

RECOMMANDATIONS DE L'IASP POUR LA FORMATION À LA DOULEUR POUR LES PHYSIOTHÉRAPEUTES

Membres du groupe de travail de l'IASP auteur du document original

Helen Slater et Kathleen Sluka, coprésidentes ; Marie Hoeger Bement, Anne Söderlund

Traducteurs

Thomas Osinski, Yannick Barde-Cabusson

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	1
2. À QUI S'ADRESSE LE PROGRAMME ?	2
2.1. LE PROGRAMME EST-IL CONÇU POUR UNE UTILISATION MONDIALE ?	3
3. PASSER DE LA CONNAISSANCE AUX COMPETENCES	3
3.1. QUE SE PASSE-T-IL ?	3
3.2. POURQUOI CELA ARRIVE-T-IL ?	4
3.3. COMMENT LES DOMAINES DE COMPETENCES ONT-ILS ETE EXTRAITS ?	4
4. COMMENT CE PROGRAMME EST-IL STRUCTURE ?	5
5. PRINCIPES	5
6. OBJECTIFS PEDAGOGIQUES	6
<u>COMPETENCES DU CURRICULUM ET OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE</u>	8
7. LES COMPETENCES DE BASE	8
7.1. LES COMPETENCES DE BASE	8
7.2. DOMAINE 1 : OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE / ACTIVITES [10]	8
8. DOMAINE DE COMPETENCE 2 : EVALUATION ET MESURE DE LA DOULEUR	9
8.1. LES COMPETENCES DE BASE	9
8.2. DOMAINE 2 : OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE / ACTIVITES	10
9. DOMAINE DE COMPETENCE 3 : PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	11
9.1. LES COMPETENCES DE BASE	11
9.2. DOMAINE 3 : OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE / ACTIVITES	11
10. DOMAINE DE COMPETENCE 4 : CONDITIONS DOULOUREUSES	14
10.1. LES COMPETENCES DE BASE	14
10.2. DOMAINE 4 : OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE / ACTIVITES	14
11. REMERCIEMENTS	16
12. REFERENCES ET NOTES	17

I. INTRODUCTION

La grande prévalence de la douleur démontre la nécessité d'une éducation à la douleur exhaustive pour tous les professionnels de la santé. Tous n'exigent cependant pas le même type de connaissances et de compétences liées à la douleur. L'IASP encourage tous les programmes de physiothérapie / kinésithérapie [1] à suivre les recommandations suivantes pour intégrer l'éducation et la formation à la douleur. Comme dans le cas des autres professions de la santé, les programmes d'études ont pour objectif d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour faire progresser la science et la gestion de la douleur au sein d'une équipe interprofessionnelle. Les résultats souhaités de l'éducation mettent l'accent sur les compétences critiques qui soutiennent les aspects humanistes des soins de santé et sur la capacité de l'apprenant à mener à bien des tâches dans le monde réel. Les concepts fondamentaux et la complexité de la douleur incluent la manière dont la douleur est observée et évaluée, les approches collaboratives des options de traitement et l'application des compétences relatives à la douleur tout au long de la vie dans divers contextes, populations et modèles d'équipes de soins.

La douleur est l'une des raisons les plus courantes pour lesquelles les personnes sollicitent les physiothérapeutes / kinésithérapeutes. En règle générale, la douleur associée aux lésions tissulaires aiguës, aux infections et aux traumatismes est de courte durée et, dans de nombreux cas, disparaît. Ce qui n'est pas bien compris, c'est pourquoi après une blessure initiale, la douleur peut persister ou devenir récurrente chez certaines personnes et pas chez d'autres. En outre, dans certains cas, la douleur est déconcertante, car elle semble commencer sans qu'un traumatisme physique initial ou une blessure apparaisse clairement.

