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



VOLUME 2 : AUTRES MODALITÉS DE TRAITEMENT

RAPPORT D'ÉTAT DES CONNAISSANCES



©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 2 : AUTRES MODALITÉS DE TRAITEMENT

RAPPORT D'ÉTAT DES CONNAISSANCES

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

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 : marieeve.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, 72 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 mode d'intervention (ETMI) en santé et en 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.

La présente section est constituée d'une recension systématique des guides de pratique clinique les plus récents sur les modalités de traitement pour la douleur chronique lombosacrée ainsi qu'une revue systématique sur les préférences des patients sur ces modalités de traitement. On y retrouve également les données contextuelles provenant d'une enquête provinciale sur les préférences thérapeutiques des patients, ainsi que des savoirs expérientiels des membres de notre comité consultatif sur l'accessibilité aux traitements et la disponibilité de diverses ressources. Cette seconde section n'a pas fait l'objet d'un processus d'élaboration de recommandations pour des raisons méthodologiques, nos échéanciers de production ne nous permettant pas de valider les contenus des études sur lesquelles sont basés ces guides, ni de réaliser un exercice approfondi de contextualisation et d'adaptation de ces guides pour les besoins de nos patients et des professionnels en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Cette seconde partie ne présente donc que des pistes de réflexion et des conclusions qui pourront, nous l'espérons, alimenter les divers sous-groupes de travail du comité d'animation de la trajectoire, comme source d'information et de réflexion.



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 de 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 (DCMU), 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 Intérimaire du département d'imagerie, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Louis 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 d'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, UETMISSS, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Isabelle Latulippe	Technicienne en administration, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

ORIENTATION ET RÉVISION SCIENTIFIQUE

Pierre Dagenais	Directeur scientifique de 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, Direction de la coordination de la mission universitaire, CIUSSS de l'Estrie – CHUS (jusqu'à 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 médical, 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	ii
AVANT-PROPOS	iii
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.....	2
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 Traitements disponibles pour la lombalgie chronique au CIUSSS de l'Estrie - CHUS.....	15
2.6.3 Perspectives et valeurs éthiques des parties prenantes.....	15
2.7 Triangulation	15
2.8 Processus de formulation des conclusions	16
3. RÉSULTATS	17
3.1 Revue systématique sur les recommandations de traitements 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 des données probantes	18
3.1.4 Analyse des données probantes.....	18

3.2	Autres recommandations actuelles pertinentes	20
3.3	Options thérapeutiques dans le CIUSSS de l’Estrie – CHUS	22
3.3.1	Ressources de soutien	22
3.4	Préférences des patients	23
3.4.1	Résultats de la littérature.....	23
3.4.2	Choix expérimental discret.....	23
3.4.2.1	Caractéristiques socioéconomiques	23
3.4.2.1	Préférences	24
3.5	Valeurs des parties prenantes.....	25
3.6	Couverture assurance maladie et accessibilité aux soins.....	26
3.7	Triangulation et consensus.....	27
4	DISCUSSION.....	32
5	CONCLUSION	37
	RÉFÉRENCES	38
	ANNEXE I.....	44
	ANNEXE II.....	45
	ANNEXE III.....	45
	ANNEXE IV	50
	ANNEXE V	53
	ANNEXE VI	57
	ANNEXE VII	59
	ANNEXE VIII	65
	ANNEXE IX	68

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	Hiérarchique 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 en santé et services sociaux (ETMI) après le constat de délais important pour accéder aux infiltrations de corticostéroïdes pour les patients souffrant de douleur chronique. Il a été décidé de dédier une première ETMI aux diverses options thérapeutiques et de prise en charge de 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 deuxième volume porte sur le volet «autres modalités de traitement».

Objectifs - Les objectifs de ce volet d'ETMI étaient de présenter une recension des recommandations existantes sur les modalités de traitement autres que les infiltrations de corticostéroïdes pour la douleur chronique lombosacrée, d'identifier les caractéristiques des patients qui bénéficient de chaque option de traitement, et de présenter les options de prise en charge pertinentes dans le contexte du Centre intégré universitaire en santé et en services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS).

Méthodologie - Cette ETMI a inclus deux revues systématiques de la littérature : la première sur les recommandations rapportées dans les guides de pratique clinique et la deuxième sur les préférences thérapeutiques des patients souffrant de douleur chronique lombosacrée. De plus, un exercice de choix discret (DCE) a été entrepris pour identifier les préférences de traitements des patients au Québec. Les données expérientielles à travers des discussions semi-dirigées avec diverses parties prenantes et une analyse des enjeux bioéthiques tenant compte des valeurs des parties prenantes par rapport à l'accessibilité et la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique ont aussi été incluses. Finalement, nous rapportons aussi les diverses ressources de soutien disponibles aux patients dans la région sociosanitaire de l'Estrie ainsi que les résultats d'enquêtes canadiennes sur la couverture d'assurance maladie et l'accessibilité aux soins et services. Nous avons appliqué une lentille équité à l'entièreté du projet; notamment à l'extraction et à l'analyse des données où nous avons cherché à identifier et comprendre les écarts entre données originales et résultats de la littérature.

Résultats – À la suite de l'élaboration du sommaire de recommandations pour les autres traitements, il est devenu évident qu'il existe plus de consensus sur l'efficacité et la sécurité des traitements non pharmacologiques que sur les traitements pharmacologiques. En l'occurrence, ces premiers traitements sont très peu accessibles dans le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et sont principalement disponibles dans le secteur privé, tandis que les seconds sont généralement couverts par le régime public (ou privé) d'assurance médicaments. Ceci soulève des préoccupations importantes sur l'équité d'accessibilité selon le statut socio-économique et la distance géographique du patient par rapport aux points de services. Nous suggérons conséquemment d'assurer l'accessibilité à plusieurs de ces traitements et de soutenir les activités déjà entreprises dans le réseau à cet effet. Il est à noter que certains traitements font consensus dans ces GPC comme étant à éviter. Ce sont : les

corticostéroïdes systémiques et les relaxants musculaires ainsi que la thérapie électrothermique intradiscale et la rétroaction biologique.

En dernier lieu, nous suggérons de faciliter le cheminement du patient dans son parcours de soins par un système coordonné de prise en charge partagée ainsi que de considérer les enjeux d'accessibilité des minorités linguistiques et ethniques sur notre territoire. Enfin, un plan de communications coordonné serait bénéfique pour toutes les parties prenantes, incluant les usagers.

Conclusion - Ce deuxième volet présente des suggestions sur les modalités de traitements à considérer et des pistes de réflexion sur les modalités de prise en charge selon les recommandations déjà existantes dans les guides et les réalités du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Des ETMI approfondies sur les diverses modalités pourraient être entreprises. Ceci permettrait d'évaluer de façon plus détaillée la pertinence de ces modalités, notamment celles qui demeurent fréquemment utilisées dans le réseau malgré un manque de consensus, telles que la neurostimulation transépidermique (TENS) et l'ablation du nerf par radiofréquences. La mise en place de ces pistes de réflexion pourrait représenter un travail de longue haleine qui pourrait résulter dans des changements significatifs de certaines pratiques professionnelles. Ces éventuels changements reposeront sur les travaux des sous-comités du CAT dont les réflexions seront alimentées par nos travaux. Pour bien assurer ce transfert de connaissances, une courtière de connaissances impliquée dès le début des travaux d'ETMI assurera un soutien au CAT tout au long de ses travaux.

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 complete a revue of existing recommendations on the treatment options other than corticosteroid injections for chronic low back pain (excluding surgery), identify the characteristics of patients benefiting from the treatments, and present relevant patient care options.

Methodology - This HTA included two systematic reviews: the first was on the recommendations included in clinical practice guidelines for the management of chronic low back pain and the second was on treatment preferences of patients suffering with chronic low back pain. Additionally, a discrete choice experiment was undertaken to identify patient treatment preferences in Quebec. Experiential stakeholder data collected through semi-structured discussions and an analysis of bioethical considerations while accounting for stakeholder values on treatment accessibility and care options were also included. Finally, we listed the different support resources available to patients in the Estrie region as well as considered the results of Canadian surveys on health insurance coverage and accessibility to health care services. We applied an equity lens to the entire project, notably to the data extraction and analysis where we aimed to identify and understand differential outcomes.

Results - Following the completion of the summary of recommendations on other treatment modalities for chronic low back pain, it became evident that greater consensus exists on the efficacy and safety of non-pharmacological treatments than on pharmacological ones. The former remains however not easily accessible in the CIUSSS de l'Estrie – CHUS and are mainly available through the private sector. The latter are generally covered by the public (or private) drug insurance plans. This raises important concerns about the potential inequities of accessibility to treatment according to a patient's socioeconomic status and geographical location. We therefore suggest to ensure accessibility to several of these treatment modalities and to support the activities already undertaken within the healthcare network to this effect. It is worth noting that there is a consensus on certain treatments to avoid. These are: systemic corticosteroids and muscular relaxants, as well as biofeedback and intradiscal electrothermal therapy.

We additionally suggest facilitating the patient capacity to navigate the healthcare system via a coordinated care system which incorporates shared decision-making, as well as considering particular accessibility issues encountered by linguistic and ethnic minorities on our territory. Lastly, a coordinated communication strategy might be beneficial to all stakeholders, including the healthcare system users.

Conclusion - This second component provides suggestions on treatment options to consider and thoughts on patient care options based on existing recommendations and the realities of the CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Complete HTAs on various treatments could also be undertaken. This would allow a more in depth evaluation of the relevance of these treatment modalities; notably those which remain highly used, such as transepidermic neurostimulation and facet radiofrequency ablation. The uptake of these suggestions into practice will require continuous work and significant changes in the system and the practice of health care professionals. These changes will depend on the endeavours of the CAT's sub-committee based on our work. For this reason, a knowledge translator has been involved in the undertaking of the HTA since the beginning and will continue to support the CAT.

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. De tels enjeux sont également observés pour les autres modalités de prise en charge, comme la physiothérapie. Des questions sur la pertinence de certaines pratiques sont aussi évoquées. Notamment, quels sont les meilleures interventions à prescrire, leurs fréquences et les délais entre ceux-ci?

Le Comité d'animation de la trajectoire (CAT) maladies chroniques musculosquelettiques et douleur chronique a demandé à l'UETMISSS de réaliser une évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (ETMI) 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 l'exercice de cadrage et les discussions au sein du CAT ont mené à un questionnement sur les autres modalités de traitements adéquates à la gestion de la douleur chronique lombosacrée ainsi que les modalités de prise en charge 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 inéquités 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 fait 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 lorsque l'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 subaigüe 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 aigüe 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^{7,1}. 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^{1,7,12}. 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 : benzodiazépines, cyclobenzaprine), (3) corticostéroïdes systémiques (4) opioïdes (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 épidural, 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, en support aux préoccupations soulevées par le CAT, 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. Le présent volume concerne donc les autres modalités de traitement.

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 ce 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 deuxième volume porte cependant sur les travaux et résultats liés aux questions 3 et 4.

Dimensions efficacité et sécurité

Question 1 : Quelles sont l'efficacité et la sécurité des infiltrations de corticostéroïdes 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 autres 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 musculosquelettiques 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'influçant mutuellement, dont le contexte où se situe le projet, les processus utilisés et le contenu des éléments d'analyse gravitant 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 et pistes de réflexion 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 nous 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 conclusions :

- 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.
- b. Nous avons inclus des recommandations qui tiennent compte des iniquités d'accessibilité géographique selon la distribution des plateaux techniques.

4. Phase de transfert de connaissances et implantation :

- a. Une courtière de connaissances est responsable de cette phase. Elle inclura des patients parmi les parties prenantes.

5. Phase d'évaluation :

- a. L'évaluation de l'implantation des recommandations sera prise en charge par le CAT.

2.5 Recension des écrits

Pour le volet «autres modalités de traitement», nous avons entrepris une revue systématique des recommandations actuelles dans les guides de pratique clinique 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 autres traitements a inclus les revues systématiques de guides de pratique clinique et les 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

Autres : - ne pas spécifier étant donné qu'on veut tous les traitements (inclus radio-ablation).

Traitements exclus : chirurgie, surgery

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 de guides de pratique clinique, 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: toute publication autre que revue de guide de pratique clinique ou guide de pratique clinique.

3. Sélection des références pertinentes

Pour ce volet, une auteure (MB) a complété la sélection des articles. 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 furent 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. ETMIQuébec;
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. Pour ce volet, une auteure (MB) a extrait les mesures de résultats suivantes à partir d'une grille d'extraction :

- Définition de douleur lombaire;
- Définition de douleur chronique ;
- Type de traitements recommandés (vs traitements non recommandés et recommandés avec vigilance/condition);
- Type de patient (étiologie, nature de la douleur, etc.);
- Dose des traitements recommandés;
- Commentaires sur la cohérence des effets sur la douleur et la fonction dans les données primaires;
- Longueur du suivi des données primaires;
- Référence aux mesures de résultats rapportés par les patients (patients reported outcomes measures (PROMS));
- Référence à la participation des patients;
- Commentaires ou éléments d'analyse sur l'iniquité en santé;
- Données sur le système.

Évaluation de la qualité des données et de la littérature

L'évaluation de la qualité de revues systématiques peut se faire à l'aide de l'outil AMSTAR2²¹. Cet outil contient 16 questions sur les différents aspects de développement méthodologiques et le rapport de la revue. Cet outil a cependant été développé pour évaluer les revues systématiques d'efficacité d'une intervention.

De ce fait, certains domaines de l'outil n'étaient pas pertinents pour les revues systématiques de GPC. Nous avons donc modifié ces domaines afin que ceux-ci soient plus pertinents pour les revues systématiques de GPC. Notamment, nous n'avons pas inclus de questions sur le risque de biais des études primaires incluses, nous posons une question sur la combinaison des résultats de GPC au lieu de la combinaison statistique et nous ne posons pas les questions portant sur les méta-analyses, puisque celles-ci ne sont pas utilisées pour résumer des recommandations. Conséquemment, l'évaluation pour les revues systématiques de GPC comprenait 13 questions au total.

La qualité des guides de pratiques cliniques a été évaluée par MB 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-éditorial. 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 de traitement (pharmacologique, non pharmacologique, invasif).

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 par 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 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 3 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 générées 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 6 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 Traitements disponibles pour la lombalgie chronique au CIUSSS de l'Estrie – CHUS

En collaboration avec le Groupe de travail de support à la première ligne, nous avons obtenu des gestionnaires responsables une liste des différents traitements et ressources complémentaires disponibles au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Les options thérapeutiques disponibles dans le réseau sont décrites alors que la liste des ressources complémentaires est disponible dans l'annexe VIII.

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 d'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 et leur mise en perspective par rapport aux 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 pistes de réflexion 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 Processus de formulation des conclusions

Des suggestions préliminaires ont été élaborées par l'auteure principale selon les données collectées. Ces suggestions étaient catégorisées selon leur thématique : les modalités de traitements autres que l'infiltration ou l'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 conclusions 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 suggestions et pistes de réflexion préliminaires en deux rondes sur la plateforme Survey Monkey. Les suggestions et conclusions finales ont été distribuées une dernière fois aux membres du comité consultatif pour une dernière validation.

