

# Infiltrations de corticostéroïdes et autres traitements pour la douleur chronique musculosquelettique lombosacrée d'origine non cancéreuse

Plan de cadrage et de réalisation

juin 2018

*Rédigé par*

**Maria Benkhalti et Pierre Dagenais**

Ce document est le plan de cadrage et de réalisation de l'ETMI à entreprendre. Il expose les besoins du demandeur et rappelle la question décisionnelle qu'il a formulée lors de la période de cadrage du projet. De cette question décisionnelle découlent des questions d'évaluations. Ce plan expose la démarche évaluative à employer pour répondre à chacune des questions d'évaluations. Il expose aussi les méthodes délibératives et le processus de formulation des recommandations et du plan d'arrimage avec la trajectoire maladies chroniques musculosquelettiques et douleur chronique qui seront employés. Finalement, il fait état de la participation de diverses parties prenantes, des échéanciers que l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'engage à respecter et des livrables escomptés par le demandeur.

## **Consultation**

Les personnes suivantes ont été consultées dans l'élaboration du plan de réalisation de cette ETMI :

Thomas Poder, Chercheur d'établissement et conseiller en évaluation, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux (UETMISSS), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie — Centre Hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

**Carine Fortin**, Adjointe au directeur, Direction des services généraux

**Mona Abaoui**, Courtière de connaissances, Direction administrative de la recherche

**Maryse Berthiaume**, Adjointe au directeur, Direction administrative de la recherche

**Mykola Krupko**, Bibliothécaire, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie — Centre Hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

## **Collaboration**

Groupe de recherche de Dr Alain Vanasse, Université de Sherbrooke

Groupe de travail du Comité d'animation de la trajectoire maladies chroniques musculosquelettiques et douleurs chroniques de Soutien à la première ligne

Thomas Poder, Conseiller en évaluation, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux (UETMISSS), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie — Centre Hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

## **Rédaction**

**Maria Benkhalti**, Chercheuse d'établissement et conseillère en évaluation, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux (UETMISSS), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie — Centre Hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

**Pierre Dagenais**, Médecin conseil, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux (UETMISSS), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie — Centre Hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

## **Sous la direction de**

**Véronique Déry**, Directrice scientifique, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux (UETMISSS), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie — Centre Hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

# TABLE DES MATIERES

<b>SIGLES ET ABRÉVIATIONS .....</b>	<b>IV</b>
<b>1 INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
1.1 LA DOULEUR CHRONIQUE .....	1
1.2 LES TRAITEMENTS .....	2
1.3 CONTEXTE ET BESOIN DÉCISIONNELS .....	3
1.4 DIMENSIONS INCLUES ET EXCLUES .....	4
<b>2 QUESTIONS D'ÉVALUATION .....</b>	<b>4</b>
2.1 MODELE LOGIQUE ET CADRE D'ANALYSE .....	6
<b>3 MÉTHODES D'ÉVALUATION.....</b>	<b>9</b>
3.1 LENTILLE ÉQUITÉ .....	9
3.2 PHASE PRÉPARATOIRE.....	9
3.3 PHASE DÉVELOPPEMENT.....	11
3.3.1 <i>Recension des écrits.....</i>	<i>11</i>
3.3.2 <i>Données contextuelles.....</i>	<i>14</i>
3.3.3 <i>Triangulation et contextualisation .....</i>	<i>15</i>
3.3.4 <i>Soutien aux bonnes pratiques.....</i>	<i>15</i>
3.4 PHASE FINALE .....	16
3.4.1 <i>Élaboration de recommandations préliminaires .....</i>	<i>16</i>
3.4.2 <i>Consultation avec le comité consultatif et pondération des recommandations .....</i>	<i>16</i>
3.4.3 <i>Production d'un rapport contenant les recommandations finales .....</i>	<i>16</i>
<b>4 PARTICIPATION DES PARTIES PRENANTES .....</b>	<b>16</b>
4.1 PATIENTS .....	16
4.2 COMITÉ CONSULTATIF.....	17
4.3 COMITÉ D'ANIMATION DE LA TRAJECTOIRE MALADIES CHRONIQUE MUSCULOSQUELETTIQUES ET DOULEUR CHRONIQUE.....	18
<b>5 ACTIVITÉS DE COMMUNICATION ET TRANSFERT DES CONNAISSANCES .....</b>	<b>18</b>
<b>6 PRODUITS LIVRABLES .....</b>	<b>19</b>
<b>7 ÉCHÉANCIER DÉTAILLÉ .....</b>	<b>19</b>
<b>8 RÉFÉRENCES .....</b>	<b>20</b>

## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

<b>CAT</b>	Comité d'animation de la trajectoire
<b>CHUS</b>	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
<b>CISSS</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<b>CIUSSS</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
<b>ETMI</b>	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
<b>GMF</b>	Groupe de médecine de famille
<b>GRADE</b>	Grading of recommendations assessment, development and evaluation
<b>PRISMA</b>	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses
<b>UETMISSS</b>	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et en services sociaux

# 1 INTRODUCTION

## 1.1 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. Elle se manifeste en la présence ou absence de processus pathologique démontrable et ne répond pas de façon attendue aux interventions biomédicales, par une amélioration de la condition (Brown, 2008; Manchikanti et al., 2013). 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 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 psychologique (Brown, 2008).

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 % (Reitsma, Tranmer, Buchanan, & VanDenKerkhof, 2012; Schopflocher & Harstall, 2008). Cette variabilité peut aussi partiellement s'expliquer par les iniquités entre différents groupes sociodémographiques. En effet, la prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (Reitsma et al., 2012). Par exemple, l'Enquête nationale sur la santé de la population a rapporté en 2004/2005 une prévalence 16,1% chez les hommes et de 22,7 % chez les femmes. 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 (versus 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 (versus celles étant mariées) semblent être à risque plus élevé de développer une douleur chronique (Reitsma et al., 2012).

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 leur vie (Bowker & Ledbetter, 2011). 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 (Chou et al., 2015; Qaseem, Wilt, McLean, Forciea, & Physicians, 2017). Seule une petite portion (2 % à 7 %) des individus présentant une lombalgie aigüe développent une douleur chronique (Bowker & Ledbetter, 2011).

La pathophysiologie spécifique de la lombalgie chronique reste souvent difficile à définir (Chou et al., 2015; Golob & Wipf, 2014). Des causes générales fréquentes incluent la radiculopathie due à une sténose spinale ou un coincement d'une racine nerveuse associés à des anomalies d'imagerie (tel que la spondylose ou la hernie discale) ou encore une lombalgie non spécifique. Cependant, il n'existe pas d'association claire entre la cause (c.-à-d. les images radiologiques) et la présence et/ou sévérité de la douleur (Chou et al., 2015; Golob & Wipf, 2014; Patrick, Emanski, & Knaub, 2014).

## 1,2 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 chirurgicaux (Chou et al., 2015).

Les traitements pharmacologiques incluent différents médicaments entrant dans huit catégories générales : (1) acétaminophène et anti-inflammatoires non stéroïdiens (2) relaxants musculaires (tel que : benzodiazepines, cyclobenzaprine), (3) corticostéroïdes systémiques (4) opioïdes (5) antidépresseurs tricycliques (tel que : amitriptyline), (6) médicaments topiques (7) médicaments anticonvulsifs (tel que : Gabapentin), (8) plantes médicinales (tel que : Capsicum frutescent, marijuana) (Qaseem et al., 2017).

Les traitements non pharmacologiques peuvent inclure une large gamme d'options telles que l'exercice (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 (tel que l'ultrason, l'application de froid ou chaleur superficielle, TENS), les supports lombaires, la thérapie au laser, etc. (Qaseem et al., 2017).