La douleur est toujours subjective et toujours réelle. Bien que l'expérience douloureuse d'une personne ne soit pas visible pour un observateur [2], cela n'indique pas que la douleur est imaginaire. La nature de la relation entre atteinte tissulaire, blessure et douleur est variable, un certain nombre de facteurs contextuels contribuent à l'expérience de la douleur. Ceux-ci incluent des facteurs biologiques, physiques, psychologiques, professionnels, sociaux, culturels et environnementaux.

L'objectif thérapeutique principal des physiothérapeutes / kinésithérapeutes travaillant avec des personnes douloureuses est de proposer des soins centrés sur la personne fondés sur les données factuelles [3] qui favorisent la santé et le bien-être tout au long de la vie. « Centré sur la personne » signifie concevoir des systèmes de santé répondant aux besoins des personnes plutôt qu'aux maladies et aux établissements de santé, afin que tous (communautés et individus) reçoivent les bons soins, au bon moment et au bon endroit [4]. Dans ce contexte, ce programme d'études révisé est aligné avec le « Cadre pour les services de santé intégrés centrés sur l'individu » de l'Organisation Mondiale de la Santé (langue, principes et éléments

du système de santé) et sur la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) [5].

Promouvoir le bien-être signifie améliorer la fonction et encourager l'autogestion active au moyen d'approches physiques, cognitives et comportementales visant à réduire l'impact de la douleur et de l'invalidité. Les physiothérapeutes / kinésithérapeutes ont pour rôle de fournir une éducation actualisée sur la douleur et d'encourager chaque patient à s'engager le plus tôt possible dans des stratégies de gestion de la douleur active (*ce que le patient peut faire lui-même*) adéquates fondées sur les preuves, plutôt que de se concentrer uniquement sur l'utilisation d'interventions passives (*ce que vous faites pour le patient*). À cet égard, les interventions de traitement doivent être conçues pour s'inscrire dans une approche globale de gestion de la douleur au cœur de laquelle repose l'autogestion.

Les physiothérapeutes / kinésithérapeutes peuvent participer à l'amélioration des indicateurs de santé, en utilisant des stratégies pour faciliter le retour rapide et approprié à des activités fonctionnelles et significatives pour le patient, tout en reconnaissant que les patients souffrants de douleurs complexes peuvent nécessiter une approche de soin plus interdisciplinaire. Pour atteindre cet objectif, les physiothérapeutes / kinésithérapeutes doivent comprendre la nature multidimensionnelle de la douleur en reconnaissant les facteurs complexes qui sous-tendent l'expérience de la douleur de chaque individu. La connaissance seule est insuffisante : les thérapeutes ont également besoin de compétences qui assurent une prestation efficace, moderne et sûre quant à l'évaluation de la douleur et au traitement de celle-ci fondés sur des preuves.

Bien que les physiothérapeutes / kinésithérapeutes ne soient pas responsables de la gestion pharmacologique dans la plupart des établissements de soins, ils doivent avoir une connaissance suffisante de l'utilisation des agents pharmacologiques pour la gestion de la douleur et comprendre leurs risques et leurs bénéfices. Les physiothérapeutes / kinésithérapeutes doivent être compétents pour utiliser une « fenêtre thérapeutique » créée par des agents pharmacologiques, afin d'encourager l'utilisation de stratégies de gestion active, de façon appropriée, pour chaque personne.

2. À QUI S'ADRESSE LE PROGRAMME ?

Ce programme convient aux étudiants en physiothérapie / kinésithérapie en formation initiale, mais il est également généralisable aux personnes en exercice. La « formation initiale » fait référence à la période de formation précédant l'obtention du premier permis d'exercer la

profession choisie. La formation initiale a été choisie parce qu'elle représente la période fondamentale de la formation professionnelle de base ; cependant, l'application de ces compétences est pertinente pour les apprenants cliniciens bien au-delà de la formation initiale (par exemple en formation continue). [6]

2.1. LE PROGRAMME EST-IL CONÇU POUR UNE UTILISATION MONDIALE ?

Il existe des variations considérables d'un pays à l'autre dans la structure académique des programmes professionnels de physiothérapie / kinésithérapie et dans les attentes professionnelles envers un thérapeute débutant. De plus, le fardeau de la maladie et les priorités en matière de santé varient selon les pays en développement et les pays développés.