3. RÉSULTATS

3.1 Revue systématique sur les recommandations de traitements pour la douleur chronique lombosacrée

3.1.1 Résultats de la recherche de la littérature

La recherche de la littérature a identifié 2206 articles issus des bases de données et 11 articles de la littérature grise. Après suppression des doublons, 11 revues systématiques de GPC et 33 GPC ont été retenus. Sept revues de GPC et 30 GPC ont été exclus avec raison, selon les critères d'inclusion et d'exclusion. La liste des articles exclus avec raison ainsi que le diagramme de flux PRISMA se trouve en annexe V. Il est à noter que plusieurs guides ont dû être exclus parce qu'ils ne distinguaient pas la distinction entre les traitements pour la douleur lombaire aiguë et ceux de la douleur chronique. Nous avons donc inclus trois revues systématiques de guides de pratique clinique (GPC)²³⁻²⁵ de qualité moyenne (qui incluaient un total de 28 guides de pratique clinique, dont 5 étaient publiés après 2011). Nous avons considéré les conclusions globales des revues de guides de pratique clinique ainsi que les résultats individuels des guides publiés après 2011, en cohérence avec notre stratégie de recherche et pour assurer que les données considérées soient récentes. Trois guides de pratique clinique^{8,26,27} additionnels publiés après 2015 ont aussi été inclus. Ceux-ci étaient tous de qualité élevée. Les revues et guides de qualité moindre à moyenne étaient exclus. Les résultats des évaluations de qualité utilisant les guides AGREE-II et AMSTAR 2(modifié) se trouvent en annexe VI.

3.1.2 Description des articles inclus

L'analyse a donc inclus trois revues systématiques de guides de pratique clinique publiés avant 2015 ainsi que trois guides de pratique clinique publiés depuis 2015. La revue de GPC Pillastrini (2012) a identifié 13 GPC et a considéré les cinq de qualité élevée, selon l'évaluation des auteurs avec l'outil AGREE modifié. Aucun de ces cinq GPC n'était publié après 2011. Pour cette raison, nous avons seulement considéré les inférences cliniques selon l'analyse de Pillastrini et collègues. La revue de GPC de Wong (2017) a identifié 10 GPC de qualité élevée, selon l'évaluation des auteurs avec l'outil AGREE II. Quatre de ces guides étaient publiés après 2011, dont un qui se concentrait strictement sur la radiculopathie. La revue de GPC de Acevedo (2016) incluait cinq GPC de qualité élevée selon l'évaluation des auteurs avec l'outil AGREE II, dont un était publié après 2011.

Le GPC Toward Optimized Practice développé par le Alberta Ambassador Program (2015) constituait une adaptation de GPC et se basait sur 11 GPC initiaux. Le GPC du American College of Physicians (2017) consistait en une étude comparative d'efficacité et deux revues systématiques entreprises pour ce guide. Finalement, le GPC du Veterans Affairs/Department of Defense (2017) était une mise à jour de leur GPC de 2007 et a inclus une revue systématique et un groupe de discussion (focus group) de patients.

3.1.3 Synthèse des données probantes

Nous rapportons en annexe VII les recommandations des GPC inclus pour chacun des traitements rapportés dans ces guides. Celles-ci sont présentées en quatre tableaux selon le type d'intervention, soit interventions générales (information/éducation, demeurer actif), traitements pharmacologiques (acétaminophène et anti-inflammatoires non stéroïdiens, opioïdes, duloxetine, benzodiazépines, médicaments antiépileptiques, aspirine, relaxants musculaires, antidépresseurs tricycliques, corticostéroïdes systémiques, herbes médicinales, cannabis), traitements non pharmacologiques (thérapie psychologique, exercice physique, exercice de contrôle moteur, Tai-Chi, yoga, réadaptation physique active, manipulation spinale, massothérapie, traction, support lombaire, rétroaction biologique (biofeedback), hydrothérapie, neurostimulation électrothermique (TENS), ultrason et traitement au laser de basse intensité, programmes de traitements multidisciplinaires et interdisciplinaires, programmes d'autogestion), et traitements effractifs (acupuncture, prolothérapie, thérapie électrothermique intradiscale, radiofréquence facettaire, stimulation médullaire). Les résultats portant sur les infiltrations se trouvent dans le volume 1 de ce rapport.

Les guides, pour la plupart, ne distinguent pas les traitements pour différentes étiologies de la douleur chronique lombaire. Les guides inclus ne présentent pas non-plus la durée des effets de chaque traitement et le temps requis pour obtenir l'effet d'un traitement.

3.1.4 Analyse des données probantes

Dans les tableaux 6 et 7 ci-dessous, nous avons aussi organisé les traitements rapportés afin de les compiler selon ceux qui sont recommandés, non recommandés, et ceux où les recommandations sont mitigés ou l'information est insuffisante selon les GPC. Nous avons inclus les traitements effractifs avec les traitements non pharmacologiques.

Tableau 2 Traitements pharmacologiques

Recommandation	Traitement	Qualité des données
Recommandés	Anti-inflammatoire non-stéroïdien (considérer IPP ou inhibiteurs COX-2 sélectifs pour patients de plus de 45 ans)	Modérée
	Duloxetine (2/3 faible pour, 1 pas de recommandation)	Modérée
Non-recommandés	Relaxants musculaires (4/6 GPC contre)	Faible à modérée
	Corticostéroïdes systémiques	Faible à modérée
Données insuffisantes ou mitigées	Acétaminophène (effets secondaires)	Élevée
	Opioides (effets secondaires)	Modérée à faible ou insuffisante
	Benzodiazepines	Faible à modérée
	Antiépileptiques (données insuffisantes)	Qualité pas claire et qualité modérée
	Aspirine	Modérée
	Relaxants musculaires	Faible à modérée
	Antidépresseurs tricycliques (effets secondaires vs. faible efficacité)	Faible à modérée
	Herbes médicinales	Données insuffisantes
	Cannabis	Données insuffisantes

Tableau 3 Traitements non pharmacologiques

Recommandation	Traitement	Qualité des données
Recommandés	Éducation/information	Modérée
	Demeurer actif	Modérée à élevée
	Thérapie psychologique (thérapie cognitivo-comportementale, relaxation musculaire progressive, réduction du stress basée sur la méditation pleine conscience et des approches combinées)	Faible à modérée
	Exercice, Tai-Chi, yoga (aucun type supérieur)	Modérée (pour exercice physique aérobique et

		musculature), faible à modérée (pour Tai-Chi, yoga)
	Exercice de contrôle moteur	Faible
	Réadaptation physique active	Modérée
	Thérapie manuelle et manipulation spinale	Modérée (pour thérapie manuelle), faible à modérée (pour manipulation spinale)
	Massothérapie	Faible à modérée
	Programmes multi/inter	Modérée
	Programmes d'autogestion	Modérée
	Acupuncture	Faible à modérée
	Stimulation médullaire (pour syndrome d'échec post-chirurgical rachidien)	Faible à modérée
Non-recommandés	Rétroaction biologique	Modérée
	Thérapie électrothermique intradiscale	Modérée
Données insuffisantes ou mitigées	Traction (2 contre, 2 données insuffisantes)	Faible à insuffisante
	Support lombaire (données insuffisantes)	Faible
	Neurostimulation transépidermique (TENS)	Faible à insuffisante
	Hydrothérapie	Faible à inconnue
	Ultrason, traitement au laser à basse intensité	Faible à insuffisante
	Prolothérapie	Faible
	Radiofréquence facettaire	Modérée à insuffisante

3.2 Autres recommandations actuelles pertinentes

Nous avons comparé les recommandations actuelles du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke²⁸ avec les résultats des revues systématiques afin de comprendre les écarts entre les données scientifiques et les recommandations pour la pratique actuellement offertes.

Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke donne des recommandations de traitements datant de 2013 pour la douleur subaiguë et chronique durant plus de six semaines à chaque ligne de soins. Ces recommandations sont issues d'un consensus au niveau de la spécialité médicale et du Département régional de médecine générale de l'ancienne Agence de la santé de la santé des services sociaux²⁸.

Tableau 4 Recommandations de traitements pour lombalgie subaiguë et chronique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (2013)

1 ^{re} ligne (universellement accessible, porte d'entrée au réseau de la santé) ²⁹	Acétaminophène, anti-inflammatoires, relaxants musculaires
2 ^e ligne (principalement par référence, évaluation et traitements spécialisés) ²⁹	Morphine et autres
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) ²⁹	<p>Infiltrations aux 2-3 mois; à discuter avec le radiologiste, l'anesthésiste ou le physiatre qui procédera à celle-ci.</p> <p>Type d'infiltrations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facettaires : lombalgie d'origine facettaire • Épidurales (caudales ou interlamellaires) : lombalgies avec sciatalgie ou claudication neurogène • Intradiscales : lombalgie d'origine discale
Autres thérapeutiques	Hygiène posturale, exercices physiques d'endurance, enseignement d'un programme d'exercice, kinésithérapie, école de dos efficace dans le cadre du milieu de travail

3.3 Options thérapeutiques dans le CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Nous décrivons brièvement les offres de services de traitements non pharmacologiques disponibles au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Traitements multidisciplinaires :

- Il existe quatre centres multidisciplinaires de la gestion de la douleur sur le territoire du CIUSSS-CHUS :
 - Clinique de la douleur à Fleurimont - bloc mineur;
 - Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) à Fleurimont (point de service aussi à Lac-Mégantic);
 - Clinique de la douleur à Cowansville;
 - Clinique de la douleur à Granby.
- Plusieurs programmes offrent des traitements non pharmacologiques sans frais ou à frais réduits. Certains de ces programmes ciblent des groupes populationnels en particulier, par exemple la Fédération de l'âge d'or du Québec (FADOQ) qui vise les patients de plus de 50 ans. Voir la liste des ressources sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS en annexe VIII.

Physiothérapie : Il y a une offre de service dans tous les réseaux locaux de la santé (RLS) du CIUSSS de l'Estrie –CHUS. Il y a un questionnaire sur la capacité de l'offre actuelle à répondre au besoin. La majorité des services demeurent cependant dans le secteur privé.

Psychothérapie : Il n'y a, actuellement, aucun programme spécifique de psychothérapie pour la douleur chronique. Une demande peut être faite en première ligne, mais il n'existe aucun corridor de service ou de trajectoire déterminée.

Massothérapie, acupuncture, et programmes d'exercices supervisés : Il n'existe pas d'offre particulière pour ces types de traitements dans le réseau du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

On note donc des écarts entre les recommandations retrouvées dans les GPC pour les traitements non pharmacologiques et les offres de services au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

3.3.1 Ressources de soutien

Les différentes ressources disponibles sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS ont été répertoriées. Celles-ci incluaient des sites d'information, des organismes et centres communautaires (incluant des centres spécifiques pour les femmes, des programmes de gestion familiale, et de gestion du stress, des activités de groupes, des ateliers visant le partage de connaissances, des groupes et réseaux d'aide, des ressources pour l'accès à la physiothérapie), ainsi que des lectures recommandées. La liste complète de ces ressources se trouve en annexe VIII.

3.4 Préférences des patients

3.4.1 Résultats de la littérature

Les résultats détaillés de la revue systématique se trouvent dans l'article de Poder & Beffarat (en revue)²² (réf). La recherche de la littérature a généré 390 articles après l'élimination des doublons. Au total, 13 articles ont été inclus dans l'analyse. La revue de la littérature a fourni une liste de 40 attributs (caractéristiques de traitements), chacun incluant entre un et sept niveaux. L'attribut le plus cité était la réduction de la douleur. Les autres attributs importants étaient la capacité de prendre part aux activités quotidiennes, concordance avec la vie quotidienne du patient, les attitudes et caractéristiques des professionnels de la santé, le design du traitement (p. ex. supervisé ou non, en groupe ou individuel, etc.), la crédibilité du traitement, la capacité de retourner au travail, la fréquence de traitement, le délai avant le début de l'efficacité du traitement, le contenu du programme/traitement, énergie/trouble du sommeil, etc. La liste complète des attributs et niveaux a servi de point de départ pour les discussions de groupe avec les patients et la sélection pour l'exercice du choix expérimental discret.

3.4.2 Choix expérimental discret

3.4.2.1 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 plus 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 trois 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 autorapportée (-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 %).

3.4.2.2 Préférences

Les caractéristiques (attributs) de traitements

À la suite des rencontres de groupes de discussion, 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 en annexe IX).

Le classement des attributs était le même pour les modèles de classes latentes (CL) (différents groupes ayant chacun des individus homogènes) et hiérarchique bayésien (HB) (chaque individu comme différent et n'appartenant à aucun groupe en particulier). Nous avons normalisé les résultats de façon à les répartir sur un total de 100 %. Le classement était donc le suivant: 1) modalité de traitement (HB : 34,79 %, CL : 36,06 %), 2) réduction de la douleur (HB : 18,73 %, CL : 20,43 %) , 3) difficulté dans les activités de la vie quotidienne (HB : 11,71 %, CL : 11,40 %) , 4) durée de l'efficacité (HB : 10,06 %, CL : 9,96 %), 5) problème de sommeil (HB : 10,05 %, CL : 10,07 %), 6) début de l'efficacité du traitement (HB : 8,60 %, CL : 6,65 %, et 7) connaissance de son corps et localisation de la douleur (HB : 6,06 %, CL : 5,43 %) (voir partie inférieure du tableau 2, annexe IX). Le modèle logit (individus homogènes), donnait des résultats légèrement différents où la modalité de traitement était classée en deuxième position et la réduction de la douleur, en première position. Le tableau 2 dans l'annexe IX fournit les résultats détaillés.

De plus, les répondants étaient en général prêts à attendre jusqu'à 6 à 12 mois pour avoir leur traitement préféré et veulent que celui-ci soit efficace au moins 6 mois. Ensuite, une faible amélioration de leurs activités quotidiennes, de même que de leur sommeil, est très appréciée alors que pour l'attribut de la connaissance du corps, il faut une grande amélioration pour que cet attribut soit considéré. Par ailleurs, environ 10 % des répondants résidaient sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et nous n'avons pas observé de différences de réponses entre eux et le reste des répondants.

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 HB, les valeurs d'utilité redimensionnées pour les modalités de traitement étaient les suivantes : -52,18 (injections de corticostéroïdes), 23,30 (activités physiques supervisées corps-esprit), 6,15 (activités physiques sportives supervisées), 52,57 (manipulations physiques), 21,47 cours d'autogestion) et -51,31 (psychothérapie) (tableau X2). Ces valeurs sont centrées à 0 de façon à ce qu'une valeur positive indique une préférence pour le traitement tandis qu'une 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 (-52,18) et la psychothérapie (-51,31), l'analyse de classes latentes indique qu'une faible proportion d'entre eux a néanmoins exprimé une préférence pour ces modalités, à savoir un tiers et un dixième, respectivement (voir tableau 3, annexe IX).

Les différences de caractéristiques sociodémographiques entre les groupes observées dans l'analyse de classes latentes pourraient contribuer à expliquer certaines préférences pour les choix de traitement, bien que ces corrélations ne constituent pas une causalité.