Les traitements par injections consistent en des injections de médicaments visant à réduire l'inflammation, le plus souvent consistant de corticostéroïdes accompagnés ou non d'anesthésiants locaux. Ces injections sont administrées dans diverses structures de la colonne vertébrale, telles que l'espace épidual, les facettes, les disques intervertébraux, etc. Elles peuvent donc être soit facettaires (qui incluent aussi les injections périfacettaires ou capsulaires et les injections de branche médiale du nerf facettaire) ou périurales (qui incluent les injections par voie interlamellaire, caudale et transforaminale) (Chou et al., 2015; Poutos, Panteli, Walters, Bush, & Gianmoudis, 2016).

Il existe d'autres thérapies interventionnelles incluant la thérapie électrothermique intradiscale, la dénervation par radiofréquence, etc. Certains groupes, tel que NINDS, etc., considèrent ces thérapies un forme de chirurgie minimalement invasive. De plus, d'autres types de traitements chirurgicaux sont aussi disponibles (Chou et al., 2015).

L'administration de certains de ces traitements requiert l'accès à des plateaux techniques. Notamment, certains types d'infiltrations se réalisant sous imagerie, tel 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.

Tel que détaillé dans le modèle logique plus bas (Figure 1), 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 (Panteli, Kreis, & Busse, 2016; Reitsma et al., 2012; Schopflocher & Harstall, 2008). Par exemple, la majorité des traitements non pharmacologiques et non chirurgicaux ne sont pas couverts par la RAMQ. Ceci pourrait donc présenter une barrière financière pour certains individus de niveau socioéconomique plus faible à l'obtention de traitements optimaux. De plus, les patients peuvent avoir des préférences de traitements qui diffèrent de celles des professionnels de la santé. Par exemple, une étude a démontré que malgré l'augmentation des taux de chirurgies pour le traitement de la douleur lombosacrée, ce n'est 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 suivre (Klojgaard et al., 2014).

### 1,3 CONTEXTE ET BESOIN DÉCISIONNELS

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

Le Comité d'animation de la trajectoire (CAT) 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 d'une revue exploratoire, décrite plus bas, ont soulevé certains doutes quant à l'efficacité des infiltrations de corticostéroïdes et ont conséquemment mené au questionnement des autres options de traitements adéquats à la gestion de la douleur chronique lombosacrée. De plus, une collaboration avec le Service du transfert de connaissances du Bureau des pratiques pertinentes sur les moyens optimaux de soutenir les bonnes pratiques recommandées a aussi été soulevée.

#### **Question décisionnelle**

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



## 1,4 DIMENSIONS INCLUSES ET EXCLUES

Suite à une série de discussions avec le CAT, il a été décidé que l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS examinera l'efficacité et la sécurité des injections de corticostéroïdes ainsi que les autres options thérapeutiques pour la douleur chronique lombosacrée. Considérant la demande initiale du CAT et la disponibilité des ressources, l'analyse de l'efficacité et de la sécurité des infiltrations de corticostéroïdes sera plus approfondie tandis que la pertinence des autres traitements sera recommandée selon les recommandations déjà existantes dans les guides de pratique clinique, telles que décrites plus bas. Elle analysera les modalités de prise en charge à privilégier dans le contexte du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. De plus, elle inclura les données d'une étude parallèle visant à définir les préférences de traitements des patients souffrant de douleur lombosacrée. L'ETMI examinera aussi les implications éthiques des considérations de différentes modalités de prise en charge. Elle considérera les iniquités en appliquant une lentille équité à l'ensemble du projet et en utilisant des méthodes propices à cette analyse, comme détaillée plus bas.

Cette ETMI n'inclura pas d'analyse économique quoiqu'elle inclura les considérations économiques obtenues lors de la recherche de la littérature. De plus, elle n'inclura pas d'évaluation de l'implantation des recommandations émises. Cependant, l'UETMISSS travaille de près avec le CAT afin d'assurer une collecte de données et la formulation de recommandations qui soient propices à une évaluation éventuelle.

## 2 QUESTIONS D'ÉVALUATION

Suite à 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 propose quatre questions d'évaluations :

### Dimensions efficacité et sécurité

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

Question 2 : Quelles sont les options de traitements efficaces et sécuritaires pour le traitement de la douleur chronique lombosacrée ? (excluant la chirurgie)

Question 3 : Quel type de patient bénéficierait le plus de chacune des interventions démontrées efficaces et sécuritaires ?

### 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** 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, St-John's Wart, etc.), exercice, psychothérapie, acupuncture, manipulation spinale, modalités physiologiques et physiques (tel que l'ultrason, l'application de froid ou chaleur superficielle, TENS), les supports lombaires, la thérapie au laser, etc. Exclu : chirurgie*)
Professionnels visés	Tous les professionnels de la santé et gestionnaires pertinents
Outcomes (résultats)	<b>Patient</b> : douleur lombosacrée, qualité de vie, capacité fonctionnelle, gestion des effets secondaires, autres à définir <b>Système</b> : augmenter l'accessibilité aux traitements/ modes d'interventions (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 comme demandé par le CAT.

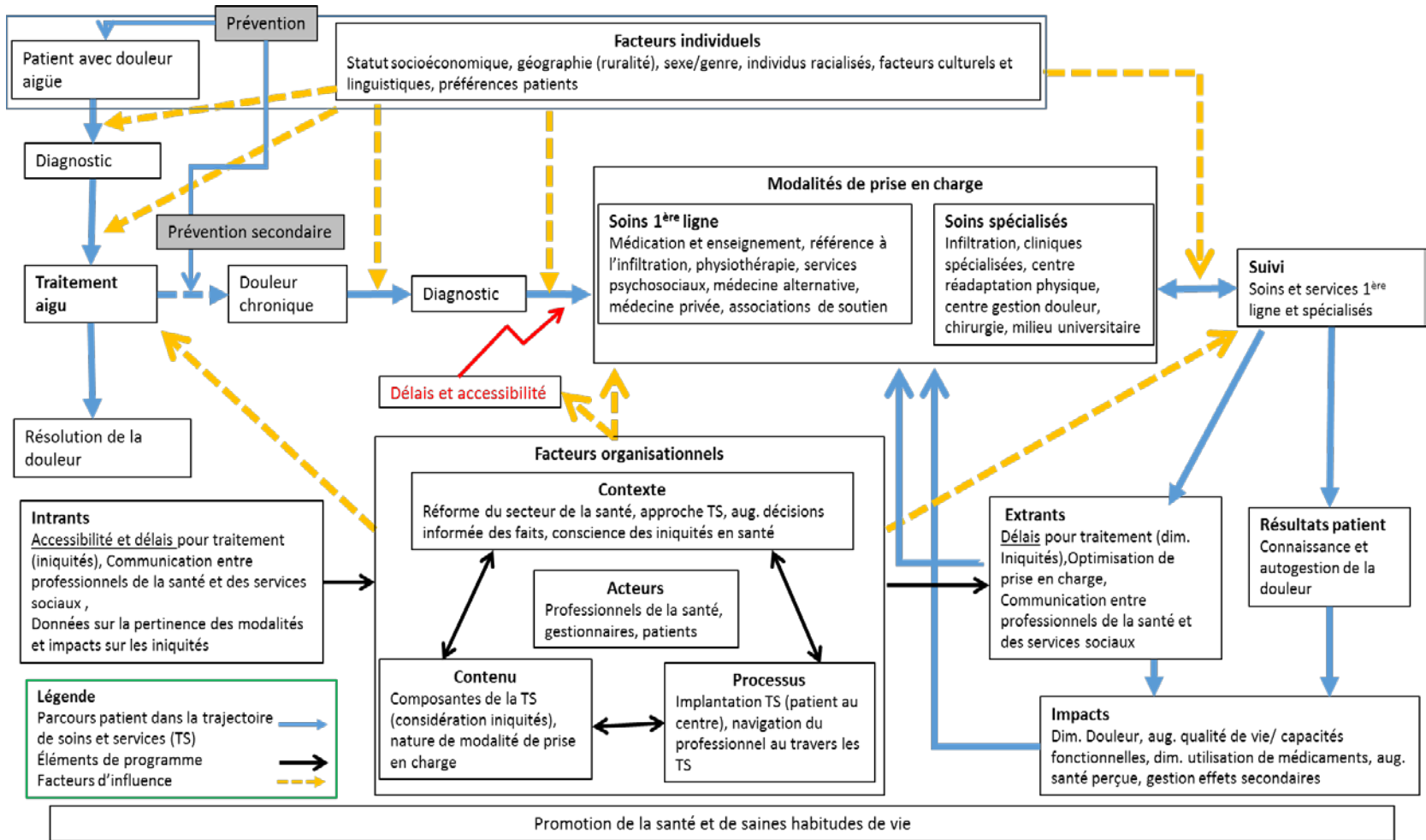
## 2,1 MODELE LOGIQUE ET CADRE D'ANALYSE

