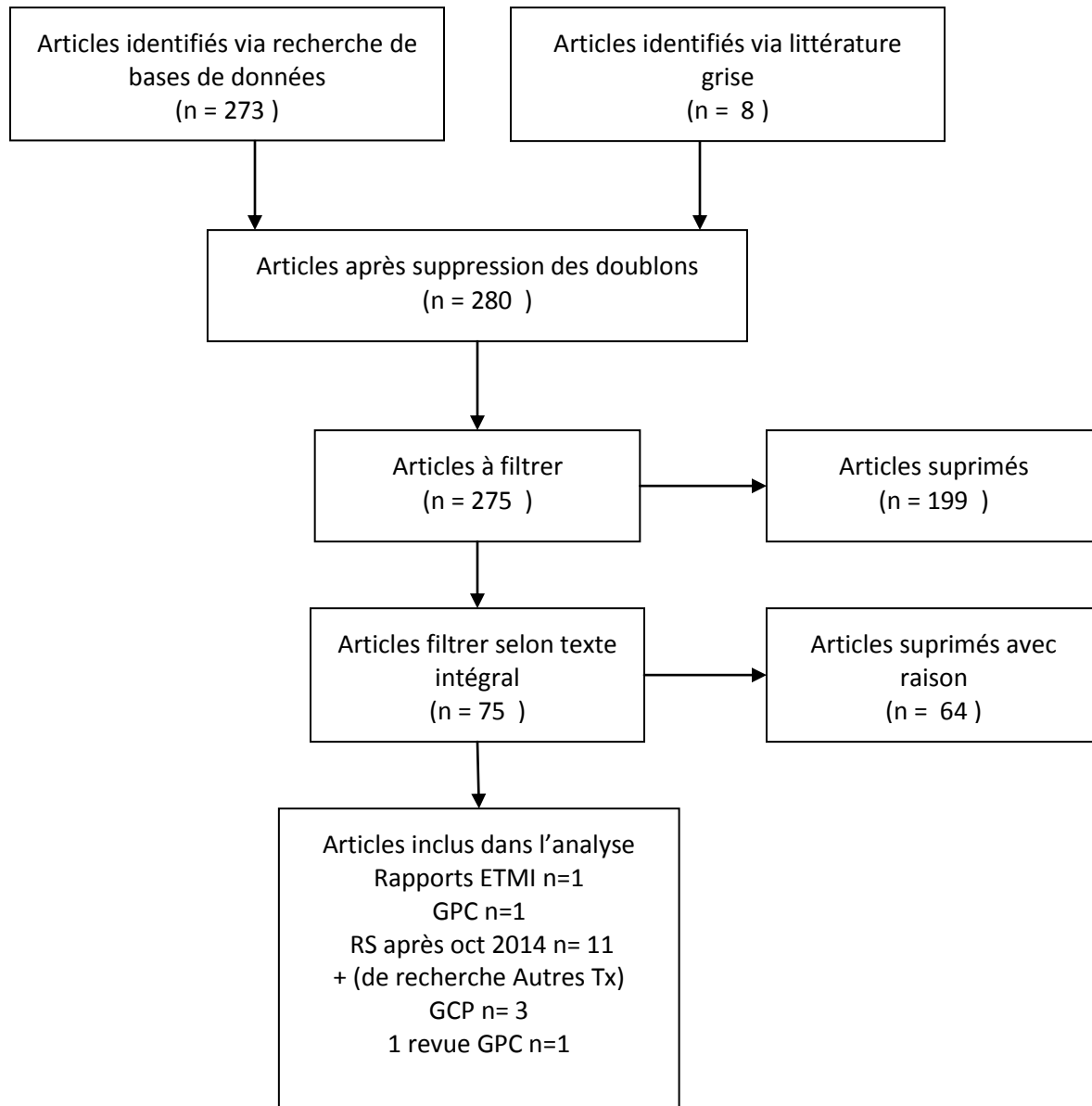
C) Gestionnaire _____

D) Autres D1) _____ D2) _____ D3) _____

ANNEXE VI

REVUE SYSTÉMATIQUE SUR L'EFFICACITÉ ET LA SÉCURITÉ DES INFILTRATIONS DE CORTICOSTÉROÏDES POUR LA DOULEUR CHRONIQUE LOMBOSACRÉE : SÉLECTION DES ARTICLES

Diagramme PRISMA



Articles exclus avec raison

17 articles ont été exclus d'emblés parce qu'elles avaient été publiées avant octobre 2014, tel que décrit dans la section de méthodes. Les articles énumérés ci-dessous ont été exclus pour des raisons autres que la date de publication.