Interprétations générales

En général, ce qui ressort de ces résultats est que plus l'on considère les individus comme hétérogènes (modèle HB), plus la modalité de traitement prend de l'importance par rapport aux autres attributs (en particulier par rapport à la réduction de la douleur). Hormis la modalité et la douleur qui se disputent la 1^{re} place, les autres attributs sont toujours au même rang, peu importe le modèle utilisé. Ensuite, au sein de la modalité de traitement, les trois modèles indiquent que la psychothérapie et l'infiltration de produits cortisonés sont rejetées, sauf par un certain groupe de patients, alors que les manipulations physiques sont plébiscitées. Ensuite viennent les activités corps-esprit et l'autogestion. La dernière modalité ayant une faible préférence des patients correspond aux activités de type sportif. Cependant, son poids est beaucoup plus faible dans le modèle HB que CL ou Logit. De plus, un groupe de patients rejette ce type de traitement.

Donc, selon ces résultats, il semble qu'il faudrait favoriser l'accès à de la manipulation physique, si jugée pertinente par le professionnel de la santé, et favoriser le développement de programmes de corps-esprit et d'autogestion (car une majorité de patients en veulent). De plus, si l'infiltration et la psychothérapie sont jugées pertinentes, s'assurer que le patient y est ouvert. Ces résultats sont corroborés par ceux d'une simple question de classement des traitements par ordre d'importance pour les répondants, ainsi que par les questions posées au questionnaire de Dima et al. (2015)²¹ (Voir tableau 4, annexe IX).

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 5 présente une synthèse de ces thèmes.

Tableau 5 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'assurance 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 invalidité³⁰. 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 personnelle³¹. 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 %)³¹. De plus, jusqu'à 5% des répondants québécois n'ont pas rempli leur prescription ou ont sauté une dose de traitement due au 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 médecin de famille, ce qui représente la proportion la plus importante au pays (variations provinciales 3 %- 15 %)³¹. 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 %³¹.

3.7 Triangulation et consensus

Il est important de noter que les énoncés qui suivent ne constituent pas des recommandations élaborées par l'UETMISSS, mais plutôt des pistes de réflexion se basant sur un sommaire des recommandations provenant des guides de pratique clinique (GPC) inclus dans notre recherche. Ce sommaire a été triangulé avec les diverses données contextuelles décrites plus haut afin d'obtenir des suggestions et pistes de réflexion sur les traitements et modalités de prise en charge qui seraient pertinents au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Les membres du comité consultatif sont ensuite arrivés à un consensus sur la formulation de ces suggestions. Par conséquent, nous ne sommes pas en mesure de nous prononcer sur les types de patients qui bénéficieraient le plus de chacun de ces traitements. De plus, nous sommes restreints dans nos analyses par l'information limitée rapportée dans la majorité des GPC consultés se limitant le plus souvent à une mention générale pour ou contre un traitement énuméré. Tous ces traitements sont donc suggérés dans la perspective d'une approche globale de la gestion de la douleur.

Ces suggestions ont été organisées selon les thèmes généraux suivants : sommaires des recommandations sur les modalités de traitements et prise en charge. Les pistes de réflexion sur la prise en charge ont été divisées selon l'organisation de l'accès aux modalités de traitements et le cheminement du patient dans son parcours de soins. De plus, chaque suggestion a été catégorisée selon un code de couleur, de manière similaire aux recommandations présentées dans le premier volume de ce rapport, comme décrit dans l'encadré.

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

Tableau 6 Suggestions et pistes de réflexion sur les modalités de traitement pour la lombalgie chronique autres que les infiltrations de corticostéroïdes

# et catégorie	Suggestions	Qualité des données probantes
1	<p>Ces traitements pharmacologiques sont recommandés dans la majorité des GPC :</p> <p>1.1 Anti-inflammatoires non stéroïdiens (évaluer, avec le patient, la pertinence des IPP ou inhibiteurs COX-2 sélectifs pour patient de plus de 45 ans, p. ex. si problèmes digestifs ou cardiovasculaires)</p> <p>1.2 Duloxétine</p>	Modérée
2	<p>Ces traitements non pharmacologiques sont recommandés dans la majorité des GPC :</p> <p>2.1 Prendre part à une activité physique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas de preuve qu'un type d'exercice est supérieur à un autre. Ceux-ci incluent l'exercice aérobique, la musculation, l'exercice de type corps-esprit tel que le yoga et le Tai-Chi, la marche, autres formes d'activité physique quotidiennes <p>2.2 Stimulation médullaire (pour certains patients, selon pertinence)</p> <p>2.3 Programmes et autres initiatives visant à éduquer les patients sur la lombalgie chronique et les options de soins disponibles</p> <p>2.4 Programmes d'autogestion</p> <p>2.5 Physiothérapie</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.5.1 Thérapie manuelle 2.5.2 Manipulation spinale 2.5.3 Réadaptation physique active 2.5.4 Exercice de contrôle moteur <p>2.6 Massothérapie</p> <p>2.7 Acupuncture</p> <p>2.8 Programmes multidisciplinaires</p> <p>2.9 Thérapies psychologiques (selon la prédisposition du patient)</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.9.1 Types de thérapies : thérapie cognitivocomportementale, relaxation musculaire progressive, réduction du stress basée sur la méditation pleine conscience et des approches combinées 	<p>2.1 Modérée à élevée</p> <p>2.2 Modéré</p> <p>2.3 Modérée</p> <p>2.4 Modérée</p> <p>2.5 Faible à modérée</p> <p>2.5.1 Modérée</p> <p>2.5.2 Modérée</p> <p>2.5.3 Modérée</p> <p>2.5.4 Faible</p> <p>2.6 Faible à modérée</p> <p>2.7 Faible à modérée</p> <p>2.8 Modérée</p> <p>2.9 Faible à modérée</p> <p>2.9.1 Faible à modérée</p> <p>2.9.2 Opinion d'experts</p>

	2.9.2 Interventions de psychothérapie en groupe (p. ex. approche motivationnelle) (celles-ci permettent une plus grande accessibilité)	
3	<p>Ces traitements pharmacologiques sont à considérer avec précaution, à cause des données mitigées ou insuffisantes. Avoir une discussion approfondie avec le patient à propos de la preuve d'efficacité limitée, les effets secondaires et les coûts</p> <p>3.1 Aspirine</p> <p>3.2 Cannabis et autres herbes médicinales</p> <p>3.3 Acétaminophène (considérer les effets secondaires)</p> <p>3.4 Opioides (considérer les effets secondaires)</p> <p>3.5 Benzodiazepines</p> <p>3.6 Antiépileptiques</p> <p>3.7 Antidépresseurs tricycliques (considérer les effets secondaires versus la faible efficacité)</p>	<p>3.1 Modérée</p> <p>3.2 Insuffisante</p> <p>3.3 Élevée</p> <p>3.4 Modérée à faible ou insuffisante</p> <p>3.5 Faible à modérée</p> <p>3.6 Insuffisante</p> <p>3.7 Faible à modérée</p>
4	<p>Ces traitements non pharmacologiques sont à considérer avec précaution, à cause des données mitigées ou insuffisantes. Avoir une discussion approfondie avec le patient à propos de la preuve d'efficacité limitée, les effets secondaires et les coûts</p> <p>4.1 Neurostimulation trans épidermique (TENS)</p> <p>4.2 Hydrothérapie</p> <p>4.3 Prolothérapie</p> <p>4.4 Ultrason</p> <p>4.5 Traitement laser à basse intensité</p> <p>4.6 Radiofréquence facettaire</p>	<p>4.1 Faible à insuffisante</p> <p>4.2 Insuffisante</p> <p>4.3 Faible</p> <p>4.4 Faible à insuffisante</p> <p>4.5 Faible à insuffisante</p> <p>4.6 Modérée à insuffisante</p>
5	<p>Ces traitements non pharmacologiques nécessitent plus de données probantes sur leur efficacité. Avoir une discussion approfondie avec le patient à propos de la preuve d'efficacité limitée, les effets secondaires et les coûts</p> <p>5.1 Traction</p> <p>5.2 Support lombaire</p>	<p>5.1 Faible à insuffisante</p> <p>5.2 Insuffisante</p>
6	<p>Ces traitements pharmacologiques ne sont pas à proposer au patient pour la lombalgie chronique</p> <p>6.1 Corticostéroïdes systémiques</p> <p>6.2 Relaxant musculaire</p>	<p>6.1 Modérée à faible</p> <p>6.2 Modérée à faible</p>

7	Ces traitements non pharmacologiques ne sont pas à suggérer pour la lombalgie chronique 7.1 Thérapie électrothermique intradiscale 7.2 Rétroaction biologique	7.1 Modérée 7.2 Modérée
----------	---	----------------------------

Prise en charge

Tableau 7 Suggestions et pistes de réflexion sur la prise en charge de patients souffrants de la lombalgie chronique

# et catégorie	Recommandations	Qualité des données probantes
L'organisation de l'accès aux modalités de traitement		
1	Prioriser les traitements recommandés autres que l'infiltration, en priorisant des traitements non pharmacologiques (sauf pour une hernie discale en phase aiguë)	Opinion d'experts
2	Assurer une accessibilité adéquate et pertinente à la physiothérapie au CIUSSS de l'Estrie – CHUS	Faible à modérée, données contextuelles, et opinion d'experts
3	Assurer une accessibilité adéquate et pertinente aux programmes de gestion de la douleur chronique multidisciplinaires au CIUSSS de l'Estrie - CHUS <ul style="list-style-type: none"> • Suggestion d'appuyer le travail déjà entrepris visant à faire passer le programme PEGASO de la 3^e à la 1^{re} ligne ainsi que d'élargir son offre • Assurer l'accessibilité aux programmes multidisciplinaires pour les groupes populationnels où il y a actuellement des écarts de services, tels que les patients de moins de 65 ans ou en situations socioéconomiques précaires 	Modérée, données contextuelles, et opinion d'experts
4	Assurer une accessibilité adéquate et pertinente à la thérapie psychologique pour la lombalgie aiguë et chronique au CIUSSS de l'Estrie – CHUS <ul style="list-style-type: none"> • Considérer l'ouverture du patient à ce type d'approche 	Faible à modérée, données contextuelles, opinion d'experts
Le cheminement du patient dans son parcours		
1	Faciliter l'accessibilité à un système coordonné de prise en charge du patient; les caractéristiques suivantes pourraient être considérées : <ul style="list-style-type: none"> • Un guichet unique 	Données contextuelles et opinion d'experts

	<ul style="list-style-type: none"> • Points de service dans différents RLS et adaptés aux réalités de la région. (Cela pourrait se baser sur le modèle GASMA) • Favoriser l'amorce des différents types de traitements en même temps : différentes options sont données au patient ainsi que le soutien pour accéder aux soins • Accès à une évaluation par une équipe multidisciplinaire, lorsque pertinente, afin d'optimiser les soins donnés au patient et de favoriser une meilleure utilisation des ressources de soins 	
2	Faciliter l'accessibilité à des programmes de formation sur la gestion de la douleur chronique ciblant les médecins de famille et les intervenants en première ligne	Données contextuelles et opinion d'experts
3	<p>Envisager, en coordination avec la DRHCAJ, le développement d'un plan de communication coordonné. Les composantes de ce plan pourraient inclure, entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un document explicatif envoyé aux patients sur les traitements disponibles, au public et privé • une page d'information sur la douleur chronique sur le site de santeestrie.qc.ca 	Données contextuelles et opinion d'experts
4	Évaluer les enjeux d'accessibilité potentiels des minorités, notamment dans les RLS de Sherbrooke, Memphrémagog et la Pommeraie où les proportions d'immigrants et de minorités linguistiques (telles que les minorités anglophones) sont plus importantes	Données contextuelles et opinion d'experts

4 DISCUSSION

Comme détaillé dans la discussion du volume 1 de ce rapport d'ETMI, la revue exploratoire entreprise lors de l'exercice de cadrage ainsi que les réflexions du CAT ont mené à élargir la portée de cette ETMI. Un sommaire sur les recommandations actuelles des modalités de traitement autres que les infiltrations de corticostéroïdes pour la douleur chronique lombosacrée a donc été ajouté comme deuxième volet. Ce volet contient aussi des pistes de réflexion sur les modalités de prise en charge issues d'une triangulation des données de la littérature scientifique, des données contextuelles, ainsi que des opinions des experts et parties prenantes. Les résultats de ce volet sont présentés et discutés dans ce deuxième volume.

À la suite de l'élaboration du sommaire de recommandations pour les autres traitements, il est devenu évident qu'il existe plus de consensus sur l'efficacité et la sécurité des traitements non pharmacologiques que sur les traitements pharmacologiques. En l'occurrence, les premiers sont très peu accessibles dans le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et sont principalement disponibles dans le secteur privé, tandis que les seconds sont couverts par le Régime public d'assurance médicaments ou les assureurs privés. Ils sont donc plus facilement accessibles même si considérés comme moins efficaces.

Ceci soulève des préoccupations importantes sur l'équité d'accessibilité aux traitements adéquats selon le statut socioéconomique des patients. En effet, il est estimé que seulement 55 % des Québécois ont une assurance maladie complémentaire et que 32 % se disent inquiets des coûts de traitements non couverts par le gouvernement³¹. Il est intéressant de noter que les recommandations du CHUS (2013) sur la gestion de la douleur chronique ne mettent pas l'accent sur le traitement non pharmacologique. Ces considérations sont mis en exergue par les résultats de notre DCE qui suggèrent que ce sont les traitements non pharmacologiques qui sont majoritairement plébiscités. De plus, lorsque nous considérons les répondants par groupe de caractéristiques socioéconomiques, le groupe avec le niveau de revenu familial plus élevé avait tendance à dépenser plus sur la gestion de la lombalgie.

Tous ces constats pourraient indiquer des iniquités importantes dans la capacité des individus à gérer leur douleur chronique selon leur situation financière. Nous suggérons conséquemment de réfléchir à la façon d'assurer l'accessibilité à plusieurs de ces traitements recommandés. De plus, nous constatons que malgré le nombre de ressources complémentaires ou affiliées au CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour soutenir les usagers dans la gestion de leur douleur, la majorité de ces ressources ciblent des groupes populationnels spécifiques. Certains groupes semblent donc être moins bien desservis que d'autres. C'est le cas par exemple, des hommes de moins de 50 ans qui semblent avoir moins accès à du soutien psychosocial que d'autres groupes. Malgré une prévalence de la douleur lombosacrée chronique moins élevée chez ce groupe d'individus, il serait tout de même important de ne pas sous-estimer ces besoins. L'UETMISSS est consciente des enjeux de ressources humaines et financières auxquelles le CIUSSS de l'Estrie – CHUS fait face. Nous pensons qu'il serait important de soutenir les activités déjà entreprises dans le réseau, tel le passage du programme PEGASO de la 3^e à la 1^{re} ligne, et de considérer la planification

d'activités futures qui viseraient une meilleure accessibilité aux traitements non pharmacologiques recommandés.