### **Modèle logique**

Afin de représenter la complexité de cette problématique, un modèle logique a été développé. 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 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 1 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). Celui-ci contient quatre éléments s'influençant mutuellement, dont le contexte où se situe le projet, les processus utilisés et le contenu des éléments d'analyse 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.

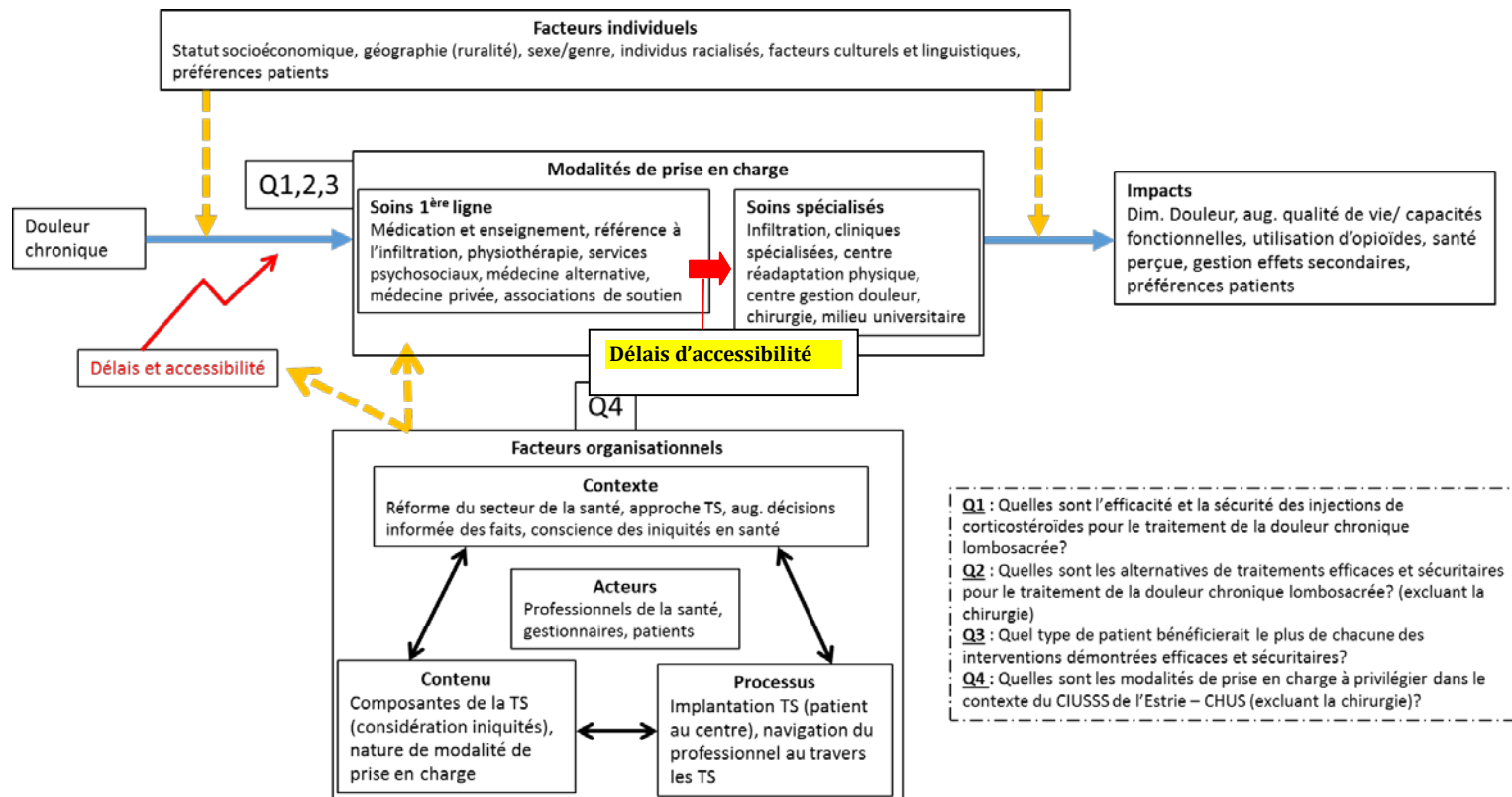
Figure 1. Modèle logique de la prise en charge des douleurs chroniques musculosquelettiques



## Cadre d'analyse

Les points saillants du modèle logique de cette ETMI ont été extraits pour former un cadre d'analyse. Celui-ci représente les quatre questions de recherche qui en émergent, tel que décrites ci-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 impactent tout de même les résultats que nous obtiendrons aux questions de recherche. De plus, leur considération sera incluse dans l'analyse d'iniquité telle que décrite plus en détail dans la section «Méthodes d'évaluation» plus bas.

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



## 3 MÉTHODES D'ÉVALUATION

Cette ETMI est composée de trois phases : (1) phase de cadrage, (2) phase réalisation, (3) phase finalisation. Une lentille équité est insérée tout au long de l'évaluation pour assurer des recommandations finales qui tiennent compte des groupes minoritaires et des iniquités potentielles.

### 3,1 ENJEUX ÉTHIQUES ET LENTILLE ÉQUITÉ

Cette problématique fait face à différents enjeux éthiques potentiels. Notamment, les quatre principes les plus communément reconnus incluent autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, justice. Concrètement, ceux-ci pourraient inclure le choix de traitement face à de faibles preuves d'efficacité et des différentes préférences du patient, le stigma social face à certains traitements tel que les opioïdes et le cannabis, etc. Ces différents enjeux seront certainement soulevés lors des différentes communications avec les membres du comité consultatif et seront intégrés dans l'analyse et la formulation des recommandations. Cependant, compte tenu des réalités du CIUSSS de l'Estrie — CHUS, nous avons choisi de considérer de façon plus explicite les éléments contribuant aux iniquités dans le territoire. Particulièrement, aux différences d'accessibilité et les répercussions sur les résultats des patients.