Auteur	Année	Titre	Journal	Raison d'exclusion
Balagué & Dudler	2011	An overview of conservative treatment for lower back pain	International Journal of Clinical Rheumatology	Méthodes non systématiques
Balagué	2012	Steroids for LBP - from rationale to inconvenient truth	The European Journal of Medical Sciences	N'est pas une revue systématique ou GPC
Becker	2013	Back pain in adults	Primary Care : Clinics in Office Practice	Méthodes non systématiques
Costandi	2015	Lumbar spinal stenosis : Therapeutic options Review	World Institute of Pain	Méthodes ne sont pas claires
Distel	2011	Prolotherapy : a clinical review of its role in treating chronic musculoskeletal pain	The American Academy of Physical Medicine and rehabilitation	Sujet ne porte pas sur les infiltrations de corticostéroïdes
D'Orazio	2015	Spine epidural and sacroiliac joints injections - when and how to perform	European Journal of Radiology	N'est pas une revue systématique ou GPC
Foster	2018	Prevention and treatment of low back pain : evidence, challenges, and promising directions	The Lancet	Méthodes ne sont pas claires
Fritzler	2011	Placebo response to interventional pain procedures and effect on patient outcome	Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management	Méthodes ne sont pas claires
Goodman	2014	Intradiscal steroids : a viable treatment for low back pain?	the American Academy of Physical Medicine and rehabilitation	N'est pas une revue systématique ou GPC
Grewal	2012	Nonsurgical interventions for low back pain	Primary Care : Clinics in Office Practice	N'est pas une revue systématique ou GPC

Bovaira-Forner	2014	Epidural Complications and troubleshooting	Techniques in regional Anesthesia and Pain Management	Méthodes ne sont pas claires
Bicket	2013	Epidural injections for spinal pain: A systematic review and meta-analysis evaluating the "control" injections in RCTs	Anesthesiology	N'inclus pas les résultats recherchés
Bykowski	2012	Role of facet joints in spine pain and image-guided treatment : a review	AJNR American Journal of NeuroRadiology	N'est pas une revue systématique ou GPC
Chaparro	2013	Opioids compared to placebo or other treatments for chronic low-back pain	Cochrane Database of Systematic Reviews	Ne porte pas sur les infiltrations de corticostéroïdes
Chua	2011	Pulsed radiofrequency treatment in interventional pain management	Acta Neurochirurgica	N'est pas sur la douleur lombosacrée
Chung	2013	Drug therapy for the treatment of chronic non-specific low-back pain	Pain Physician	Ne porte pas sur les infiltrations de corticostéroïdes
Datta	2013	Diagnostic utility of selective nerve root blocks in the diagnosis of lumbosacral radicular pain	Pain Physician	Porte sur les infiltrations diagnostiques
Epstein	2013	The risks of epidural and transforaminal steroid injections in the spine	Surgical Neurology International	N'est pas une revue systématique ou GPC
Falco	2012	An update of the systematic assessment of the diagnostic accuracy of lumbar facet joint nerve blocks	Pain Physician	Porte sur les infiltrations diagnostiques
Filippiadis	2015	A review of percutaneous techniques for low back pain and neuralgia	British Journal of Radiology	N'est pas une revue systématique ou GPC
Holm	2017	Symptomatic lumbosacral transitional vertebra : a review of the current literature and clinical outcomes following steroid injection or surgical intervention	SICOT J	Condition médicale ne fait pas partie de celles incluses
Hooten	2015	Evaluation and treatment of low back pain : a clinically focused review for	Mayo Clinic Proceedings	N'est pas une revue systématique ou GPC

		primary care specialists		
Maas	2015	Intraarticular facet injections for low back pain : design considerations, consensus methodology to develop the protocol for an RCT	Pain Physician	Protocol
McIntosh	2011	Low back pain (acute)	Clinical Evidence (BMJ)	Ne porte pas sur les infiltrations de corticostéroïdes
Stochkendahl	2018	National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain and lumbar radiculopathy	European Spine Journal	Ne porte pas sur la douleur chronique
Maddali	2017	Anatomical Complications of Epidural Anesthesia : a comprehensive review	Clinical Anatomy	N'est pas une revue systématique ou GPC
Chou	2018	The Global Spine Care Initiative: applying evidence-based guidelines on the non-invasive management of back and neck pain to low - and middle-income communities	European Spine Journal	N'est pas une revue systématique ou GPC
Benoist	2012	Epidural steroid injections in the management of low-back pain with radiculopathy : an update of their efficacy and safety	European Spine Journal	N'est pas une revue systématique ou GPC
Wittenberg	2015			Mêmes données qu'ETMI AHRQ 2015 (doublon)
CADTH	2011	Facet joint injection as diagnostic and therapeutic tools for pain of the cervical and lumbar spine : a review of clinical and cost-effectiveness	Canadian Agency for Drugs and Technology in Health website	Ne distingue pas entre douleur chronique et aiguë