Lors de notre recension, nous avons constaté que les guides de pratique clinique actuels ne précisent pas le type de patients qui bénéficie le plus de chacun de ces traitements et ne détaillent pas les caractéristiques de ces traitements. Par exemple, le type et la fréquence de séances de physiothérapie, l'approche de psychothérapie, etc. n'ont pas fait l'objet d'une description détaillée. Il est certainement possible d'obtenir cette information, mais une telle recherche allait au-delà du mandat de cette ETMI. De plus, certains traitements continuent d'être priorisés par les professionnels de la santé malgré un manque de clarté sur leur efficacité. Par exemple, il nous a été mentionné par certaines parties prenantes que la neurostimulation transépidermique (TENS) continue d'être très utilisée et que son utilisation serait même en augmentation dans certains RLS malgré des données probantes qui demeurent mitigées. Il en est de même pour l'ablation du nerf facettaire médial par radiofréquence, pour laquelle des équipements ont récemment été acquis par le réseau. L'UETMISSS suggère de mener des évaluations de pertinence plus approfondies sur de telles modalités de traitement. De plus, il serait important de s'assurer que les traitements non-pharmacologiques ayant émergé comme étant à éviter ne fasse pas partie de l'offre de soins et services de l'établissement. Ce sont notamment : la thérapie électrothermique intradiscale et la rétroaction biologique.

En ce qui concerne les traitements pharmacologiques, la majorité d'entre eux ont des effets indésirables parfois importants et requièrent une évaluation et un suivi assidu des bénéfices rapportés par le patient. De plus, il est à noter que les traitements pharmacologiques tels que les corticostéroïdes systémiques et les relaxants musculaires ne sont pas recommandés. Ceci souligne d'autant plus l'importance d'une prise de décision partagée avec le patient sur la prise en charge et les modalités de traitement à lui proposer. En effet, comme il est mentionné plus haut, le DCE a démontré que les patients ont des préférences particulières pour certaines modalités de traitement et que celles-ci peuvent varier selon certains groupes populationnels. Au-delà des traitements, les usagers semblent aussi prioriser certains résultats que ces traitements peuvent offrir. Bien que la réduction de la douleur reste le résultat le plus important, d'autres effets considérés importants aux yeux des patients incluent la réduction de la difficulté à effectuer les activités de la vie quotidienne, la durée de l'efficacité, la diminution des problèmes de sommeil, et le début de l'efficacité du traitement. Nous suggérons donc que ces caractéristiques entrent en ligne de compte lors de la prise de décision partagée ainsi que dans les recherches d'efficacité et sécurité futures.

Pour cela, nous suggérons de réfléchir aux façons de faciliter le cheminement du patient dans son parcours de soins par un système coordonné de prise en charge. Nous recommandons aussi de considérer les enjeux d'accessibilité des minorités linguistiques et ethniques sur notre territoire. Enfin, un plan de communication coordonné serait bénéfique pour toutes les parties prenantes, incluant les usagers afin de les informer sur les diverses modalités thérapeutiques pour la lombalgie chronique. Ce genre de mesure pourrait contribuer à l'habilitation («empowerment») des individus, répondant ainsi à des valeurs importantes soulignées par les parties prenantes de cette ETMI.

Limites des travaux présentés

Nous présentons ci-dessous, les limites de la recherche pour ce deuxième volet sur les modalités de traitements autres que les infiltrations de corticostéroïdes. Certaines de ces limites ont trait à la portée du travail tandis que d'autres sont en lien avec les données probantes disponibles.

- Le présent volet sur les modalités thérapeutiques autres que les infiltrations de corticostéroïde est constitué d'une recension systématique des guides de pratique clinique associée à une certaine mise en contexte locale permettant de constater les écarts entre ce qui est recommandé par les guides et l'offre de services au CIUSSS de l'Estrie CHUS. Ce travail a pour objectif d'informer le CAT mais sa portée ne permet pas d'émettre des recommandations pour le changement des pratiques. Pour ce faire, il faudrait réaliser une évaluation plus élaborée menant à un avis (cf. typologie de produit de l'UETMISSS).
- Les données probantes de ce volet provenaient d'une revue des guides de pratique clinique, plutôt que des sources primaires de ces guides. Nous avons néanmoins confiance dans la valeur de cette recension des recommandations puisque les guides inclus étaient de qualité élevée, ayant une description détaillée de leurs méthodes et incluant une évaluation de la qualité des données probantes utilisées pour leurs recommandations.
- Nous avons dû exclure un certain nombre de guides de pratique clinique de qualité élevée parce que ceux-ci ne faisaient pas la distinction entre les traitements pour la douleur lombaire aiguë ceux pour la douleur lombaire chronique. De ce fait, il est possible que la considération de certaines modalités de traitements ait été limitée.
- Cette évaluation fournit un sommaire des recommandations plutôt que des recommandations propres au comité consultatif de cette ETMI. L'UETMISSS et le comité ont néanmoins été responsables de se prononcer sur la qualité de ses données, de commenter la pertinence contextuelle des recommandations, ainsi que de classer les recommandations afin de faciliter l'interprétation de ce corpus d'information.
- La majeure partie des pistes de réflexion sur la prise en charge du patient se basaient sur des données contextuelles. Malgré une triangulation de ces différentes sources de données, nous n'avons pas pu entreprendre une recherche de la littérature sur les meilleures pratiques de ces options. De plus, les données contextuelles sur les pratiques actuelles étaient limitées. Conséquemment, ces énoncés ne se basent pas sur une analyse comparative des types d'approches de prise en charge, mais plutôt sur les écarts et besoins ressentis par les parties prenantes du réseau estrien et ont pour cela été classé comme étant des pistes de réflexion plutôt que des recommandations à part entière. Nous considérons, néanmoins, que ces données qualitatives contextuelles sont tout aussi importantes.
- Nous avons anticipé pouvoir incorporer des données probantes obtenues d'un projet de recherche par l'équipe du Pr Alain Vanasse du groupe de Programme de recherche interdisciplinaire sur la médecine et l'utilisation des soins (PRIMUS) de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Ces

données devaient porter sur les caractéristiques des trajectoires de soins dans lesquelles se trouvent les patients estriens souffrant de lombalgie chronique ainsi que les caractéristiques de ces patients. Cependant, des délais dans ce projet ne nous ont pas permis d'accéder à ces données à temps. Nous incluons les résultats en addendum à ce rapport lorsqu'ils seront disponibles.

- Certaines pistes de réflexion suggèrent de faciliter l'accessibilité à certaines modalités de traitement. Une analyse complète des approches spécifiques à préconiser pour atteindre cet objectif était au-delà du mandat de cette ETMI. Nous continuons de faire un suivi avec l'équipe de transfert de connaissances et le CAT, qui seront plus en mesure de déterminer la faisabilité d'une telle analyse et de la mise en œuvre de ces réflexions.

Implications pour la recherche future

Les données probantes nécessaires pour répondre à certains aspects de la question décisionnelle et à plusieurs de nos questions de recherche étaient insuffisantes. De plus, la recherche et l'analyse de la littérature effectuées pour cette ETMI ont soulevé des questions par rapport à la spécificité des données disponibles dans la littérature. Par exemple, y aurait-il une plus-value à avoir une attention plus accrue à l'étiologie de la douleur ou une définition plus spécifique des traitements? Les guides de pratique clinique devraient-ils spécifier le type de physiothérapie selon l'étiologie et la durée de la douleur? Ces écarts nous ont donc amenés à présenter des suggestions de champs de recherche futurs. Ceux présentés ci-dessous sont en lien avec les modalités de traitements autres que l'infiltration de corticostéroïdes.

1. Des recherches plus poussées sur l'efficacité de la kinésithérapie et l'ergothérapie sur la gestion de la douleur chronique lombosacrée.
2. Des données plus précises et des études sur les effets secondaires des différents traitements pour la lombalgie chronique. De plus, les revues systématiques pourraient rapporter les effets secondaires ou l'absence d'analyse de ces effets secondaires.
3. Des études plus poussées sur l'efficacité et la sécurité des différents traitements selon l'étiologie de la douleur chronique et la durée de la douleur.
4. Une évaluation plus poussée sur les différentes options de modalité de prise en charge et l'optimisation de la prise en charge et de partenariat thérapeutique avec le patient.
5. Une évaluation plus poussée sur les iniquités liées à l'accessibilité et à la prise en charge permettant le développement de recommandations spécifiques pour contrer ces iniquités.
6. Des guides de pratique clinique qui précisent les traitements à préconiser selon la durée et l'étiologie de la douleur.

Implications pour la pratique clinique et la gestion

L'UETMISSS est consciente du fait que certaines modalités de traitements bénéficieraient d'une analyse plus approfondie de leur efficacité. Le sommaire contextualisé présenté dans ce rapport fourni néanmoins un point de départ pour la considération des écarts actuels entre l'offre de service, la pratique et la littérature scientifique.

Nous avons travaillé en étroite collaboration avec une courtière de connaissances tout au long du projet. En effet, celle-ci siège déjà au CAT, a été présente à toutes les réunions du comité consultatif de l'ETMI, et a pris part à des échanges d'idées et de documents préliminaires. L'équipe de l'UETMISSS sera à son tour impliquée dans le processus de transfert des conclusions de cette ETMI. Son rôle principal sera d'expliquer les approches et enjeux quant à l'élaboration de ces conclusions et de soutenir l'interprétation des résultats afin d'en assurer une bonne compréhension.

5 CONCLUSION

Conclusion

Ce volet d'ETMI nous a permis de présenter un sommaire des recommandations existantes sur les modalités de traitement pour la gestion de la douleur chronique lombosacrée autres que l'infiltration de corticostéroïdes et excluant la chirurgie. Nous avons analysé ces suggestions destinées principalement aux praticiens en tenant compte des valeurs et préférences des patients et des valeurs et préoccupations des autres parties prenantes du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Les conclusions de ce volet permettront aux praticiens de considérer les écarts dans leur pratique actuelle et ainsi suggérer un programme de traitements plus complet et optimisé. Elles constitueront également une piste de réflexion pour les sous-comités du CAT sur la douleur chronique musculosquelettique.

Afin de soutenir la pratique, nous avons utilisé les données contextuelles de pairs avec les données de la littérature scientifique pour émettre des pistes de réflexion sur la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique lombosacrée. Notamment, nous suggérons de faciliter l'accessibilité à certaines options thérapeutiques à travers, entre autres, un système coordonné de prise en charge du patient. Nous avons aussi identifié des éléments de considération pour adresser de possibles iniquités en lien avec l'offre de service du CIUSSS. Ceux-ci incluaient des enjeux d'accessibilité à des traitements couverts par l'état, les ressources de support omettant certains groupes populationnels, 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, elle nous donne une confiance raisonnable dans la valeur de nos conclusions.

Plusieurs de ces suggestions pourraient 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'amélioration la coordination des services dans différents départements 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 groupes de travail mis sur pied à cet effet. L'équipe de l'UETMISSS demeure impliquée dans ces démarches, en soutien à la compréhension et l'interprétation des recommandations provenant de ces guides.

RÉFÉRENCES

Références bibliographiques

1. Marchand S. Qu'est-ce que la douleur? In: Gagnon S, ed. *Le Phénomène de La Douleur*. CHENELIERE. Montréal: Chenelière Éducatons 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*2. 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, Forcica 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*2. 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 Éducatons 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. Acevedo JC, Sardi P, Gempeler A. Revision sistemática de la literatura y evaluación metodológica de guías de manejo invasivo de dolor lumbar. *Rev Soc Esp Dolor*. 2016;23(5):243-255.
24. Wong JJ, Côté P, Sutton DA, et al. Clinical Practice Guidelines for the Noninvasive Management of Low Back Pain: A systematic review by the ONtario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration. *European Journal of Pain*. 2017;21:201-216.
25. 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.
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. 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>.

28. Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. *Lombalgie Sub-Aigüe et Chronique 6 Semaines et + Lombalgie Avec Pathologie Rachidienne Grave Suspectée*. Sherbrooke; 2013.
29. 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.
30. Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. *Faits Sur Les Assurances de Personnes Au Canada*. Montréal; 2016.
31. Conseil canadien de la santé. Where you live matters: Candian views on health care quality. *Canadian Health Care Matters*. 2014;Bulletin 8:1-56.
32. Garcia DA, Martinez Nicolas I, Saturno Hernandez PJ, Lopez Soriano F. Clinical Approach to Chronic Lumbar Pain: a Systematic review of recommendations included in existing practice guidelines. *An Sist Sanit Navar*. 2015;38(1):117-130.
33. D.S. K, Hwang SW, Easa JE, et al. An Evidence-based Clinical Guideline for the Diagnosis and Treatment of Lumbar Disc Herniation with Radiculopathy. *Spine J*. 2014;14(180-191).
34. Qaseem A, Wilt T, McLean R, Forcica M, Physicians for the 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. *Ann Intern Med*. 2017;166:514-530. doi:10.7326/M16-2367.
35. 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.

Articles exclus avec raison pour la revue systématique sur les autres modalités de traitement pour la lombalgie chronique

1. Amescua-Garcia C, Colimon F, Guerrero C, et al. Most Relevant Neuropathic Pain Treatment and Chronic Low Back Pain Management Guidelines: A Change Pain Latin America Advisory Panel Consensus. *Pain Med*. 2017. doi:10.1093/pm/pnx198.
2. Metzger RL. Evidence-based practice guidelines for the diagnosis and treatment of lumbar spinal conditions. *Nurse Pract*. 2016;41(12):30-37. doi:10.1097/01.NPR.0000508169.67852.bb.
3. Reese C, Mittag O. Psychological interventions in the rehabilitation of patients with chronic low back pain: evidence and recommendations from systematic reviews and guidelines. *Int J Rehabil Res*. 2013;36(1):6-12. doi:10.1097/MRR.0b013e32835acfec.
4. Ayats Díaz E, Lastra García R, Oliver Abadal B. Diagnostic and therapeutic approach for chronic low back pain. *DOLOR*. 2011;26(2):76-85.