L'iniquité en santé est concernée non seulement par les disparités dans le statut de santé entre les différents groupes populationnels, mais aussi par le fait que ces disparités soient injustes et évitables (Whitehead, 1992). Ceci implique que ces différences sont le résultat de facteurs structurants sociétaux et/ou institutionnels. Par conséquent, l'inclusion d'une lentille équité vise à dévoiler, en plus des disparités existantes dans les paramètres et résultats du statut de santé, les facteurs modulant ces résultats dans le but d'identifier des mécanismes d'actions pour contrer ces iniquités (Panteli et al., 2016). Comme démontré ici-bas, la lentille équité s'incorpore dans toutes les phases et activités du projet. Nous avons développé un outil aide-mémoire en nous basant sur le cadre d'équité en ETMI proposé par Culyer & Bombard (2012) afin de considérer les implications d'équité de façon systématique à travers ce projet. Le cadre comprend 13 domaines clés à considérer lors du processus de décision pour entreprendre une ETMI ainsi que lors de la préparation et complétion d'une ETMI. Ceux-ci ont été organisés selon les étapes de cette ETMI. Une version préliminaire de cet outil se trouve en annexe (Annexe 2). Cette ETMI servie de projet pilote pour cet outil.

### 3,2 PHASE PRÉPARATOIRE

La phase préparatoire consiste en la préparation et la finalisation du plan de cadrage. Pour ce faire, les démarches suivantes ont été entreprises :

1. Survol de la littérature

Nous avons effectué un survol de la littérature sur la douleur chronique et les traitements disponibles ainsi qu'une revue exploratoire de l'efficacité et la sécurité des injections de corticostéroïdes en particulier. Nous avons aussi exploré les données sur les différences de fardeau de maladie à travers les groupes populationnels ainsi que les iniquités d'accès ou d'impacts des traitements disponibles.

2. Établissement de la portée de l'ETMI

Suite à la demande du CAT et aux résultats obtenus de la revue exploratoire, il a été déterminé que l'ETMI comportera deux volets. Le premier sera une recherche plus approfondie sur l'efficacité et la sécurité des infiltrations de corticostéroïdes avec ou sans anesthésiants locaux. Le second sera plus large et portera sur les recommandations présentement émises par d'autres institutions sur les autres traitements, excluant la chirurgie. Les deux volets incluront les différents éléments d'analyse nécessaires pour répondre à toutes les questions de recherche, notamment les types de patients qui bénéficient et les modalités de prise en charge à privilégier compte tenu du contexte estrien.

Nous avons établi un dialogue en continu avec le Comité d'animation de la trajectoire maladies chroniques - musculosquelettiques et douleur chronique afin de s'assurer que les résultats de l'ETMI répondent à ses besoins. Afin de maximiser les données dont nous disposerons pour formuler les recommandations, nous avons créé des liens avec des chercheurs d'établissement, créé un projet parallèle qui alimentera cette ETMI ainsi que fait appel aux ressources de groupes de travail du CAT. Ainsi, nous maximiserons les ressources et la capacité d'obtenir des données incluant l'analyse de données désagrégées. De plus, notre comité consultatif, décrit ci-dessous et incluant des membres diversifiés, validera la portée de cette ETMI. Ce faisant, nous avons essayé de minimiser les biais que la portée de cette ETMI puisse avoir.

3. Mise sur pied et consultez le comité consultatif

En consultation avec le CAT, nous avons établi une liste de parties prenantes et établi des liens avec les personnes clés de chaque groupe. Ainsi, les membres du comité amèneront leur perspective et celle de leur domaine par rapport à la problématique et aux démarches entreprises pour y répondre, comme détaillées dans la section 4.2 plus bas. Ce comité se réunira un minimum de trois fois. Une première rencontre servira à présenter et commenter le plan de cadrage. La deuxième rencontre aura pour but la présentation et discussion des données obtenues et direction des résultats préliminaires. La troisième rencontre visera à finaliser et prioriser les recommandations à emmètre au CAT. Les membres seront aussi consultés entre les rencontres afin d'amener leurs perspectives sur la problématique et les moyens et approches de soutenir les bonnes pratiques.

4. Consultation d'experts externes sur la démarche

Nous avons recherché des experts ayant entrepris des projets similaires à celui-ci afin d'obtenir leur perspective et incorporer les apprentissages de leurs expériences dans notre démarche. Notamment, nous avons contacté les coordonnateurs du Ambassador Guidelines Adaptation and Development Program en Alberta ainsi que les

coordonnateurs du programme de Cliniques d'accès rapide pour la douleur au genou, hanche et la région lombaire en Ontario.

### 3,3 PHASE DÉVELOPPEMENT

La phase développement sera constituée de trois composantes : la recension des écrits, la contextualisation aux réalités du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, le soutien aux bonnes pratiques.

#### 3.3.1 RECENSION DES ÉCRITS

##### **Recherche systématique de la littérature indexée**

Chaque étape de la recherche systématique se fera par deux évaluateurs. En cas de désaccord, un troisième évaluateur sera appelé à modérer et/ou trancher quant à la décision finale. Afin de répondre à la question décisionnelle et aux questions d'évaluation, la recherche systématique sera divisée en deux volets. Le premier, sur les infiltrations de corticostéroïdes, sera plus approfondi et le deuxième sur les autres options de traitements sera plus large, comme décrit ci-dessous. Chaque volet comprendra quatre étapes :

##### 1. Élaboration de la stratégie de recherche

Une stratégie de recherche documentaire sera élaborée par un bibliothécaire du CIUSSS de l'Estrie-CHUS installation CHUS Hôtel-Dieu (Mykola Krupko) en collaboration avec une conseillère en évaluation (Maria Benkhalti).

Le volet infiltration inclura les publications de types revues systématiques, revues de revues systématiques et guides de pratique clinique. Le volet portant sur les autres traitements, quant à lui, n'inclura que les revues de guides de pratiques cliniques et les guides de pratique cliniques. Les documents recherchés seront en anglais, français, espagnol et italien, publiés entre 2011 et 2018 dans les bases de données suivantes : PubMed, Scopus, Cochrane Library.

Les mots-clés pour le volet « infiltrations » seront les suivants :

##### *Thème Douleur chronique*

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

##### *Thème Région anatomique*

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

##### *Thème Traitements*

Injections cortisonées, injections de corticostéroïdes, corticosteroid injections, steroid, stéroïde, injection facettaire, injection périfacettaire, injection capsulaire, injection block, injection branche médiale du nerf facettaire, épidurale, epidural injections, epidural steroid, epidural perineural injection, transforaminal injection, interlaminar epidural, intraarticular corticosteroid, nerve root block, periradicular infiltration, methylprednisolone, caudal epidural injection, Şcaines (tous les préfixes)



Les mots-clés pour le volet « autres traitements » seront 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 se fera en examinant les titres et les résumés selon les critères suivants :

*Critères d'inclusion :*

1. Référence en français, anglais, espagnol, italien
2. Publié entre 2011 et 2018
3. Référence portant, du moins en partie, sur la lombalgie chronique
4. Référence portant sur les infiltrations de corticostéroïdes ou autres options de traitements
5. Référence mentionne les résultats pertinents aux questions de recherche (efficacité, sécurité et prise en charge de patients)
6. Types de publication pour infiltrations : revues systématiques, revues de revues systématiques, guides de pratique clinique
7. Types de publication pour « autres traitements » : 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. Types de publications pour infiltrations : revues narratives et toute publication autre que revue systématique, revue de revue systématique, guide de pratique clinique
4. Types de publications pour « autres traitements » : toute publication autres que revue de guide de pratique clinique ou guide de pratique clinique

## 3. Sélection des références pertinentes

Deux évaluateurs (MB et TP) compléteront la sélection des articles. Un troisième évaluateur tranchera la décision en cas de désaccord. Une sélection finale se fera en localisant les

références retenues et lisant les articles entiers afin de confirmer l'acceptation ou le rejet de chaque référence selon les mêmes critères d'inclusion décrits plus haut.

#### 4. Bibliographie des références retenues

Les références bibliographiques des documents sélectionnés seront examinées. Ceci permettra de voir si des références pertinentes en regard de nos questions d'évaluation nous ont échappé.