Zhai	2015, 2017	Epidural Injection with or without steroid in managing chronic low-back and lower extremity pain : a meta-analysis of 10 randomized controlled trials	International Journal of Clinical and Experimental Medicine	Mêmes études dans deux revues différentes, faible qualité
Wu	2016	Effectiveness of Ultrasound-guided versus fluoroscopy or CT Scanning guidance in lumbar facet joint injections in adults with facet joint syndrome : a meta-analysis of controlled trials	Archives of Physical Medicine et Rehabilitation	Faible qualité
Meng	2015	Epidural injection with or without steroid in managing chronic low-back pain secondary to lumbar spinal stenosis : a meta-analysis of 13 randomized controlled trials	Drug Design, Development and Therapy	Faible qualité
Liu	2015	Steroid for epidural injection in spinal stenosis : a systematic review and meta-analysis	Drug Design, Development and Therapy	Faible qualité
Vorobeychik	2016	The Effectiveness and risks of non-image-guided lumbar interlaminar epidural steroid injections : A systematic review with comprehensive analysis of the published data	Pain Medicine	Faible qualité
Bhatti	2016	Role of epidural injections to prevent surgical intervention in patients with chronic sciatica : a systematic review and Meta-analysis	Cureus	Qualité très faible
Chou	2015	Epidural Corticosteroid Injections for radiculopathy and spinal stenosis	Annals of internal medicine	Mêmes données qu'ETMI AHRQ 2015
Guo	2017	A Comparison of the efficacy and tolerability of the treatments for sciatica: a network meta-analysis	Annals of Pharmacotherapy	Qualité très faible
Bicket	2016	The Best-laid plans of «black mice» and Men : a case report and literature review	Pain Physician	Qualité très faible

		of episacroiliac lipoma		
Mehta	2017	Systematic Review of the Efficacy of Particulate versus nonparticulate corticosteroids in epidural injections	PMR	Ne distingue pas entre douleur chronique et aigüe
Bicket	2015	Epidural injections in prevention of surgery for spinal pain : systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	Spine Journal	Ne distingue pas entre douleur chronique et aigüe
Manchikanti	2015	A systematic review and best evidence synthesis of effectiveness of therapeutic facet joint interventions in managing chronic spinal pain	Pain Physician	Mêmes données que Manchikanti 2015 (doublon)
Beynon	2013	The diagnostic utility and cost-effectiveness of selective nerve root blocks in patients considered for lumbar decompression surgery : a systematic review and economic model	National Institute for Health Research (NHS)	Porte sur les infiltrations diagnostiques

ANNEXE VII

REVUE SYSTÉMATIQUE SUR L'EFFICACITÉ ET LA SÉCURITÉ DES INFILTRATIONS DE CORTICOSTÉROÏDES POUR LA DOULEUR CHRONIQUE LOMBOSACRÉE : QUALITÉ DES ARTICLES INCLUS

Nous n'incluons pas ici les évaluations de la qualité des articles déjà présentés dans le deuxième volume de ce rapport; c'est-à-dire les guides de pratique clinique et les revues de guide de pratique clinique de la revue systématique sur les recommandations de traitements pour la douleur chronique lombosacrée.

Tableau 1 Évaluation AMSTAR 2

Auteur (date)	Q 1, 2, 3, 4	Q5, 6, 7, 8	Q9, 10, 11, 12	Q13, 14, 15, 16	Overall
Bicket (2016)	No, no, yes, partial yes	No, no, no, yes	No, no, n/a, n/a	No, no, n/a, yes	Très faible
Guo (2017)	Yes, no, yes, partial yes	Yes, yes, no, partial yes	No, no, no, no	No, no, yes, yes	Très faible
Harker & Acevedo (2016)	Yes, no, yes, partial yes	Yes, no, no, no	No, no, n/a, n/a	No, no, n/a, no	Très faible
Kaye (2015)	Yes, no, no, yes	Yes, yes, yes, yes	Yes, no, n/a, n/a	Yes, yes, n/a, yes	Modérée
Liu (2016)	Yes, no, yes, partial yes	No, yes, no, yes	Yes, no, yes, yes	Yes, yes, no, yes	Modérée
Liu (2015)	Yes, no, yes, partial yes	Yes, yes, no, yes	Yes, no, yes, yes	No, yes, yes, yes	Faible
Manchikanti (2016, #151)	Yes, no, yes, partial yes	Yes, no, yes, yes	Yes, no, n/a, n/a	Yes, yes, n/a, yes	Modérée
Manchikanti (2016, #160)	Yes, no, yes, yes	Yes, yes, no, yes	Yes, no, n/a, n/a	Yes, yes, n/a, yes	Modérée
Manchikanti (2015, #163)	Yes, no, yes, partial yes	Yes, yes, partial yes, yes	Yes, no, n/a, n/a	Yes, yes, n/a, yes	Modérée
Manchikanti (2016, #164)	Yes, no, yes, yes	Yes, yes, no, yes	Yes, no, yes, yes	Yes, no, no, yes	Modérée
Manchikanti (2015, #166)	Yes, no, yes, partial yes	Yes, yes, partial yes, partial yes	Yes, no, n/a, n/a	Yes, yes, n/a, no	Modérée
Manchikanti (2015, #168)	Yes, no, yes, partial yes	Yes, no, partial yes, yes	Yes, no, n/a, n/a	Yes, yes, n/a, yes	Modérée
Meng (2015)	Yes, no, yes, partial yes	Yes, yes, no, partial yes	Yes, no, no, yes	Yes, no, yes, yes	Faible
Steffens (2016)	Yes, yes, yes, yes	Yes, yes, yes, yes	Yes, no, n/a, n/a	Yes, yes, n/a, yes	Modérée