5. Ladeira CE. Evidence based practice guidelines for management of low back pain: physical therapy implications. *Revista brasileira de fisioterapia (São Carlos (São Paulo, Brazil))*. 2011;15(3):190-199. doi:1413-3555.
6. Marchettini P. What guidelines are available for sciatica and radicular pain? In: *Managing Sciatica and Radicular Pain in Primary Care Practice*. Springer Healthcare; 2013:73-85. doi:10.1007/978-1-907673-56-6_5.
7. Ángel García D, Martínez Nicolás I, Saturno Hernández PJ, López Soriano F. Abordaje clínico del dolor lumbar crónico: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia de las guías de práctica clínica existentes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2015;38(1):117-130. doi:10.4321/S1137-66272015000100012.
8. Lisi AJ, Breuer P, Gallagher RM, et al. Deconstructing Chronic Low Back Pain in the Older Adult-Step by Step Evidence and Expert-Based Recommendations for Evaluation and Treatment: Part II: Myofascial Pain. *Pain Med*. 2015;16(7):1282-1289. doi:10.1111/pme.12821.
9. Carley JA, Karp JF, Gentili A, et al. Deconstructing Chronic Low Back Pain in the Older Adult: Step by Step Evidence and Expert-Based Recommendations for Evaluation and Treatment: Part IV: Depression. *Pain Med*. 2015;16(11):2098-2108. doi:10.1111/pme.12935.
10. Fatemi G, Fang MA, Breuer P, et al. Deconstructing chronic low back pain in the older adult-Step by step evidence and expert-based recommendations for evaluation and treatment part III: Fibromyalgia syndrome. *Pain Med*. 2015;16(9):1709-1719. doi:10.1111/pme.12863.
11. DiNapoli EA, Craine M, Dougherty P, et al. Deconstructing Chronic Low Back Pain in the Older Adult-Step by Step Evidence and Expert-Based Recommendations for Evaluation and Treatment. Part V: Maladaptive Coping. *Pain Med*. 2016;17(1):64-73. doi:10.1093/pm/pnv055.
12. Rho M, Camacho-Soto A, Cheng A, et al. Deconstructing chronic low back pain in the older adult-step by step evidence and expert-based recommendations for evaluation and treatment. Part VIII: Lateral hip and thigh pain. *Pain Medicine (United States)*. 2016;17(7):1249-1260. doi:10.1093/pm/pnw111.
13. Weiner DK, Fang M, Gentili A, et al. Deconstructing chronic low back pain in the older adult-step by step evidence and expert-based recommendations for evaluation and treatment: part I: Hip osteoarthritis. *Pain Med*. 2015;16(5):886-897. doi:10.1111/pme.12757.
14. Karp JF, DiNapoli EA, Wetherell J, et al. Deconstructing Chronic Low Back Pain in the Older Adult-Step by Step Evidence and Expert-Based Recommendations for Evaluation and Treatment: Part IX: Anxiety. *Pain Med*. 2016;17(8):1423-1435. doi:10.1093/pm/pnw135.

15. Bramoweth AD, Renqvist JG, Germain A, et al. Deconstructing Chronic Low Back Pain in the Older Adult-Step by Step Evidence and Expert-Based Recommendations for Evaluation and Treatment: Part VII: Insomnia. *Pain Med.* 2016;17(5):851-863. doi:10.1093/pm/pnw063.
16. Polsunas PJ, Sowa G, Fritz JM, et al. Deconstructing Chronic Low Back Pain in the Older Adult-Step by Step Evidence and Expert-Based Recommendations for Evaluation and Treatment: Part X: Sacroiliac Joint Syndrome. *Pain Med.* 2016;17(9):1638-1647. doi:10.1093/pm/pnw151
17. Havran M, Scholten JD, Breuer P, et al. Deconstructing Chronic Low Back Pain in the Older Adult-Step-by-Step Evidence and Expert-Based Recommendations for Evaluation and Treatment: Part XII: Leg Length Discrepancy. *Pain Med.* 2016;17(12):2230-2237. doi:10.1093/pm/pnw270.
18. Alper BS, Shah A, Malone-Moses M, Manheimer EW, Ehrlich A. Point-of-care application of: Guidelines and evidence on acupuncture for chronic low back pain. *European Journal of Integrative Medicine.* 2016;8(4):326-328. doi:10.1016/j.eujim.2016.07.029.
19. Atlas SJ. Management of low back pain: Getting from evidence-based recommendations to high-value care. *Ann Intern Med.* 2017;166(7):533-534. doi:10.7326/M17-0293.
20. 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.
21. Itz CJ, Willems PC, Zeilstra DJ, Huygen FJ. Dutch Multidisciplinary Guideline for Invasive Treatment of Pain Syndromes of the Lumbosacral Spine. *Pain Pract.* 2016;16(1):90-110. doi:10.1111/papr.12318.
22. Allegri M, Montella S, Salici F, et al. Mechanisms of low back pain: a guide for diagnosis and therapy. *F1000Res.* 2016;5. doi:10.12688/f1000research.8105.2.
23. Lisi AJ, Salsbury SA, Hawk C, et al. Chiropractic Integrated Care Pathway for Low Back Pain in Veterans: Results of a Delphi Consensus Process. *J Manipulative Physiol Ther.* 2018;41(2):137-148. doi:10.1016/j.jmpt.2017.10.001.
24. Picelli A, Buzzi MG, Cisari C, et al. Headache, low back pain, other nociceptive and mixed pain conditions in neurorehabilitation. Evidence and recommendations from the Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016;52(6):867-880.
25. Turin TC, Chowdhury MF. American Osteopathic Association Guidelines for Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) for Patients With Low Back Pain. *J Med*

- Internet Res.* 2016;116(8):536-549. doi:10.2196/jmir.4932
10.7556/jaoa.2016.107.
26. de Campos TF. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management NICE Guideline [NG59]. *J Physiother.* 2017;63(2):120.
doi:10.1016/j.jphys.2017.02.012.
 27. Chenot JF, Greitemann B, Kladny B, Petzke F, Pfingsten M, Schorr SG. Non-Specific Low Back Pain. *Dtsch Arztebl Int.* 2017;114(51-52):883-890.
doi:10.1080/09638288.2018.1424952 10.3238/arztebl.2017.0883.
 28. Bussièrès AE, Stewart G, Al-Zoubi F, et al. Spinal Manipulative Therapy and Other Conservative Treatments for Low Back Pain: A Guideline From the Canadian Chiropractic Guideline Initiative. *J Manipulative Physiol Ther.* 2018.
doi:10.1016/j.jmpt.2017.12.004.
 29. Globe G, Farabaugh RJ, Hawk C, et al. Clinical Practice Guideline: Chiropractic Care for Low Back Pain. *J Manipulative Physiol Ther.* 2016;39(1):1-22.
doi:10.1016/j.jmpt.2015.10.006.

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

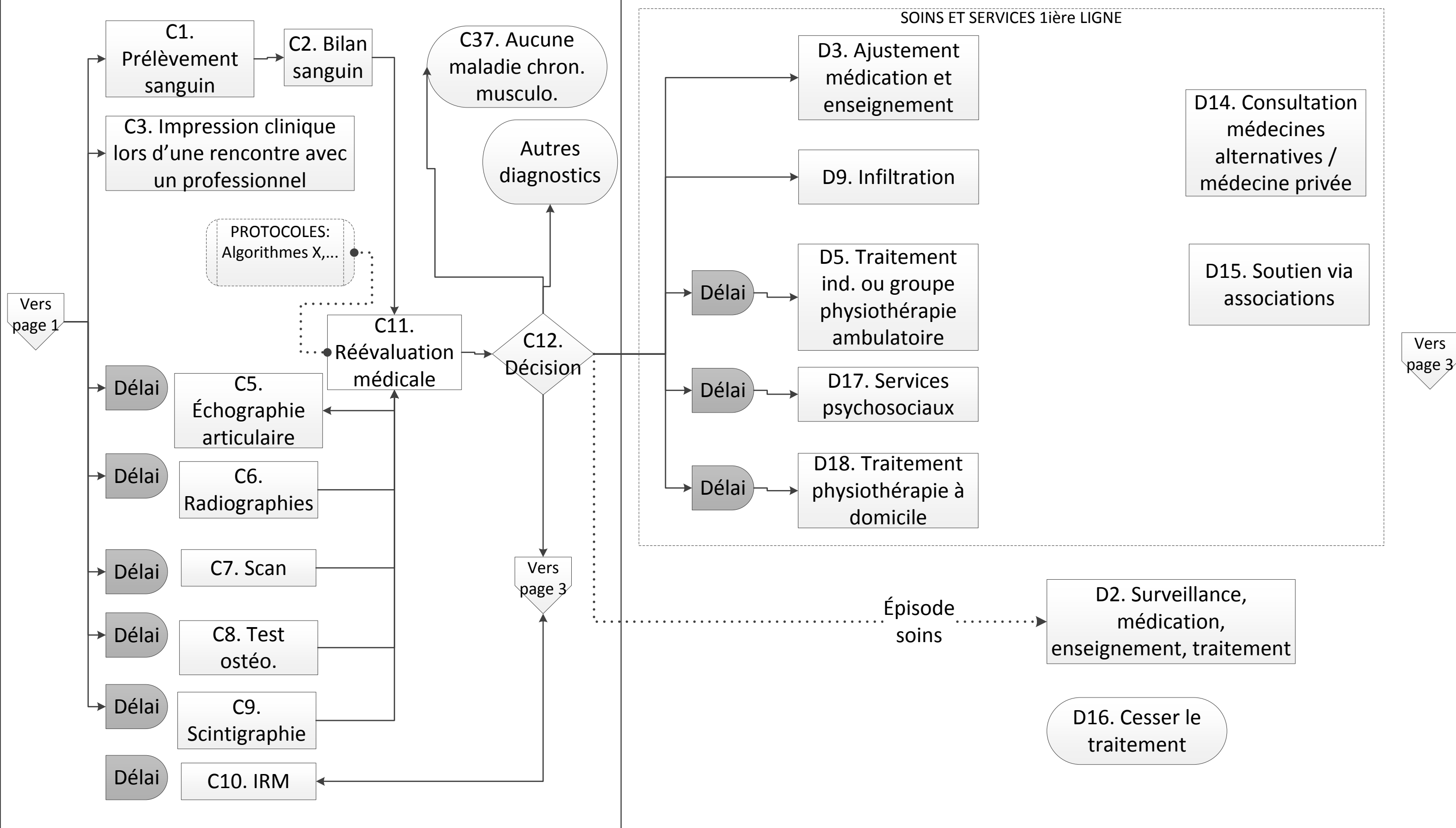
Délais

Transport

Changement
de page

C. Évaluation - Orientation - Diagnostic

D. Intervention - Traitement



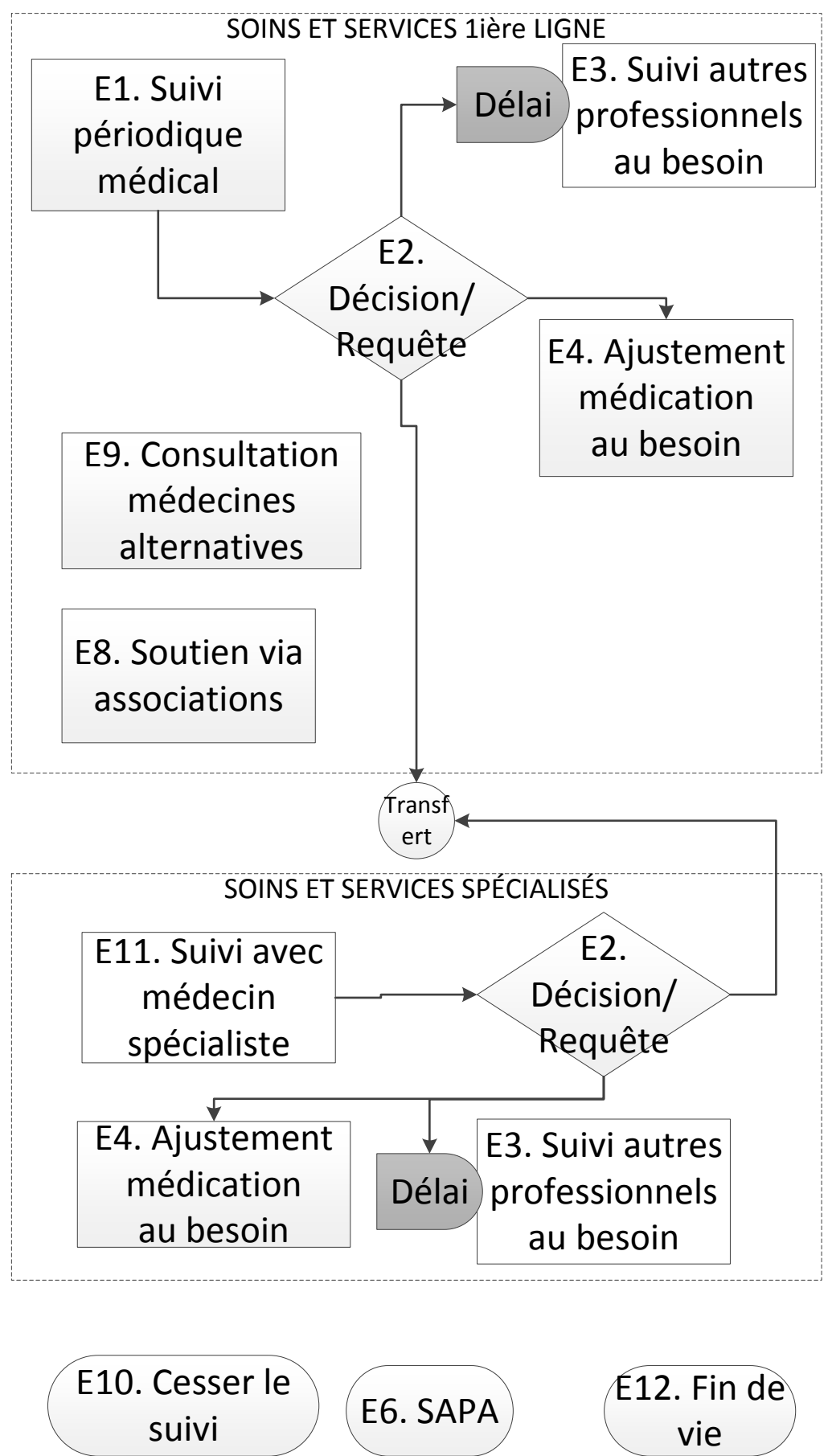
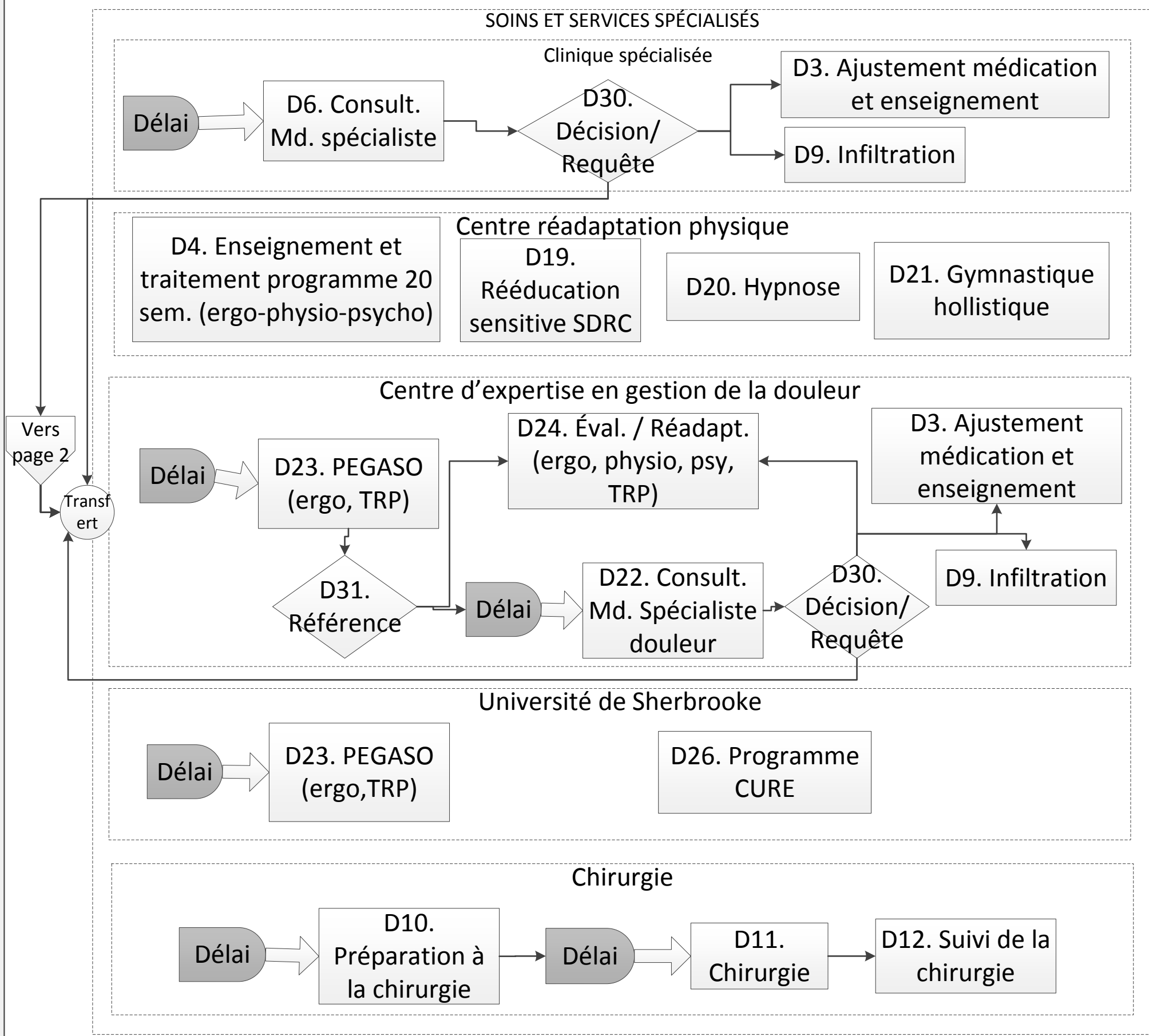
Vers page 1