#### **Recherche de la littérature grise**

La littérature grise sera 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 provinces et territoires du Canada.
  - b. Recherche ETMI et guide de pratiques cliniques sur les traitements pour la douleur chronique lombosacrée dans le reste des pays (disponible en anglais, français, espagnol, italien)

Cette recherche sera entreprise jusqu'à saturation de l'information. La stratégie de sélection des références sera la même que celle décrite plus haut pour la recension de la littérature indexée.

#### **Extraction des données**

Des données seront extraites des articles sélectionnés des recherches des écrits indexés et de la littérature grise. La responsable de l'ETMI (Maria Benkhalti) extraira les mesures de résultats suivantes à partir de deux grilles d'extractions, une pour chaque volet d'analyse (infiltrations ou « autres traitements ») :

Volet infiltrations :

- Définition de douleur lombaire
- Définition de douleur chronique
- Type d'injection
- Utilisation d'anesthésiant (oui/non)
- Type de patient (étiologie, nature de la douleur, etc.)
- Changement de douleur (court et long terme; inclure définitions de durées)

- Capacité fonctionnelle
- Qualité de vie
- Santé perçue
- Préférences patients et éléments d'influences
- Référence aux PROMS (résultats rapportés par les patients)
- Référence à la participation des patients
- Éléments d'iniquités
- Recours à la chirurgie
- Utilisation d'opioïdes
- Utilisation des soins de santé
- Effets secondaires
- Accessibilité aux traitements

Volet « autres traitements » :

- 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 douleur et fonction dans les données primaires
- Longueur du suivi des données primaires
- Référence aux PROMS
- Référence à la participation des patients
- Éléments sur iniquité
- Données sur le système

### **Évaluation de la qualité des données et de la littérature**

Les articles sélectionnés seront évalués pour leur qualité. Les revues systématiques seront évaluées en utilisant l'outil AMSTAR2, tandis que les guides de pratiques cliniques seront évalués selon l'outil AGREE-II.

### **Analyse des données**

Une analyse descriptive des données sera complétée en développant une matrice comparative des résultats. Les résultats seront aussi priorisés selon la qualité et la force des données.

### ***3.3.2 DONNÉES CONTEXTUELLES***

Des données relatives au contexte du CIUSSS de l'Estrie - CHUS seront colligées afin de bonifier/moduler les résultats de la recension des écrits. Ces données viseront principalement à répondre à la question d'évaluation #4 : quelles sont les modalités de prise en charge à privilégier dans le contexte du CIUSSS de l'Estrie — CHUS ?

Le tableau ci-dessous présente les quatre approches qui permettront d'obtenir ces données ainsi que les sources de ces données.

<b>Équipe responsable</b>	<b>Données à obtenir</b>	<b>Sources</b>
Équipe UETMISSS (Maria Benkhalti)	Expérience des usagers et professionnels de la santé sur l'accessibilité aux différentes options de traitements, incluant les infiltrations	Courtes entrevues semi-structurées, analyse phénoménologique.
Équipe UETMISSS (Maria Benkhalti)	Données populationnelles pertinentes à la lombalgie en Estrie. Incluant : prévalence et profil socioéconomique de la population touchée, proportion de personnes sans assurances médicales privée, etc.	ESCC, ENSP, ESPE et autres enquêtes populationnelles pertinentes.
Équipe UETMISSS (Thomas Poder)	Préférences des patients quant aux différentes options de traitement de la lombalgie chronique.	Données primaires à collecter de patients de lombalgie chronique au Québec suivant la méthodologie de l'expérience de choix discret. Voir les détails de l'approche en annexe.
Groupe de travail du CAT Soutien à la première ligne	Données sur les traitements offerts dans le secteur public, les volumes et délais d'accès, etc. Voir annexe pour la liste complète des données à recueillir.	Données primaires d'un questionnaire aux gestionnaires des secteurs visés.
Prof Alain Vanasse et équipe (Université de Sherbrooke)	Tableau descriptif d'une cohorte des individus rapportant avoir une lombalgie en Estrie et les déterminants individuels, sociaux et environnementaux associés.	Analyse des données dans la cohorte provinciale de trajectoires de soins (issues de RAMQ et ESCC).

### *3.3.3 TRIANGULATION ET CONTEXTUALISATION*

Les données obtenues lors de la recension des écrits et les données contextuelles seront triangulées afin de déterminer les interventions les plus pertinentes pour les patients estriens. Notamment selon les réalités des différents points de services, tels que leur présence et disponibilité ainsi que le profil des patients en Estrie.

### *3.3.4 SOUTIEN AUX BONNES PRATIQUES*

Afin de contribuer au développement d'approches qui pourraient soutenir les bonnes pratiques recommandées issues de cette ETMI, l'équipe de l'UETMISSS travaillera en étroite collaboration

avec le Service du Transfert de connaissances, toutes deux réunies au sein du Bureau des pratiques pertinentes, ainsi qu'avec le CAT.

### 3,4 PHASE FINALE

La phase finale consistera en la préparation et finalisation des recommandations pour le CAT Maladies chroniques musculosquelettique et douleurs chroniques. Cette phase se complètera en trois étapes comme suit :

#### *3.4.1 ÉLABORATION DE RECOMMANDATIONS PRÉLIMINAIRES*

Des recommandations préliminaires seront formulées à partir des résultats de l'exercice de triangulation. Nous catégoriserons ces recommandations selon la qualité de la preuve scientifique en utilisant l'approche suggérée par GRADE.

#### *3.4.2 CONSULTATION AVEC LE COMITÉ CONSULTATIF ET PONDÉRATION DES RECOMMANDATIONS*

Ces recommandations préliminaires seront présentées au comité consultatif lors d'une rencontre. Les membres prendront part à un exercice de pondération des recommandations suivant une discussion structurée sur les quatre domaines suggérés par GRADE : (1) balance entre les effets désirables et indésirables en considérant les préférences, (2) force de l'effet de l'intervention, (3) confiance et variabilité des valeurs et préférences, (4) utilisation des ressources et faisabilité.

#### *3.4.3 PRODUCTION D'UN RAPPORT CONTENANT LES RECOMMANDATIONS FINALES*

Nos recommandations seront validées individuellement par l'ensemble des membres du comité consultatif. Après cette dernière série de consultation, nos recommandations deviendront finales. Afin de pouvoir compléter le projet dans les délais prescrits, nous ne procéderons pas à une relecture externe du rapport et recommandations.

## 4 PARTICIPATION DES PARTIES PRENANTES

Diverses parties prenantes ayant un intérêt direct ou indirect sur les questions d'évaluations seront rencontrées lors de la démarche évaluative.

### 4,1 PATIENTS

Conforme à la Politique de participation des usagers, proche aidants et citoyens de l'UETMISS, la perspective des patients est centrale à cette ETMI. Des patients seront inclus en tant que membres du comité consultatif, tel que décrit ci-dessous. De plus, les préférences des patients seront évaluées lors d'un projet parallèle décrit ci-dessus.