Vekaria (2016)	Yes, yes, no, yes	Yes, yes, yes, yes	Yes, yes, n/a, n/a	Yes, yes, n/a, yes	Modérée
Vorobeychik (2016)	Yes, no, yes, no	Yes, no, yes, yes	Yes, no, n/a, n/a	Yes, yes, n/a, no	Faible
Wei (2016)	Yes, no, yes, partial yes	Yes, yes, no, partial yes	Yes, no, no, no	Yes, yes, no, yes	Faible
Wu (2016)	Yes, no, yes, partial yes	Yes, yes, no, partial yes	Yes, no, yes, no	No, no, no, yes	Faible
Zhai (2017)	Yes, no, yes, partial yes	Yes, yes, no, partial yes	Yes, no, yes, yes	No, no, yes, yes	Faible
Bhatti (2016)	No, no, yes, partial yes	No, no, no, partial yes	No, no, n/a, n/a	No, no, n/a, yes	Très faible
Pountos (2016)	Yes, no, no, partial yes	Yes, no, no, yes	No, no, n/a, n/a	No, no, n/a, yes	Très faible

Tableau 2 Évaluation AGREE II

Auteur (date)	Bloc 1	Bloc 2	Bloc 3	Bloc 4	Bloc 5	Bloc 6
AHRQ (2015)	Q1 : 7 Q2 : 7 Q3 : 7	Q4 : 5 Q5 : 6 Q6 : 7	Q7 : 7 Q8 : 7 Q9 : 7 Q10 : 7 Q11 : 7 Q12 : 7 Q13 : 7 Q14 : 1	Q15 : 6 Q16 : 7 Q17 : 7	Q18 : 5 Q19 : 1 Q20 : 1 Q21 : 1	Q22 : 7 Q23 : 7
NASS (2013)	Q1 : 7 Q2 : 7 Q3 : 6	Q4 : 3 Q5 : 1 Q6 : 2	Q7 : 7 Q8 : 1 Q9 : 3 Q10 : 7 Q11 : 7 Q12 : 7 Q13 : 1 Q14 : 4	Q15 : 7 Q16 : 7 Q17 : 7	Q18 : 1 Q19 : 4 Q20 : 1 Q21 : 1	Q22 : 1 Q23 : 7

ANNEXE VIII

REVUE SYSTÉMATIQUE SUR L'EFFICACITÉ ET LA SÉCURITÉ DES INFILTRATIONS DE CORTICOSTÉROÏDES POUR LA DOULEUR CHRONIQUE LOMBOSACRÉE : RÉSULTATS DES DONNÉES PROBANTES DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Tableau 1 Infiltration épidurale pour radiculopathie

Sources	Données probantes	Commentaires
Recommandations des GPC	<ul style="list-style-type: none"> - Un GPC² avec données faibles conclut qu'il ne peut pas recommander et qu'il faut personnaliser les prescriptions. - Deux GPC^{25,26} concluent que l'infiltration périurale pourrait être bénéfique à court terme pour les patients souffrant de radiculopathie. - Un GPC²⁵ avec données faibles à modérées recommande fortement contre l'utilisation d'infiltrations périurales pour la douleur à long terme et non radiculaire. - Un GPC²³ avait une forte recommandation pour l'épidurale transforaminale pour une hernie discale. Le traitement peut être répété si récurrence de la douleur. <ul style="list-style-type: none"> o Faibles données que ce serait plus efficace pour la hernie contenue plutôt que racine nerveuse déplacée ou coincée; o Données modérées à faibles qu'il n'y a aucune différence entre corticostéroïdes avec ou sans anesthésiant; o Faibles données que l'approche transforaminale est supérieure aux deux autres; o Faibles données que l'efficacité est supérieure si les symptômes sont présents moins de 3 mois. - Un GPC²³ avait de faibles données rapporte que l'infiltration transforaminale peut diminuer le besoin de chirurgie de 1 à 5 ans après traitement. - Un GPC²³ n'avait pas de données suffisantes pour recommander l'infiltration pour une sténose spinale. 	Plusieurs GPC ne font pas la différence entre l'infiltration périurale pour différentes causes (c.-à-d. radiculaire ou non)