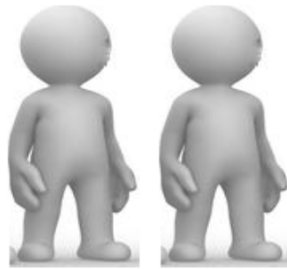
Vers page 3

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,...)

Propriétaire: Lyne Cardinal

ANNEXE

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.)

ANNEXE II

MODÈLE LOGIQUE

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

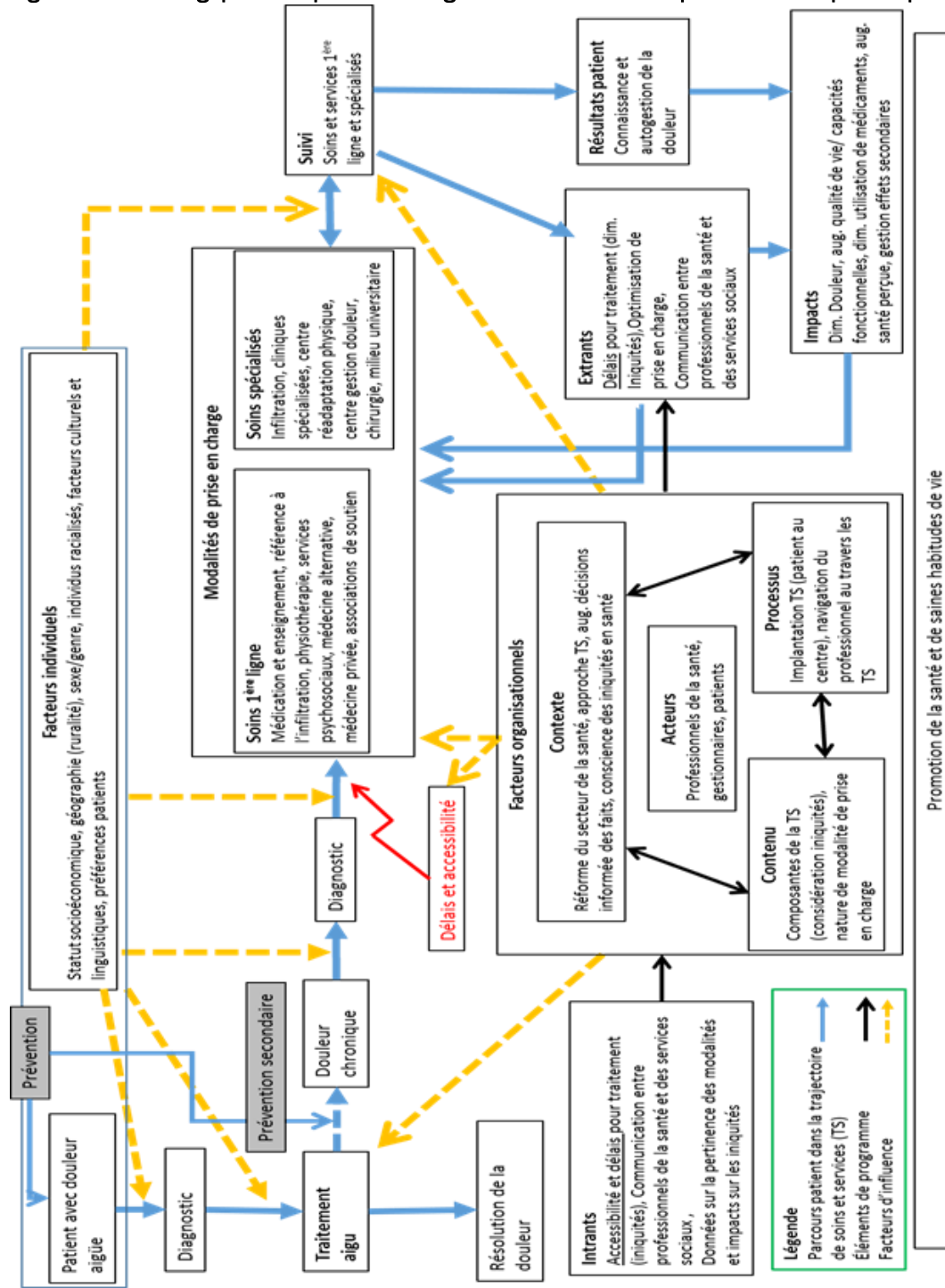
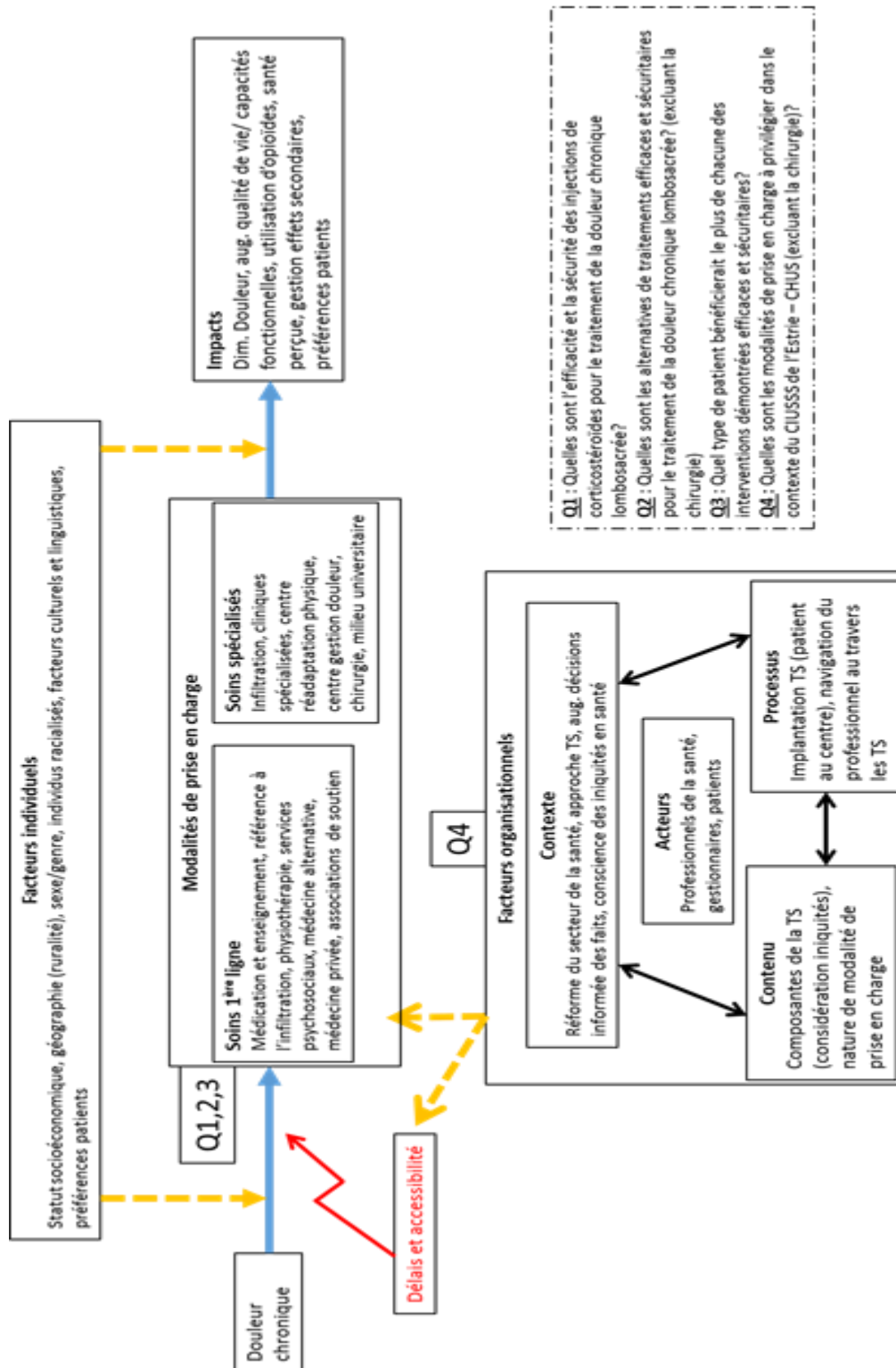


Figure 2 Cadre d'analyse de la prise en charge des douleurs chroniques musculosquelettiques



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 présentées 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 les recommandations des traitements pour la douleur chronique lombosacrée

Stratégie de recherche bibliographique pour PubMed

```
(((((("Chronic Pain"[Mesh]) OR (((Chronic Pain[Title/Abstract]) OR Chronic Pains[Title/Abstract]) OR Chronic aches[Title/Abstract]) OR CLBP[Title/Abstract]))) OR (("Low Back Pain"[Mesh]) OR ("Low Back Pain"[Title/Abstract]) OR "Low Back Pains"[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 (((((((Therapeutic[Title/Abstract]) OR Therapeutics[Title/Abstract]) OR "Therapeutics"[Mesh]) OR ("Drug Therapy"[Mesh]) OR (((((Therapy[Title/Abstract]) OR Therapies[Title/Abstract]) OR Treatment[Title/Abstract]) OR Treatments[Title/Abstract]) OR Pharmacotherapy[Title/Abstract]) OR Pharmacotherapies[Title/Abstract]) OR Pharmacologic[Title/Abstract]))) OR ("Conservative Treatment"[Mesh]) OR ((((((Conservative[Title/Abstract]) OR "non-invasive"[Title/Abstract]) OR noninvasive[Title/Abstract]) OR Nonoperative[Title/Abstract]) OR "Non-operative"[Title/Abstract]) OR nonsurgical[Title/Abstract]) OR "non-surgical"[Title/Abstract]))) OR ("Pain Management"[Mesh]) OR ((Management[Title/Abstract]) OR Managements[Title/Abstract])) OR ("Treatment Outcome"[Mesh]) OR (((((Outcome[Title/Abstract]) OR Outcomes[Title/Abstract]) OR Clinical Effectiveness[Title/Abstract]) OR Clinical Effectivenesses[Title/Abstract]) OR "Clinical Efficacy"[Title/Abstract]) OR "Clinical Efficacies"[Title/Abstract]))) AND ( ( Guideline[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR Review[ptyp] OR systematic[sb] ) AND ( "2011/01/01"[PDat] : "2018/03/09"[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 5 mars 2018. 1399 références ont été trouvées. Il reste 1398 références après la suppression des doublons.

Stratégie de recherche bibliographique pour Cochrane Library

ID	Search	Hits
#1	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)	13230
#2	MeSH descriptor: [Low Back Pain] explode all trees	2891
#3	"Lower Back Pain":ti,ab,kw or "Lower Back Pains":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	6824
#4	MeSH descriptor: [Chronic Pain] explode all trees	1178

- #5 #1 or #2 or #3 or #4 13230
- #6 MeSH descriptor: [Lumbosacral Region] explode all trees 435
- #7 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
- #8 #6 or #7 17001
- #9 MeSH descriptor: [Therapeutics] explode all trees 297563
- #10 therapeutic:ti,ab,kw or drug near/3 therapy:ti,ab,kw or therapy:ti,ab,kw or treatment:ti,ab,kw or pharmacotherapy:ti,ab,kw (Word variations have been searched) 660852
- #11 pharmacologic:ti,ab,kw or conservative:ti,ab,kw or "non-invasive":ti,ab,kw or "non invasive":ti,ab,kw or noninvasive:ti,ab,kw (Word variations have been searched) 19543
- #12 nonoperative:ti,ab,kw or "Non-operative":ti,ab,kw or "Non operative":ti,ab,kw or nonsurgical:ti,ab,kw or "non-surgical":ti,ab,kw (Word variations have been searched) 3208
- #13 MeSH descriptor: [Drug Therapy] explode all trees 137674
- #14 MeSH descriptor: [Pain Management] explode all trees 2845
- #15 MeSH descriptor: [Treatment Outcome] explode all trees 129292
- #16 "non surgical":ti,ab,kw or management:ti,ab,kw or outcome:ti,ab,kw or clinical near/3 effectiveness:ti,ab,kw (Word variations have been searched) 368129
- #17 "Clinical Efficacy":ti,ab,kw or "Clinical Efficacies":ti,ab,kw (Word variations have been searched) 11396
- #18 #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 816299
- #19 #5 and #8 and #18 Publication Year from 2011 to 2018, in Other Reviews (Word variations have been searched) 165

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 5 avril 2018. 165 références ont été trouvées. Les références ont été importées le 4 avril.

Stratégie de recherche bibliographique pour Scopus