## 4,2 COMITÉ CONSULTATIF

Un comité consultatif sera constitué dès le début du processus de l'ETMI, tel que présenté dans la description de la phase préparatoire. Ce comité consultatif vise à inclure les perspectives des différentes parties prenantes et recevra divers mandats dès le début de l'évaluation et tout au long de la démarche évaluative. Ses principaux mandats seront de a) s'exprimer quant aux dimensions et indicateurs sélectionnés dans cette ETMI de manière à intégrer ces préoccupations dans les fiches d'extraction de données, b) commenter le plan de réalisation de l'ETMI pour bonifier la démarche évaluative, c) suivre les travaux de l'ETMI, d) donner ses commentaires et suggestions à différents moments clés de l'évaluation, e) contribuer aux données expérientielles collectées, telles que décrit plus haut f) coconstruire les recommandations issues de cette démarche évaluative. Dans ce comité consultatif seront invitées les parties prenantes suivantes ( $n = 17$ ):

- Deux représentants de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- Un représentant de rhumatologie du CIUSSS de l'Estrie — CHUS
- Un représentant en physiatrie du CIUSSS de l'Estrie — CHUS
- Un représentant en imagerie du CIUSSS de l'Estrie — CHUS
- Un représentant en physiothérapie du CIUSSS de l'Estrie — CHUS
- Un représentant en ergothérapie du CIUSSS de l'Estrie — CHUS
- Un représentant en psychothérapie du CIUSSS de l'Estrie — CHUS
- Un représentant en pharmacie du CIUSSS de l'Estrie — CHUS
- Un représentant en médecine de première ligne du CIUSSS de l'Estrie — CHUS
- Un représentant en anesthésiologie du CIUSSS de l'Estrie — CHUS
- Un représentant du Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique du CIUSSS de l'Estrie — CHUS
- Trois gestionnaires des diverses directions impliquées du CIUSSS de l'Estrie — CHUS
- Deux représentants des usagers

### 4,3 COMITÉ D'ANIMATION DE LA TRAJECTOIRE MALADIES CHRONIQUE MUSCULOSQUELETTIQUES ET DOULEUR CHRONIQUE

Le CAT étant le demandeur de cette ETMI, il ne sera pas impliqué dans l'obtention des données, leur interprétation et la formulation de recommandations. Cependant, il a contribué à la suggestion de membres potentiels au comité consultatif du projet. De plus, il a mis l'UETMISSS en lien avec leur groupe de travail de soutien à la première ligne pour l'obtention de certaines données contextuelles, tel que décrit plus haut. Nous gardons également une communication étroite avec le CAT ainsi qu'avec les courtières de connaissances, afin d'optimiser le transfert des connaissances et le soutien à la bonne pratique.

## 5 ACTIVITÉS DE COMMUNICATION ET TRANSFERT DES CONNAISSANCES

En plus des activités de soutien aux bonnes pratiques à développer par la courtière de connaissances, des activités de communications et de transfert de connaissances « traditionnelles » seront entreprises. Notamment, les résultats obtenus des recensions des écrits seront publiés dans des revues révisées par les pairs. De plus, nous viserons aussi à publier le processus de cette ETMI en particulier qui, regroupant plusieurs collaborations et s'inscrivant dans le travail de développement d'une trajectoire de soins, est novateur en soi. Diverses présentations seront aussi planifiées. Celles-ci seront adaptées aux différentes audiences scientifiques, professionnels de la santé et usager et citoyens. Les présentations visant les professionnels de la santé et les usagers seront organisées selon et en soutien aux autres activités de soutien aux bonnes pratiques qui seront développées par la courtière de connaissances.

## 6 PRODUITS LIVRABLES

Le demandeur souhaite un rapport final contenant 1) une recension systématique des écrits scientifiques, 2) une recension systématique de la littérature grise, 3) un volet contextuel comprenant l'application de l'utilisation des services et le savoir d'experts, d'usagers, de leur famille et de leur proche aux données probantes, 4) l'opinion de chercheurs menant des études cliniques pertinentes pour compléter les recensions systématiques des écrits et les données expérientielles et 5) des recommandations pour optimiser la prise en charge de patients présentant des douleurs chroniques lombosacrées.

## 7 ÉCHÉANCIER DÉTAILLÉ

	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre
<b>Recension des écrits</b>								
Stratégie de recherche	■							
Sélection des articles		■						
Extraction des données		■	■					
Évaluation de la qualité			■	■				
Analyse et synthèse				■	■	■		
<b>Données contextuelles</b>								
Données populationnelles		■						
Préférences patients			■	■	■			
Données traitements/système		■	■	■				
Tableau descriptif					■	■		
<b>Triangulation des données</b>								
<b>Recommandations</b>								
Rec. préliminaires						■	■	
Consultation CC							■	
Rapport final								■