	- Une revue de GPC ³⁷ conclut que l'infiltration périurale peut être considérée.	
Résultats ETMI	<p><u>Données générales</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données modérées ne rapportent aucune différence de capacité fonctionnelle vs placebo et une différence du niveau de la seulement au suivi immédiat (pas de différence à court, moyen, long terme) - Des données faibles n'ont trouvé aucune différence entre le type de corticostéroïdes, les doses administrées, le type d'anesthésiant local, ni le nombre d'infiltrations obtenues. - 5/6 études n'ont trouvé aucune association entre la durée des symptômes et l'efficacité d'une périurale. - Données faibles à insuffisantes ne rapportent aucune association avec l'âge, le sexe, dépression, utilisation d'opioïdes, anormalités neurologiques, cause des symptômes radiculaires. - Données faibles rapportent que l'approche transforaminale est plus efficace que l'approche caudale. Aucune différence entre caudale et interlamellaire. - Aucune différence vs placebo (données qualité élevée) ou vs injection de clonidine épidurale (données de qualité faible) à diminuer le risque de chirurgie. - Il n'y avait pas de données suffisantes pour comparer avec les autres types de traitements. 	<p>Études avec contrôle actif (c.-à-d. anesthésiant seul vs anesthésiant plus corticostéroïdes) étaient considérées comme contrôle placebo. Cela mène à se questionner sur les analyses et conclusions.</p> <p>Les données primaires étaient très hétérogènes dans leurs méthodes.</p>
	<p><u>Hernie discale</u> :</p> <p>Aucune donnée spécifique.</p>	
	<p><u>Sténose spinale</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données faibles à modérées ne trouvent pas de différence vs placebo à court, moyen et long terme. - Données faibles ont des résultats mitigés : certaines voient une amélioration suivant des infiltrations (meilleure avec approche transforaminale vs interlamellaire), certaines ne démontrent pas de différence et certaines démontrent des effets négatifs; c.-à-d. moins de diminution de la douleur vs d'autres traitements (étanercept ou la procédure chirurgicale MILD). 	
Interprétations ETMI	- L'infiltration de corticostéroïdes peut être bénéfique pour la radiculopathie à court terme vs placebo. (N. B. Les effets n'ont pas atteint l'importance clinique minimale).	

	<ul style="list-style-type: none"> - Des données limitées rapportent un manque d'efficacité des infiltrations pour la sténose spinale. 	
<p>Résultats des RS</p> <p>Intervention jugée efficace avait au moins 50 % de réduction de la douleur dans au moins 50 % des patients et une amélioration d'au moins 50 % de la capacité fonctionnelle dans 40 % des patients.</p>	<p><u>Données générales :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Une RS³³ avec données modérées a trouvé un bénéfice des infiltrations caudale et interlamellaire. - Une RS³⁵ avec données faibles à modérées a obtenu des résultats mitigés sur l'association entre l'efficacité d'une infiltration et l'utilisation de résultats d'IRM. - Une RS³¹ avec données de qualité élevée a trouvé que l'infiltration lidocaïne seule ou lidocaïne avec stéroïdes avaient toutes deux des effets significatifs sur la douleur et capacité fonctionnelle à 12 mois et n'avaient pas de différence entre les effets à 3 mois de suivi. - Une RS³¹ n'a pas trouvé d'efficacité de l'infiltration épidurale de stéroïdes avec chlorure de sodium ou bupivacaïne. - Une RS³⁰ avec données modérées a trouvé que les épidurales caudales et interlamellaires d'anesthésiant local (lidocaïne) avec ou sans stéroïdes et administré sous fluoroscopie sont efficaces pour diminuer la douleur et améliorer la capacité fonctionnelle d'au moins 50 % pendant 24 mois (avec réinjection lorsque douleur revient. (L'approche interlamellaire a un taux de non-réponse moins élevé que l'approche caudale). - Une RS²⁹ avec qualité des données modérées à élevées n'a trouvé aucune différence dans l'efficacité de l'infiltration de stéroïdes avec anesthésiant local administrée par approche caudale ou transforaminale. (Cependant, l'approche transforaminale pourrait contenir plus de risque de traumatisme durant le placement de l'aiguille. L'approche caudale serait donc plus sécuritaire, mais requière plus de stéroïdes injectés). - Une RS³⁹ avec données élevées rapporte que les infiltrations caudales, interlamellaires et transforaminales sont efficaces pour améliorer la douleur et capacité fonctionnelle (voir commentaire 2). - Une RS³⁹ rapporte que malgré des données mitigées sur la supériorité d'infiltration avec anesthésiant local et stéroïdes vs anesthésiant seul, les données étaient plus nombreuses et de qualité plus élevée appuyant qu'il n'y ait pas de différence dans l'efficacité des deux approches. L'exception était lors des infiltrations interlamellaires pour une hernie discale (voir commentaire 2). <p><u>Hernie discale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Une RS³³ avec données modérées a trouvé que les infiltrations caudale, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les données primaires n'étaient pas rapportées, ce qui diminue la confiance en les résultats et conclusions. Certaines études incluses avaient un groupe de contrôle actif, mais qui était considéré comme placebo (c.-à-d. l'anesthésiant seul était considéré le contrôle) 2. Plusieurs des études incluses étaient du même auteur, qui était aussi le même auteur de la RS (Manchikanti)