```
(( (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 ( ( ( ( (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-ABS-KEY ( therapeutic ) OR TITLE-ABS-KEY ( drug W/3 therapy ) OR TITLE-ABS-KEY ( therapy ) OR TITLE-ABS-KEY ( therapies ) OR TITLE-ABS-KEY ( treatment ) OR TITLE-ABS-KEY ( pharmacotherapy ) OR TITLE-ABS-KEY ( pharmacotherapies ) OR TITLE-ABS-KEY ( pharmacologic ) OR TITLE-ABS-KEY ( conservative ) OR TITLE-ABS-KEY ( {non-invasive} ) OR TITLE-ABS-KEY ( {non invasive} ) OR TITLE-ABS-KEY ( noninvasive ) OR TITLE-ABS-KEY ( nonoperative ) OR TITLE-ABS-KEY (
```

{Non-operative}) OR TITLE-ABS-KEY ({Non operative}) OR TITLE-ABS-KEY (nonsurgical) OR TITLE-ABS-KEY ({non-surgical}) OR TITLE-ABS-KEY ({non surgical}) OR TITLE-ABS-KEY (management) OR TITLE-ABS-KEY (outcome) OR TITLE-ABS-KEY (clinical PRE/3 effectiveness) OR TITLE-ABS-KEY (clinical PRE/3 effectivenesses) OR TITLE-ABS-KEY ({Clinical Efficacy}) OR TITLE-ABS-KEY ({Clinical Efficacies}))) 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 4 avril 2018. Elle a permis de trouver 934 références. Les références ont été importées le 4 avril.

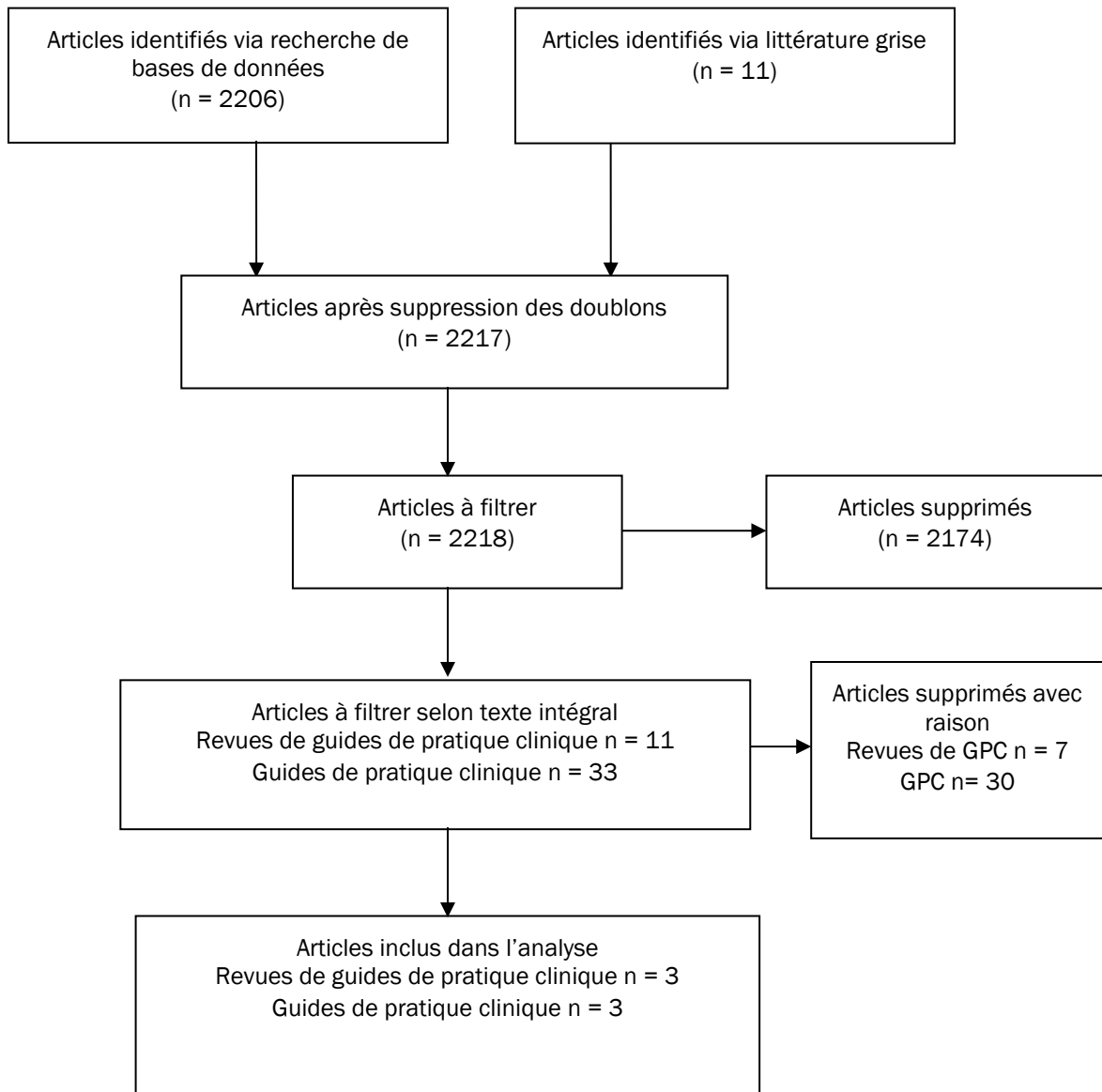
Résumé

Au total, 2497 références ont été trouvées et importées dans le logiciel de gestion bibliographique EndNote. À la suite de l'analyse de ces références, 291 doublons ont été repérés et supprimés de l'EndNote. Finalement, il reste 2206 références après la suppression des doublons.

ANNEXE V

REVUE SYSTÉMATIQUE SUR LES RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENTS POUR LA DOULEUR CHRONIQUE LOMBOSACRÉE : SÉLECTION DES ARTICLES

Diagramme PRISMA



Articles exclus avec raison

Revue de guides de pratique clinique

Auteur	Année	Titre	Journal	Raison d'exclusion
Amescua-Garcia	2018	Most relevant neuropathic pain treatment and chronic low back pain management guidelines : a change pain Latin America Advisory Panel consensus	Pain Medicine	Guides retenus sont plus vieux que 2011 et l'article ne rapporte pas les recommandations de chaque guide analysé
Metzger	2016	Evidence-based practice guidelines for the diagnosis and treatment of lumbar spinal conditions	The Nurse Practitioner	Méthodes de sélection et les guides inclus dans l'analyse pas clairs. Ne distingue pas quelles recommandations sont issues de quels guides
Reese and Mittag	2013	Psychological interventions in the rehabilitation of patients with chronic low back pain : evidence and recommendations from systematic reviews and guidelines	International Journal of Rehabilitation Research	N'inclus pas d'analyse de la qualité des données probantes
Ayats Diaz	2011	Enfoque diagnostico y terapeutico de la lumbalgia cronica	Dolor	La méthodologie n'est pas décrite
Ladeira	2011	Evidence based practice guidelines for management of low back pain : physical therapy implications	Revista Brasileira de Fisioterapia	Qualité de la revue est très faible
Marchettini	2013	What guidelines are available for sciatica and radicular pain?	Managing Sciatica and Radicular Pain in Primary Care (Ch 5 of Book)	Qualité de la revue est très faible
Garcia	2015	Abordaje clinico del dolor lumbar crónico : sintesis de recomendaciones basadas en la evidencia de las guias de practica clinica existentes	Anales Del Sistema Sanitario de Navarra	Qualité de la revue est faible

Revue systématique

10 revues systématiques ont été exclues d'emblée parce qu'elles avaient été publiées avant 2015, comme décrit dans les méthodes de ce rapport plus haut

Auteur	Année	Titre	Journal	Raison d'exclusion
Weiner et al. (7 articles)	2015	Deconstructing Chronic Low Back Pain in the Older Adult - Step by step evidence and expert-based recommendations for evaluations and treatment Part I (also includes all parts of this series)	Pain Medicine	N'utilise pas de recherche systématique de la littérature
Alper	2016	Point-of-care application of : Guidelines and evidence on acupuncture for chronic low back pain	European Journal of Integrative Medicine	N'inclut pas de GPC et n'a pas une revue systématique
Atlas	2017	Management of Low Back Pain : Getting from evidence-based recommendations to high-value care	Annals of Internal Medicine	N'inclut pas de GPC et n'a pas une revue systématique
Chou	2017	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'a pas de recherche systématique de la littérature
Itz	2015	Dutch Multidisciplinary Guideline for Invasive Treatment of Pain Syndromes of the Lumbosacral Spine	World Institute of Pain	Ne distingue pas entre la douleur aiguë et chronique
Allegri	2016	Mechanisms of low back pain : a guide for diagnosis and therapy	F1000 Research	N'a pas de recherche systématique de la littérature
Lisi	2018	Chiropractic integrated Care Pathway for Low Back Pain in Veterans : Results of a Delphi consensus process	Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics	N'a pas de recherche systématique de la littérature

Picelli	2016	Headache, low back pain, other nociceptive and mixed pain conditions in neurorehabilitation	European Journal of Physical and rehabilitation medicine	La recherche de la littérature arrête en 2013
Turin	2016	American Osteopathic Association Guidelines for Osteopathic Manipulative Treatment for Patients with Low back Pain	The Journal of American Osteopathic Association	N'a pas de recherche systématique de la littérature
NICE	2016	Low back pain and sciatica in over 16s : assessment and management	Journal of Physiotherapy	Ne distingue pas entre les traitements pour douleur aiguë et chronique
Chenot	2017	Non-specific low back pain	Deutsches Arzteblatt International	Article en allemand; n'a pas assez de détails méthodologiques en anglais
Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec	2015	Algorithme de prise en charge de la douleur lombaire		Les méthodes ne sont pas claires
Spinal manipulative therapy and other conservative treatments for low back pain : A guideline from the Canadian Chiropractic Guideline Initiative	Bussière	2018	Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics	Traite seulement de traitement chiropratique
Clinical Practice Guideline : Chiropractic Care for Low Back Pain	Globe	2018	Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics	Traite seulement de traitement chiropratique

ANNEXE VI

REVUE SYSTÉMATIQUE SUR LES RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENTS POUR LA DOULEUR CHRONIQUE LOMBOSACRÉE : QUALITÉ DES ARTICLES INCLUS

Tableau 1 Revues de guides de pratique clinique – Résumé des pointages AMSTAR 2 modifié

Partie 1

Auteur (année)	Inclusion de PICO/PIPOH	Méthodes établies a priori	Explication pour sélection des GPCs	Recherche de littérature complète	Double sélection des études	Double extraction de données	Liste d'études exclues avec justification
Pillastrini 2012	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui partiel
Wong 2017	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non
Acevedo 2016	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui partiel

Partie 2

Auteur (année)	Description des GPC	Évaluation de la qualité des GPC inclus	Combinaison et description des résultats adéquates	Tient compte des risques de biais dans l'interprétation des résultats	Explication et discussion de l'hétérogénéité des recommandations	Rapporte conflits d'intérêt	Global
Pillastrini 2012	oui	oui	oui	oui	oui	oui	modérée
Wong 2017	oui	oui	oui	oui	oui	non	modérée
Acevedo 2016	oui	oui	oui	oui	oui	non	faible/modérée

Tableau 2 Guides de pratique clinique – Résumé des pointages AGREEII

Domaine	American College of Physicians 2017	Toward Optimized Practice 2015	Veteran Affairs/Department of Defense 2017
1.Portée et objectif	21/21	21/21	21/21
2.Participation des parties prenantes	19/21	20/21	21/21
3.Rigueur du développement	55/56	51/56	53/56
4.Clarté de la présentation	21/21	21/21	19/21
5.Applicabilité	7/28	17/28	6/28
6.Indépendance éditoriale	14/14	14/14	14/14
Qualité globale	6/7	6/7	6/7

ANNEXE VII

REVUE SYSTÉMATIQUE SUR LES RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENTS POUR LA DOULEUR CHRONIQUE LOMBOSACRÉE : SYNTHÈSE DES DONNÉES PROBANTES DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Tableau 1 Interventions générales

Interventions générales		Références
Information/ éducation	3 GPC avec qualité de données modérée avaient tous une forte recommandation en faveur des programmes d'information et/ou d'éducation aux patients. Deux revues de GPC appuyaient aussi ces recommandations	GPC : OHA 2011, TOP 2015 ²⁶ , VA/DoD 2017 ²⁷ Revue de GPC : Wong 2017, Pillastrini 2012 ^{24,25,23,32}
Demeurer actif	2 GPC avec qualité de données de modérée à élevée recommandent de conseiller aux patients de demeurer actifs	GPC : SIGN 2013 et OHA 2011 (revue de GPC : Wong 2017)

Tableau 2 Traitements pharmacologiques

Traitements pharmacologiques		Références
Acétaminophène et AINS	6 GPC avec qualité de données modérées (dont 1 avait des données de haute qualité pour l'acétaminophène) ont évalués ces traitements. Tous recommandent l'utilisation de AINS, dont deux recommandent de considérer des IPP pour les patients de plus de 45 ans et deux recommandent de considérer les Inhibiteurs COX-2 sélectifs parce qu'ils semblent avoir moins d'effets secondaires. Tous avaient une recommandation pour l'utilisation d'acétaminophène, sauf un qui avait une forte recommandation son utilisation. Des deux revues de GPC, une recommande l'utilisation de ces médicaments et l'autre suggère qu'ils pourraient être considérés. Les deux citent qu'il est important de considérer les effets secondaires à court et à long terme.	GPC : OHA 2011, IHE 2011 ³³ , SIGN 2013, TOP 2015, ACP 2017 ³⁴ , VA/DoD 2017 Revue de GPC : Wong 2017, Pillastrini 2012
Opioides	6 GPC avec qualité de données allant de modérée à insuffisante ont évalué ce traitement. Trois le recommandent (dont une est une faible recommandation spécifique pour le Tramadol) seulement si tous les autres types de traitements ont échoué. Deux n'ont pas émis de	GPC : OHA 2011, IHE 2011, SIGN 2013, TOP 2015, ACP 2017, VA/DoD 2017 Revue de GPC : Wong 2017, Pillastrini

	<p>recommandation pour ou contre l'utilisation de ce type de traitement et mentionnent de considérer les risques importants, dont un qui recommande de consulter le Guide canadien sur l'utilisation des opioïdes pour la douleur chronique d'origine non cancéreuse 2017.</p> <p>Un guide avait une forte recommandation contre l'utilisation d'opioïdes. Les deux revues de GPC mentionnent qu'ils pourraient être considérés, mais d'aussi considérer les effets secondaires et risques, les préférences du patient et des réévaluations régulières de la condition du patient.</p>	2012
Duloxetine	3 GPC avec qualité de données modérée ont évalué ce traitement. Deux avaient une faible recommandation en faveur de l'utilisation de ce médicament et une n'a pas émis de recommandation pour ou contre.	GPC : ACP 2017, TOP 2015, VA/DoD 2017
Benzodiazepines	1 GPC avec qualité de données basse ne recommande pas l'utilisation de ce médicament. 1 revue de GPC avec qualité de données basse à modérée mentionne que ces médicaments pourraient être considérés (basé sur 1 GPC de 2007).	GPC : ACP 2017
Médicaments antiépileptiques	1 GPC avec qualité des données pas clairement évaluées recommande de considérer ces médicaments pour la douleur neuropathique, mais pas pour la douleur lombaire. 1 GPC n'émet pas de recommandation par faute de données suffisantes. 2 revues de GPC de qualité modérée ne donnent pas de recommandation en faveur ou à l'encontre, dont une se base sur 1 GPC qui ne recommande pas le Gabapentin et qui n'avait pas assez de données sur le Topiramate.	GPC : VA/DoD 2017, SIGN 2013 Revue de GPC : Pillastrini 2012, Wong 2017
Aspirine	1 revue de GPC de qualité modérée n'avait pas de données suffisantes pour émettre une recommandation.	Revue de GPC : Pillastrini 2012
Relaxants musculaires	6 GPC avec qualité de données faible à modérée ont évalué ce traitement. Les recommandations étaient très mitigées. 1 guide recommande son utilisation avec attention aux effets secondaires. 1 guide recommande son utilisation seulement pour de courtes périodes durant les recrudescences des symptômes. 4 GPC avaient une recommandation contre leur utilisation dont une qui recommande l'utilisation seulement lors d'une recrudescence des symptômes, sauf pour les benzodiazépines pour lesquelles il recommande fortement de ne pas les utiliser, en tout temps.	GPC : OHA 2011, IHE 2011, SIGN 2013, TOP 2015, ACP 2017, AV/DoD 2017
Antidépresseurs tricycliques	6 GPC avec qualité de données de faible à modérée ont évalué ce	GPC : OHA 2011, IHE 2011, SIGN 2013,