## 8 RÉFÉRENCES

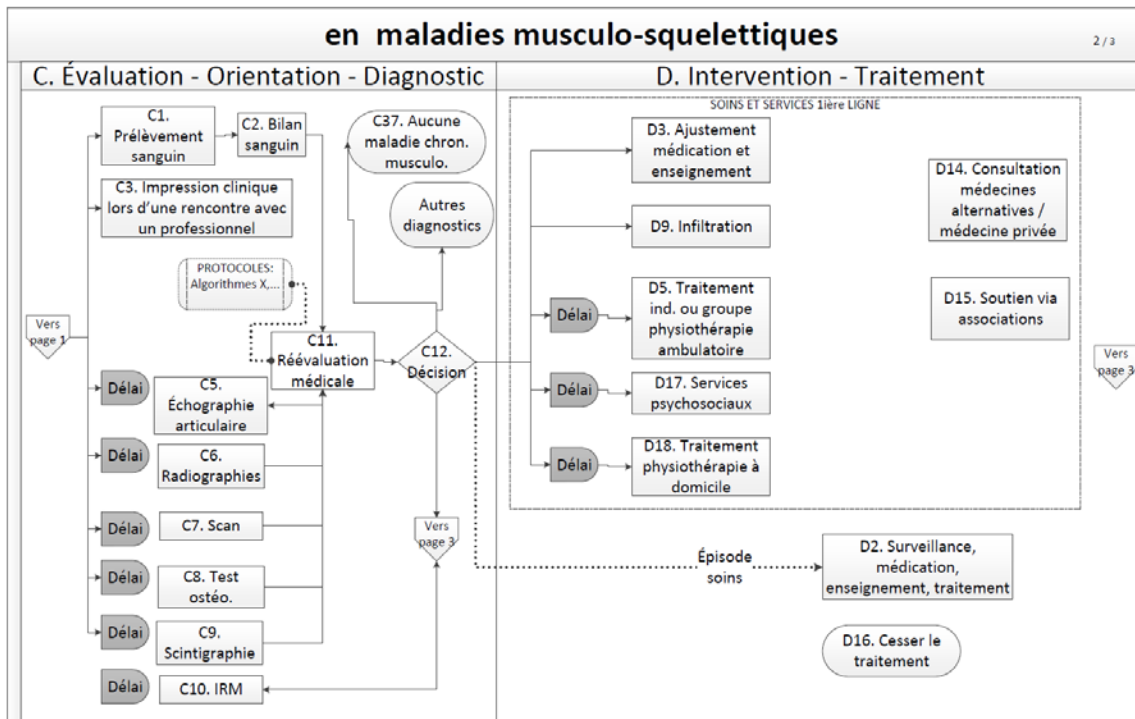
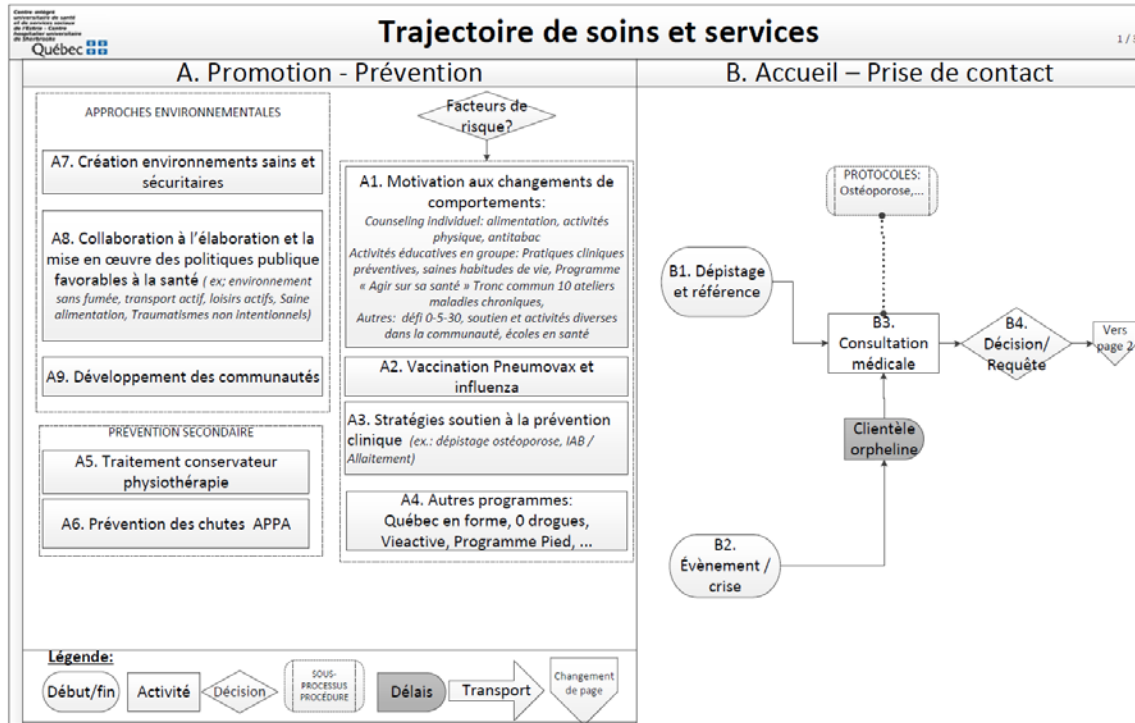
- Bowker, J., & Ledbetter, C. (2011). *Guideline for the Evidence-Informed Primary Care Management of Low back Pain* (Vol. 10). Calgary, AB.
- Brown, C. (2008). The Lived Experience of Chronic Pain: Evidence of People's Voices. In S. Rashiq, D. Schopflocher, P. Taenzer, & E. Jonsson (Eds.), *Chronic Pain: A health policy perspective* (pp. 3–18). Wiley Blackwell.
- Chou, R., Hashimoto, R., Friedly, J., Rochelle, F., Data, T., S, S., ... Jarvik, J. (2015). *Pain Management Injection Therapies for Low Back Pain. Technology Assessment Report ESIB0813 (Prepared by the Pacific Northwest Evidence-based Practice Centre)*. Rockville, MD.
- Culyer, A. J., & Bombard, Y. (2012). An Equity Framework for Health Technology Assessments, (June), 428–441. <https://doi.org/10.1177/0272989X11426484>
- Golob, A., & Wipf, J. (2014). Low Back Pain. *Med Clin N Am*, 98, 405–428.
- Klojgaard, M. E., Manniche, C., Pedersen, L. B., Bech, M., Sogaard, R., M.E., K., ... Sogaard, R. (2014). Patient preferences for treatment of low back pain - A discrete choice experiment. *Value in Health*, 17(4), 390–396. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2014.01.005>
- Manchikanti, L., Abdi, S., Atluri, S., Benyamin, R., Boswell, M., Buenaventura, R., ... et al. (2013). An Update of Comprehensive Evidence-Based Guidelines for Interventional Techniques in Chronic Spinal Pain. Part II: Guidance and Recommendations. *Pain physician*, (16), S49–S283.
- Panteli, D., Kreis, J., & Busse, R. (2016). Considering equity in health technology assessment: An exploratory analysis of agency practices. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 31(5), 314–323. <https://doi.org/10.1017/S0266462315000549>
- Patrick, N., Emanski, E., & Knaub, M. (2014). Acute and Chronic Low Back Pain. *Med Clin N Am*, 98, 777–789.
- Poutos, I., Panteli, M., Walters, G., Bush, D., & Gianmoudis, P. (2016). Safety of Epidural Corticosteroid Injections. *Drugs R D*, 16, 19–34.
- Qaseem, A., Wilt, T., McLean, R., Forciea, M. A., & Physicians, C. G. C. of the A. C. of. (2017). Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 166(7), 514–543.
- Reitsma, M., Tranmer, J. E., Buchanan, D. M., & VanDenKerkhof, E. G. (2012). The epidemiology of chronic pain in Canadian men and women between 1994 and 2007: longitudinal results of the National Population Health Survey. *Pain Research &*

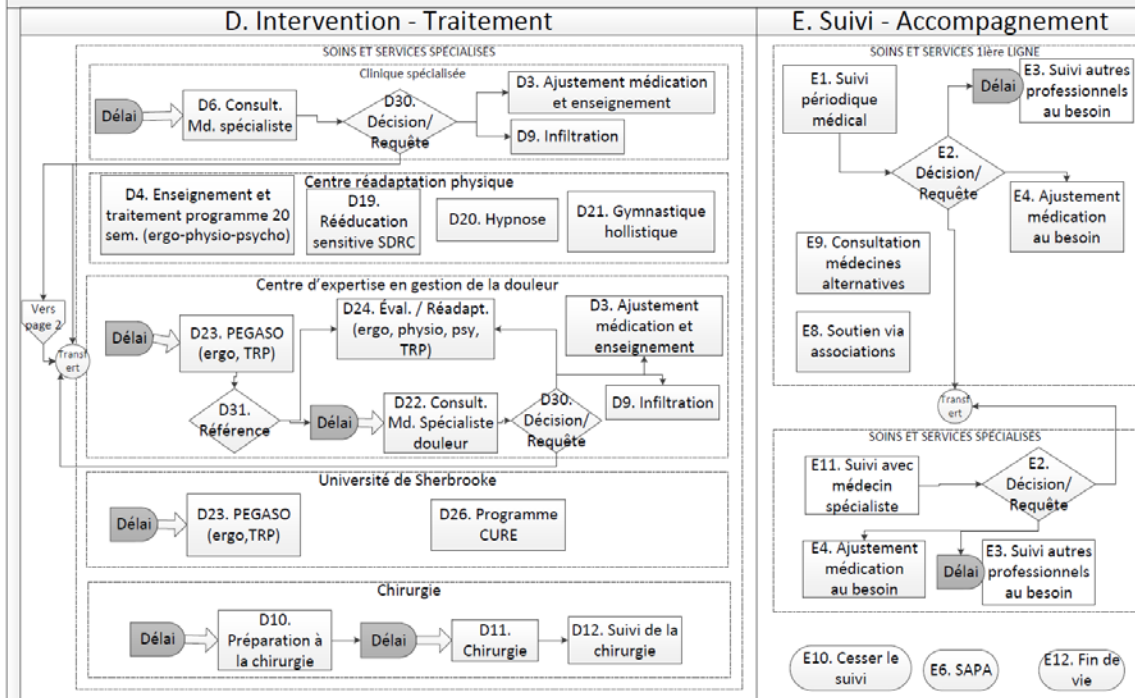
*Management*, 17(3), 166–172. <https://doi.org/10.1155/2012/875924>

Schopflocher, D., & Harstall, C. (2008). Descriptive Epidemiology of Chronic Pain. In S. Rashiq, D. Schopflocher, P. Taenzer, & E. Jonsson (Eds.), *Chronic Pain: A Health Policy Perspective* (pp. 29–40). Weinheim: Wiley Blackwell.

Whitehead, M. (1992). The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445.