	<p>transforaminale et interlamellaire sont efficaces a long-terme (plus de 6 mois). Les corticostéroïdes avec anesthésiants seraient supérieurs aux anesthésiants seuls (contrairement aux autres causes de lombalgie implication pour effets secondaires) (voir commentaire 1).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une RS³² avec données modérées à élevées a trouvé que l'épidurale caudale ou interlamellaire avec fluoroscopie étaient toutes fortement efficaces à court terme (moins de 6 mois) et de façon modérée à moyen terme (6-12 mois). Il y avait des résultats mitigés pour les infiltrations caudales et interlamellaires sans fluoroscopie. Les données pour les infiltrations transforaminales étaient de modérées à élevées, mais avaient des résultats mitigés quant à l'efficacité du traitement. - Une RS³⁹ rapporte que la hernie discale est la seule cause de lombalgie où l'infiltration d'anesthésiant avec stéroïde est supérieure à l'anesthésiant seul. 	
	<p><u>Sténose spinale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Une RS²⁸ avec données modérées rapporte que l'infiltration caudale et interlamellaire peut être efficace à long terme. Des données faibles rapportent que l'infiltration transforaminale peut être efficace à court terme. De plus, l'efficacité est démontrée pour anesthésiant (lidocaïne) avec ou sans stéroïde. - Une RS³³ avec données modérées supporte un effet bénéfique de l'infiltration épidurale caudale et interlamellaire. Données faibles supporte un effet bénéfique de l'infiltration épidurale transforaminale. Ce n'est pas clair si l'effet est similaire des corticostéroïdes avec ou sans anesthésiant local. (voir commentaire 1) 	
<p>Interprétations des RS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il pourrait y avoir un impact de l'infiltration caudale et interlamellaire sur la radiculopathie en général. - L'épidurale caudale et interlamellaire avec fluoroscopie est efficace pour la douleur résultant d'une hernie discale. Les données sont mitigées pour l'infiltration transforaminale. - L'infiltration épidurale de lidocaïne seule ou lidocaïne avec stéroïdes sont efficaces tandis que les stéroïdes avec chlorure de sodium ou bupivacaïne ne le sont pas. - Les résultats ne semblent pas supporter la supposition que l'effet thérapeutique des épiduraux est dû aux corticostéroïdes (sauf pour la hernie discale). - Les infiltrations caudale et interlamellaire sont efficaces de façon égale. 	

Tableau 2 Infiltration épidurale pour douleur non radiculaire

Sources	Données probantes	Commentaires
Recommandations des GPC	<ul style="list-style-type: none"> - Un GPC avec données faibles conclut qu'il ne peut pas recommander et qu'il faut personnaliser les prescriptions. - Un GPC avec données faibles à modérées recommande fortement contre l'utilisation à long terme et la douleur non radiculaire. - Une revue de GPC conclut que l'infiltration péridurale pourrait être considérée. 	Plusieurs GPC ne font pas la différence entre l'infiltration péridurale pour différentes causes (c.-à-d. radiculaire ou non).
Résultats ETMI	<ul style="list-style-type: none"> - Données faibles à modérées ne trouvent pas différence entre l'infiltration et placebo à court, moyen et long terme pour la douleur non radiculaire. - Données faibles ne rapportent aucun impact des infiltrations d'anesthésiant sur l'utilisation des services de santé. - Données faibles ne rapportent aucune différence de l'infiltration vs placebo pour le risque de chirurgie à long terme. - Données faibles ne rapportent aucune différence entre le methyprednisolone et triamcinolone à 6 mois. - Données faibles ne trouvent pas de différence entre l'utilisation d'une IRM ou non. - Données faibles ne trouvent pas de différence entre la fluoroscopie avec ou sans Doppler. - Il n'y avait pas de données suffisantes pour comparer avec les autres types de traitements. 	Études avec contrôle actif (c.-à-d. anesthésiant seul vs anesthésiant plus corticostéroïdes) étaient considérées comme contrôle placebo. Cela mène à se questionner sur les analyses et conclusions. Les données primaires étaient très hétérogènes dans leurs méthodes.
Interprétations ETMI	Des données limitées rapportent un manque d'efficacité des infiltrations pour la sténose spinale et la douleur non radiculaire. L'administration d'une ou de multiples injections ne semble pas avoir d'impact sur l'efficacité.	
Résultats des RS	Aucune RS	
Interprétations des RS	Aucune RS	