	traitement. Les recommandations étaient mitigées avec deux GPC qui ne recommandent pas leur utilisation et trois qui le recommandent, dont une qui émet une faible recommandation avec une note de les éviter pour les patients gériatriques et autres patients prenant des médicaments sérotoninergiques. Un GPC n'a pas donné de recommandation pour ou contre, mais conseille de considérer les risques et effets secondaires potentiels. Deux revues de GPC concluent qu'ils pourraient être considérés, mais de tenir compte des risques d'effets secondaires.	TOP 2015, ACP 2017, VA/DoD 2017 Revue de GPC : Pillastrini 2012, Wong 2017
Corticostéroïdes systémiques	2 GPC avec qualité de données faible à modérée ont une forte recommandation contre l'utilisation de corticostéroïdes systémiques.	GPC : ACP 2017, AV/DoD 2017
Herbes médicinales (sauf cannabis)	2 GPC ont considéré les herbes médicinales. Un n'a pas émis de recommandation par manque de données suffisantes et l'autre a donné des recommandations basées sur une revue systématique. Les recommandations positives sont les suivantes : extrait aqueux de Harpagophytum procumbens (Griffe du diable) à une dose de 50 mg de harpagose (peut être associée avec une toux récurrente, tachycardie, problèmes digestifs), combinaison d'extraits de saule à une dose de 240mg salicine/jour, cataplasme de capsicum frutescens (peut être associé avec eczéma, urticaire, taches hémorragiques, vésiculations, dermatites, prurit.	GPC : TOP 2015, VA/DoD 2017
Cannabis	1 GPC a considéré le cannabis selon l'opinion d'experts par manque de données de la littérature suffisantes et n'a pas émis de recommandation pour ou contre son utilisation.	TOP 2015

Tableau 3 Traitements non pharmacologique

Traitements non pharmacologiques		
Thérapie psychologique	5 GPC ont examiné cette intervention avec une qualité des données de faible à modérée. Tous recommandent son utilisation, dont deux avaient une forte recommandation, particulièrement la thérapie cognitivo-comportementale. Les autres approches recommandées sont la relaxation musculaire progressive, réduction du stress basée sur la méditation pleine conscience et des approches combinées. La préférence du patient est à tenir en compte.	GPC : OHA 2011, IHE 2011, TOP 2015, ACP 2017, VA/DoD 2017 Revue de GPC : Wong 2017, Pillastrini 2012
Exercice physique	7 GPC ont examiné ce type d'intervention avec une qualité des données modérée. Tous ont recommandé l'exercice physique, sauf	GPC : OHA 2011, NASS 2014 ³³ , IHE 2011, SIGN 2013, TOP 2015, ACP 2017, VA/DoD

	un qui n'a pas émis de recommandation par manque de données suffisantes. Une revue de GPC conclut que l'exercice physique est recommandé. Il ne semble pas y avoir de type d'exercice qui soit supérieur aux autres. Un guide de pratique clinique a analysé l'exercice aquatique en particulier et recommande son utilisation.	2017 Revue de GPC : Pillastrini 2012, Wong 2017
Exercice de contrôle moteur	1 GPC avec qualité de données faible émet une faible recommandation en faveur de cette intervention.	GPC : ACP 2017
Tai-Chi	2 GPC avec qualité de données faible à modérée recommandent la pratique du Tai-Chi.	GPC : ACP 2017, VA/DoD 2017
Yoga	5 GPC avec qualité de données faible à modérée recommandent la pratique du yoga. Un GPC recommande particulièrement le Viniyoga et le Iyengar yoga. Une revue de GPC conclut que le yoga est recommandé.	GPC : OHA 2011, IHE 2011, TOP 2015, ACP 2017, VA/DoD 2017 Revue de GPC : Wong 2017
Réadaptation physique active	Une revue de GPC recommande la réadaptation physique active.	Revue de GPC : Pillastrini 2012
Thérapie manuelle	1 GPC avec qualité de données modérée recommande que la thérapie manuelle puisse être considérée pour une courte durée. Une revue de GPC conclue qu'elle pourrait être considérée.	GPC : SIGN 2013 Revue de GPC : Wong 2017
Manipulation spinale	5 GPC avec qualité de données faible à modérée ont évalué cette intervention. 4 d'entre eux ont émis une faible recommandation pour la manipulation spinale, tandis qu'un ne se prononce ni pour ni contre. Un GPC recommande la manipulation spinale spécifiquement pour la radiculopathie. Une revue de GPC conclue que celle-ci pourrait être considérée.	GPC : OHA 2011, NASS 2014, TOP 2015, ACP 2017, VA/DoD 2017 Revue de GPC : Wong 2017
Massothérapie	4 GPC avec qualité de données faible à modérée ont examiné cette intervention. 3 recommandent son utilisation, dont un qui la recommande dans le cadre d'un programme de réadaptation plus large. 1 GPC ne recommande pas la massothérapie. Cependant, des questionnements subsistent par rapport à cette recommandation considérant les données primaires qui semblaient la supporter.	GPC : OHA 2011, IHE 2011, TOP 2015, ACP 2017
Traction	4 GPC avec qualité de données faible à insuffisantes ont évalué cette intervention. Deux ont une recommandation contre la traction tandis que deux n'avaient pas suffisamment de données pour se prononcer pour ou contre. Une revue de GPC avait une recommandation contre la traction.	GPC : NASS 2014, TOP 215, ACP 2017, VA/DoD 2017 Revue de GPC : Pillastrini 2012

Support lombaire	2 GPC avec qualité de données faible estimaient ne pas avoir assez de données pour se prononcer pour ou contre le support lombaire. Une revue de GPC ne recommande pas cette intervention.	GPC : ACP 2017, VA/DoD 2017 Revue de GPC : Pillastrini 2012
Rétroaction biologique (Biobeedback)	1 revue de GPC ne recommande pas cette technique.	Revue de GPC : Pillastrini 2012
Hydrothérapie	2 GPC avec qualité de données faible à inconnue ont évalué cette intervention. Une recommande l'hydrothérapie tandis que l'autre ne pouvait pas émettre de recommandation. Une revue de GPC conclut que l'hydrothérapie pourrait être considérée.	GPC : IHE 2011, TOP 2015 Revue de GPC : Pillastrini 2012
TENS	4 GPC avec qualité de données faible à insuffisante ont examiné ce traitement avec des conclusions mitigées. Un GPC avait une recommandation contre, deux GPC n'avaient pas suffisamment de données pour émettre des recommandations pour ou contre et un GPC recommande de le considérer comme adjuvant à une thérapie active. Une revue de GPC avait une recommandation contre le TENS.	GPC : IHE 2011, TOP 2015, ACP 2017, VA/DoD 2017 Revue de GPC : Pillastrini 2012
Ultrason, traitement au laser de basse intensité	6 GPC de qualité faible à insuffisante ont examiné ces interventions. 4 GPC n'avait pas suffisamment de données pour émettre une recommandation. 2 GPC ont une faible recommandation en faveur du traitement au laser de basse intensité et une de ces deux GPC recommande contre l'utilisation de l'ultrason. Une revue de GPC n'avait pas de recommandation concluante pour ces interventions.	GPC : NASS 2014, SIGN 2013, IHE 2011, TOP 2015, ACP 2017, VA/DoD 2017 Revue de GPC : Pillastrini 2012
Programmes de traitements multidisciplinaires et interdisciplinaires	5 GPC avec qualité de données modérée recommandent la participation dans des programmes de traitements multidisciplinaires. Deux d'entre eux le recommandent en particulier si le patient n'a pas obtenu de résultats positifs avec des approches plus limitées dans les services de soins de première ligne. Une revue de GPC conclut aussi que ces programmes sont recommandés.	GPC : OHA 2011, IHE 2011 TOP 2015, ACP 2017, VA/DoD 2017 Revue de GPC : Pillastrini 2012
Programmes d'autogestion	1 GPC recommande les programmes d'autogestion, particulièrement ceux basés dans la communauté.	TOP 2015

Tableau 4 Traitements effractifs

Traitements invasifs		
Acupuncture	6 GPC avec qualité de données faible à modérée recommandent l'acupuncture. Deux d'entre eux spécifient une pertinence à court terme et en accompagnement d'un programme de réadaptation active plus large. Les préférences du patient sont à considérer. Une revue de GPC conclue que l'acupuncture peut être recommandée.	GPC : OHA 2011, IHE 2011, SIGN 2013, VA/DoD 2017, TOP 2015, ACP 2017 Revue de GPC : Pillastrini 2012
Prolothérapie	1 GPC ne pouvait pas émettre de recommandation basée sur l'opinion d'experts. Une revue de GPC ne recommande pas la prolothérapie.	GPC : TOP 2015 Revue de GPC : Pillastrini 2012
Thérapie électrothermique intradiscale	1 GPC avec qualité de données modérée avait une recommandation contre l'utilisation de cette intervention.	GPC : Manchikanti 2013
Radiofréquence facettai	2 GPC avec qualité de données modérée à insuffisante ont examiné cette intervention. Une recommande de personnaliser le traitement tandis que l'autre n'avait pas suffisamment de données pour émettre de recommandation.	GPC : Manchikanti 2013 ³⁵ , VA/DoD 2017
Stimulation médullaire	1 GPC avec qualité de données faible à modérée conclue que ce traitement pourrait être recommandé pour traiter le syndrome d'échec post chirurgical rachidien.	Manchikanti 2013

ANNEXE VIII

RESSOURCES SUR LE TERRITOIRE DU CIUSSSE-CHUS

Sites d'information :

- Association québécoise de la douleur chronique
- Association de la Fibromyalgie de l'Estrie (AFE)
- Coalition d'une vie active pour les aînés
- Société de l'arthrite
- Esprit de continuum (site internet avec toutes les ressources offertes au Haut-Saint-François)
- Vidéos d'entraînement gratuit M.O.V.E : <http://move50plus.ca/>

Organismes communautaires/centres :

Femmes :

- Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAQ)
- Centre des femmes dans plusieurs régions
- Centre des femmes La parolière
 - Rencontre individuelle avec intervenante, possibilité d'un suivi, coût dépend des revenus de la personne
 - Art thérapie
 - Autres activités
- Centre des femmes du Val St-François
- Centre des femmes du Haut-Saint-François La Passerelle
- Centre des femmes des Cantons (Cowansville)
- Centre des femmes de la MRC du Granit (Lac-Mégantic)
- Centre des femmes Memphrémagog
- Centre des femmes de Granby, Entr'elles

Gestion familiale :

- Maison de la famille : rencontre individuelle/conjugale/en famille, conférences et ateliers
- Référer à un CLSC du secteur de la personne (travailleur social)

Activités de groupe :

- Sercovie (+ de 50 ans)
- Association de Fibromyalgie de l'Estrie (AFE)
- FADOQ (+ de 50 ans)
- Idées sur bouge en Estrie : options sur le site internet par ville.
<http://www.bougeenestrie.ca/estrie/fr/activites.php>
- Club de marche (ex : avec sercovie, carrefour de l'Estrie)

Gestion de stress :

- Centre de méditation de l'Estrie - rencontres hebdomadaires tous les jeudis soirs. (bâtiment de sercovie)
- Centre de méditation : <https://meditationasherbrooke.org> (10 \$/cours - 40 \$/5 cours (Ami du centre & PA : sans frais)
- L'Autre Rive (gestion d'anxiété et de trouble psychosocial)

Ateliers/partage de connaissances :

- *Agir sur sa santé* offert au CLSC :
 - RLS Asbestos : 819-879-7158, poste 39400
 - RLS Coaticook : 819-849-9102, poste 57316
 - RLS du Granit : 819-583-2572, poste 2470
 - RLS du Haut-St-François : 819-821-4000, poste 38232
 - RLS de Memphrémagog : 819-843-2572 (demander accueil santé)
 - RLS Sherbrooke : 819-780-2222, poste 48960
 - RLS de Val Saint-François : 819-542-2777 poste 55268
 - Ateliers offerts sur divers aspects pour atteindre un mode de vie actif et sein

Groupes/réseaux d'aide :

- Organisé par l'association québécoise de la douleur chronique : rencontres au CRE
- Secours amitié (819-564-2323)

Physiothérapie :

- Clinique Universitaire de Réadaptation Estrie (CURE) : offre aussi le programme PEGASO-Lombalgie, sur 2 séances de 2hrs

Livres recommandés :

- Libérez-vous de la douleur par la méditation et l'ACT de Frédérick Dionne
- Prêt! Pas prêt! Je cuisine de Johanne Montminy et Sylvie Tétréault

- Outils pour aider à structurer routine d'alimentation et préparation de repas (incluant recettes)
- La douleur de la souffrance au mieux-être de Marie-Josée Rivard
- Apprivoiser la douleur et la souffrance autrement de Michel Dufour et Jean Lamarche

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, 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	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'analyses 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						

Tableau 4 Questions sur l'importance des traitements

	Traitement proposé					
	Infiltration de corticostéroïdes	Activités physiques supervisées de type corps-esprit	Activités physiques supervisées de type sportif	Manipulations physiques	Cours d'autogestion	Psychothérapie
Score à la question du classement (1 à 6) *	4,20	3,33	3,65	2,59	3,03	4,20
Suivre ce traitement pour le mal de dos fait beaucoup de sens	3,01	3,89	3,64	4,16	4,18	3,76
Je pense que ce traitement est assez inutile pour les personnes ayant mal au dos *	2,66	2,44	2,46	2,29	2,33	2,54
J'ai des inquiétudes sur le fait de suivre ce traitement pour mon mal de dos *	3,33	2,22	2,63	2,19	1,99	2,27
Je suis confiant que ce traitement serait adéquat pour mon mal de dos	2,93	3,82	3,54	4,03	4,05	3,67
Note : les questions avec * indiquent que plus le score est bas, plus le traitement est apprécié						

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

Québec 