# Annexe 1 : Trajectoire des maladies chroniques musculosquelettiques et douleur chronique





## Aspects d'équité en ETMI

### Outil aide-mémoire

#### Phase préparatoire

1. Définir : l'équité de quoi ? (Exemple : besoin, mérite ou responsabilité, capacité de bénéficier, état de santé, degré de fonctionnalité, historique du statut de santé, pronostique avec ou sans l'intervention, qualité de vie, etc.)
  - a. Rechercher l'état actuel des iniquités liées à l'ETMI durant la revue exploratoire.
  - b. Définir ce qui constituerait une condition juste.
2. Est-ce qu'il y a des obligations législatives à considérer concernant la discrimination institutionnalisée, implicite ou indirecte ?
3. Est-ce qu'il y a des désavantages historiques à considérer ? (Par exemple : populations autochtones, groupes racialisés, etc.)
4. Définir les sous-groupes populationnels à tenir en compte. Ceux-ci seront basés sur le type de maladie ou autres facteurs (ex. sociétaux) ?

On peut utiliser l'acronyme PROGRESS+ comme point de départ.
5. Est-ce qu'il y a des aspects de l'intervention qui pourraient augmenter ou contribuer aux iniquités ?
6. Préparation du modèle logique : Comment est-ce que l'équité est liée aux intrants, processus et extrants des soins et services en santé ?
7. Est-ce que la portée de l'ETMI pourrait engendrer des biais potentiels ?
8. Est-ce que toutes les parties prenantes pertinentes ont été incluses dans le processus de l'ETMI (différents professionnels de la santé, patients, membres du public) ?
9. Quelle est la meilleure façon d'inclure les perspectives du patient ?
  - a. Comment est considérée la diversité des patients ?

## **Phase développement**

### Méthodes

1. Est-ce que les mesures de résultats définies omettent des dimensions importantes qui pourraient ainsi exclure certains groupes populationnels ?
2. Est-ce que les barèmes standards utilisés pour définir des améliorations ou détériorations sont pertinents et convenables pour tous les groupes populationnels ?
3. Est-ce que les analyses quantitatives spécifiques pour évaluer les impacts différentiels sont convenables ?
4. Est-ce que les méthodes analytiques à être utilisées sont convenables pour tous les groupes (par exemple : culturellement acceptable, permet une représentation juste, etc.)
5. Est-ce que les méthodes utilisées pour inclure les perspectives du patient sont adéquates et ne mènent pas à l'exclusion ou la sous-représentation systématique de certains groupes populationnels ?
6. Est-ce que l'analyse d'iniquités potentielles adopte une perspective cumulative de l'expérience de ceux impactés ?

### Contexte

7. Est-ce qu'il y a des biais institutionnels qui contribuent aux iniquités ?
8. Est-ce qu'il y a des processus de soins qui contribuent à la discrimination ? (par exemple : est-ce qu'il y a des biais favorisant les individus avec des capacités à naviguer les systèmes bureaucratiques, est-ce que les processus de prestations de services de soins qui peuvent être dégradants pour certains)
9. Est-ce que certaines revendications spéciales devraient être considérées dans l'analyse contextuelle ? (exemple : besoin (statut de santé initialement bas), désespoir, revendications historiques (obtention de l'intervention dans le passé, etc.), volonté de payer pour le traitement, chances injustes (par exemple dans l'espérance de vie), etc.)

## **Phase finale**

1. Est-ce que les recommandations adoptent une perspective dans laquelle l'expérience cumulative de ceux impactés est prise en considération ?
2. Est-ce qu'il y a des obligations légales à considérer dans les recommandations ?

3. Quels désavantages historiques devraient être considérés dans les recommandations ?
4. Est-ce qu'il y a des revendications spéciales qui devraient être considérées ? (exemple : besoin (statut de santé initialement bas), désespoir, revendications historiques (obtention passée de l'intervention, etc.), volonté de payer pour traitement, chances injustes (par exemple dans l'espérance de vie), etc.)
5. Est-ce que certaines recommandations pourraient augmenter les iniquités ?
  - a. Est-ce que certaines recommandations élèveraient la barrière d'accès aux soins et services pour des groupes populationnels en particulier ?
  - b. Est-ce qu'il y a des groupes de clients pour qui des ressources seraient enlevées résultant des recommandations émises ?
  - c. Quelles possibilités pourraient être proposées ?
6. Est-ce qu'il y a des recommandations pertinentes au changement de la culture et/ou du système institutionnel qui pourraient contribuer aux iniquités ?
  - a. Quelles possibilités pourraient être proposées ?

### Annexe 3 : Survol de la méthode de choix expérimental discret

Une revue de la littérature sur l'efficacité et les caractéristiques des différents traitements offerts est en cours. Nous nous servirons de ces résultats pour établir une liste de ces traitements et de leurs caractéristiques (par ex. effet sur la douleur, sur les capacités fonctionnelles, le risque de rechute, le nombre d'interventions requises). Ensuite, nous présenterons ces résultats à un groupe de patients-partenaires représentatifs de la diversité des réalités ainsi qu'à des professionnels de la santé. Ces résultats seront discutés et une sélection par consensus des caractéristiques importantes à considérer pour les traitements sera faite. Les niveaux d'impact des différentes caractéristiques seront également discutés et déterminés lors de ces rencontres. Une fois ces caractéristiques (jusqu'à un maximum de 9) et niveaux établis, nous construirons un questionnaire pour le CED en suivant la méthodologie recommandée par l'ISPOR [8]. Ce questionnaire comportera un volet sociodémographique, afin d'établir le profil des répondants et d'explorer les différences de préférences pour certains groupes minoritaires, ainsi que des cartes de choix correspondant au CED. Les différents ensembles de cartes de choix générées par un processus de sélection orthogonale seront répartis de façon aléatoire entre les répondants. Afin d'assurer l'efficacité de nos estimations, nous escomptons recruter un minimum de 200 patients [9]. Chaque patient aura à remplir une seule fois le questionnaire. Seront inclus dans l'étude les patients atteints de lombalgie aiguë sévère ou chronique âgés de 18 ans ou plus et résidant au Québec. Seront exclus les patients non aptes à remplir seuls ou accompagnés un questionnaire en ligne et ne sachant parler ni le français ni l'anglais. Le recrutement sera effectué via la liste de diffusion de l'Association québécoise de douleur chronique (AQDC) ainsi que par un affichage dans les cliniques ciblées au CIUSSS de l'Estrie — CHUS. Une fois l'enquête terminée nous procéderons à des analyses en logit à paramètres aléatoires afin de déterminer le poids relatif de chacune des caractéristiques. Des analyses de sous-groupes seront réalisées pour explorer des divergences potentielles par exemple par genre, milieu géographique, statut socioéconomique, etc. Nous procéderons à l'interprétation des résultats à l'aide de nos patients-partenaires et des professionnels de l'équipe.



Annexe 4 : Données contextuelles à recueillir

<b>Carte géographique des services publics disponibles pour le traitement de la lombalgie en Estrie</b>
•Infiltrations
•Physiothérapie
•Ergothérapie
•Psychothérapie
•Services de thérapies complémentaires (accès cannabis médical)
•Groupes de support pour patients (eg. CURE)
•Groupe patients CLSC — conférences patients
•Nutritionniste
•Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique et autres centres de réadaptation pertinents (c.-à-d. emphase douleur chronique) et autres centres multidisciplinaires (eg. Clinique santé et obésité)
<b>Infiltrations</b>
Référents
Type d'équipements utilisés
Priorisation
Type Prof de santé qui administre à chaque point de service
Volume
Délais
Proposition de changement
<b>Autres traitements</b>
Référents
Est-ce que physio utilisent TENS
Volume
Délais
<b>Données sociodémographiques</b>

Nombre/proportion de personnes avec lombalgie chronique en Estrie
Profil socioéconomique de ces personnes
Combien de personnes en Estrie n'ont pas d'assurance privée