Tableau 3 Infiltration facettaire

Sources	Données probantes	Commentaires
Recommandations des GPC	Conclusions mitigées : un guide avec qualité de données faible à très faible mentionne qu'il faut personnaliser la prescription, un autre avec qualité de données faible recommande faiblement contre l'infiltration facettaire et le dernier n'a pas suffisamment de données pour émettre une recommandation. Une revue de GPC conclut que ce type d'infiltration n'est pas recommandé.	
Résultats ETMI	Les données sont faibles à insuffisantes et n'ont trouvé aucune différence entre les infiltrations facettaires de corticostéroïdes et les anesthésiants locaux, saline, les injections de corticostéroïdes intramusculaires, l'acide hyaluronique sur la capacité fonctionnelle, la douleur et la qualité de vie entre 1 et 24 mois de suivi.	Les données primaires étaient très hétérogènes dans leurs méthodes.
Interprétations ETMI	Absence de données probantes claires qui puissent supporter un effet bénéfique des infiltrations facettaires supérieur au placebo.	
Résultats des RS (intervention jugée efficace avait au moins 50 % de réduction de la douleur dans au moins 50 % des patients et une amélioration d'au moins 50 % de la capacité fonctionnelle dans 40 % des patients).	<ul style="list-style-type: none"> - Une RS³⁶ avec données faibles à modérées n'a pas trouvé d'effet de l'infiltration facettaire intra-articulaire sur la douleur ou la capacité fonctionnelle dans aucune des études incluses. - Une RS³⁹ avec données élevées rapporte que les infiltrations de corticostéroïdes intra-articulaires sont tout aussi inefficaces que les infiltrations de corticostéroïdes avec anesthésiant ou le chlorure de sodium. - Une RS³⁴ avec données modérées à élevées rapporte des résultats mitigés avec 3 études randomisées de qualité élevée ayant trouvé un effet bénéfique entre 3 et 6 mois de suivi et 2 études randomisées de qualité modérée n'ayant trouvé aucun effet. 	
Interprétations des RS	<ul style="list-style-type: none"> - Les résultats ne sont pas convaincants considérant les écarts entre les résultats inclus. - Les infiltrations facettaires n'ont pas d'effet sur la réduction de la douleur et l'amélioration de la capacité fonctionnelle. 	

Tableau 4 Bloc de nerf médial facettaire

Sources	Données probantes	Commentaires
Recommandations des GPC	Absence de données suffisantes pour pouvoir émettre une recommandation sur ce type d'infiltration.	

<p>Résultats des RS (intervention jugée efficace avait au moins 50 % de réduction de la douleur dans au moins 50 % des patients et une amélioration d'au moins 50 % de la capacité fonctionnelle dans 40 % des patients).</p>	<p>Les 5 études primaires ont trouvé les blocs de nerfs facettaires bénéfiques. 4 études de qualité élevée ont trouvé que 69-92 % des patients avaient une amélioration continue jusqu'à 1-2 an. Une étude spécifique que les patients obtenaient entre 5 et 6 infiltrations au cours de ces deux ans. Cette même étude a trouvé que 95 % des patients recevant un anesthésiant local avec corticostéroïdes avaient une amélioration vs 85 % de ceux recevant seulement un anesthésiant local.</p>	
<p>Interprétations des RS</p>	<p>Données probantes de bonne qualité appuyant le bloc de nerf médial facettai pour une amélioration de la condition de plus de 6 mois.</p>	

Tableau 5 Infiltration sacro-iliaque

Sources	Données probantes	Commentaires
<p>Recommandations des GPC</p>	<p>Deux GPC avec qualité de données très faible n'avaient pas suffisamment de données pour pouvoir émettre une recommandation sur ce type d'infiltration.</p>	
<p>Résultats ETMI</p>	<p>Une ETMI pour AHRQ (2015)⁷ n'avait pas suffisamment de données probantes pour déterminer l'efficacité des infiltrations sacro-iliaques, ni la différence d'efficacité entre les infiltrations de corticostéroïdes ou les infiltrations d'anesthésiants locaux seuls.</p>	

ANNEXE IX

RÉSULTATS DU CHOIX EXPÉRIMENTAL DISCRET (DISCRETE CHOICE EXPERIMENT, DCE)

Tableau 1 Attributs et niveaux utilisés pour le sondage

Caractéristique/attribut	Niveaux
Modalité de traitement	<p>Infiltration cortisonée</p> <p>Activités physiques supervisées de type corps-esprit (ex. Yoga, Tai-Chi, Pilate)</p> <p>Activités physiques supervisées de type sportif (ex. marche active, natation, vélo, musculation, cross-fit)</p> <p>Manipulations physiques (ex. chiropractie, physiothérapie, ergothérapie, kinésithérapie)</p> <p>Cours d'autogestion(ex. médicaments, autohypnose, techniques de respiration, relaxation)</p> <p>Psychothérapie (ex. thérapie cognitivo-comportementale, choc post-traumatique, relaxation musculaire progressive, approche motivationnelle)</p>
Réduction de la douleur	<p>Réduction nulle à très légère</p> <p>Réduction légère</p> <p>Réduction de moitié</p> <p>Aucune douleur</p>
Délai avant que le traitement ne fonctionne	<p>1 mois</p> <p>6 mois</p> <p>12 mois</p>
Durée de l'efficacité	<p>Efficace pendant 2 mois</p> <p>Efficace pendant 6 mois</p> <p>Efficace pendant 12 mois</p>
Difficultés dans les activités quotidiennes	<p>Autant de difficultés qu'avant</p> <p>Moins de difficultés qu'avant</p> <p>Aucune difficulté</p>

Problèmes de sommeil	Autant de problèmes qu'avant Moins de problèmes qu'avant Aucun problème
Connaissance de son corps et de la localisation de la douleur	Même connaissance qu'avant Connaissance un peu meilleure qu'avant Bien meilleure connaissance qu'avant

Tableau 2 Préférences des attributs

Niveaux des attributs	Utilité Logit	Utilité HB	Utilité CL
Infiltrations de corticostéroïdes	-76,25	-52,18	-63,54
Activités physiques supervisées de type corps-esprit	35,61	23,30	24,94
Activités physiques supervisées de type sportif	18,51	6,15	20,84
Manipulations physiques	79,61	52,57	59,39
Cours d'autogestion	27,50	21,47	20,62
Psychothérapie	-84,99	-51,31	-62,24
Réduction nulle à très légère	-103,30	-61,18	-69,92
Réduction légère	-31,44	-16,69	-18,81
Réduction de moitié	49,44	33,67	40,25
Aucune douleur	85,30	44,19	48,48
1 mois	23,25	12,97	16,29
6 mois	7,89	7,18	3,76
12 mois	-31,15	-20,15	-20,05
Efficace pendant 2 mois	-42,57	-26,61	-24,75
Efficace pendant 6 mois	-1,53	1,83	-2,43

Efficace pendant 12 mois	44,10	24,78	27,17
Autant de difficultés qu'avant	-67,37	-42,64	-45,61
Moins de difficultés qu'avant	27,18	17,30	18,97
Aucune difficulté	40,19	25,33	26,64
Autant de problèmes qu'avant	-42,03	-25,25	-24,71
Moins de problèmes qu'avant	21,22	14,45	18,70
Aucun problème	20,81	10,79	6,00
Même connaissance qu'avant	-16,94	-8,74	-11,36
Connaissance un peu meilleure qu'avant	-1,04	-1,86	1,86
Bien meilleure connaissance qu'avant	17,98	10,59	9,50
Aucun traitement choisi	-110,63	-45,63	-129,97
Importance relative des attributs	Logit	HB	CL
Modalité de traitement	23,51	34,79	36,06
Réduction de la douleur	26,94	18,73	20,43
Délai avant que le traitement ne fonctionne	7,77	8,60	6,65
Durée de l'efficacité	12,38	10,06	9,96
Difficultés dans les activités quotidiennes	15,37	11,71	11,40
Problèmes de sommeil	9,04	10,05	10,07
Connaissance de son corps et de la localisation de la douleur	4,99	6,06	5,43

Tableau 3 – Résultats de l'analyse en classes latentes

Méthode d'estimation en classes latentes : détails pour les groupes identifiés						
Groupes	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5	Groupe 6
Taille du groupe	12,6 %	14,1 %	10,6 %	15,7 %	34,9 %	12 %
Utilités standardisées associées aux traitements						
Infiltrations de corticostéroïdes	98,32	-322,34	148,46	-3,90	-159,76	99,49
Activités physiques supervisées de type corps-esprit	-35,28	141,11	-43,22	-12,99	54,71	-31,82
Activités physiques supervisées de type sportif	75,37	46,56	-175,12	10,47	39,84	83,49
Manipulations physiques	42,70	82,24	-5,56	93,21	60,74	21,29
Cours d'autogestion	-52,13	124,36	29,80	-39,60	29,61	7,70
Psychothérapie	-129,00	-71,93	45,66	-47,20	-25,16	-180,16
Importance relative des attributs (%)						
Modalité de traitement	32,47	66,21	46,23	20,06	31,50	39,95
Réduction de la douleur	6,40	10,97	22,85	22,87	28,87	12,28
Délai avant que le traitement ne fonctionne	14,10	3,09	7,09	9,87	6,01	0,40
Durée de l'efficacité	9,28	7,37	4,53	11,29	10,54	11,92
Difficultés dans les activités quotidiennes	17,99	2,45	8,94	17,08	11,66	4,28
Problèmes de sommeil	8,18	5,74	6,19	14,68	8,01	20,43
Connaissances de son corps et de la localisation de la douleur	11,58	4,17	4,17	4,16	3,41	10,74
Note : un score négatif indique un rejet du traitement, tandis qu'un score positif indique une préférence pour le traitement. Une valeur proche de zéro indique une absence de préférence; plus la valeur est éloignée de zéro, plus la préférence est grande.						

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 