Des compétences obtenues par consensus dans quatre domaines clés ont été développées pour être pertinentes et applicables dans tous les contextes (pays à revenus et ressources faibles, intermédiaires ou élevés). Les objectifs d'apprentissage et les résultats spécifiques qui sous-tendent ces domaines ont été délibérément conçus pour être modulables, ce qui permet une adaptation à des contextes de santé ou à des ressources spécifiques. Par conséquent, le programme peut être intégré en utilisant les approches structurelles, réglementaires et éducatives jugées les plus appropriées pour répondre aux besoins locaux des professionnels et aux priorités de santé de cet environnement.

Lorsque cela est possible, il est recommandé, que ce programme d'études soit enseigné comme une unité distincte, dont le contenu et les compétences sont alignés horizontalement et verticalement sur d'autres unités d'études telles que la physiologie, l'anatomie, la biomécanique, l'orthopédie, la thérapie manuelle ou les adjuvants physiques. De plus, nous recommandons, dans la mesure du possible, que le programme d'études soit dispensé par des éducateurs et des superviseurs cliniques possédant des qualifications académiques formelles comprenant une formation en science de la douleur.

3. PASSER DE LA CONNAISSANCE AUX COMPÉTENCES

3.1. QUE SE PASSE-T-IL ?

L'IASP oriente tous les programmes d'études vers une éducation basée sur les compétences, car les objectifs pédagogiques (sous forme de compétences convenues) sont importants pour atteindre l'objectif à long terme d'amélioration de la prestation des soins de la douleur et pour l'intégration des compétences relatives à la douleur, dans les paramètres d'évaluation des institutions et des diplômés, par des organismes de réglementation et d'accréditation. Ceci,

pourrait conduire à des améliorations durables de l'éducation à la douleur. (Remarque : la version 2012 (en anglais) de cet aperçu du curriculum est disponible [ici](#) .)

3.2. POURQUOI CELA ARRIVE-T-IL ?

Les objectifs d'apprentissage se concentrent souvent sur ce que l'apprenant devrait *savoir* (programme basé sur les connaissances), tandis que l'éducation basée sur les compétences met également l'accent sur ce que l'apprenant devrait être capable *de faire*. L'éducation axée sur les compétences (EBC) met l'accent sur la capacité de l'apprenant à mener à bien ses tâches dans le monde réel. L'EBC se concentre sur les caractéristiques de performance souhaitées de la part des professionnels de la santé, en opposition avec le « à propos de quoi ? » et « comment ? » les apprenants sont formés. Ainsi, l'EBC modifie les paramètres permettant de juger de l'efficacité des programmes éducatifs en vue d'évaluer l'impact pratique de l'éducation, au lieu de se limiter à son contenu ou à son processus. [7]

3.3. COMMENT LES DOMAINES DE COMPETENCES ONT-ILS ETE EXTRAITS ?

Un comité exécutif interprofessionnel a dirigé un processus d'établissement d'un consensus afin de développer ces compétences de base pour la formation des professionnels de la santé en formation initiale. [8] Les compétences découlant du consensus ont été classées en quatre domaines :

- ❖ Nature multidimensionnelle de la douleur
- ❖ Évaluation et mesure de la douleur
- ❖ Prise en charge de la douleur
- ❖ Conditions de la douleur

Ces domaines traitent des concepts fondamentaux et de la complexité de la douleur ; comment la douleur est observée et évaluée ; les approches collaboratives des options thérapeutiques ; l'application de ces compétences tout au long de la vie dans différents contextes, situations, populations et modèles d'équipes de soins. Un ensemble de valeurs et de principes directeurs est intégré à chaque domaine.

La liste finale comprend 21 compétences de base en évaluation et gestion de la douleur dans quatre domaines.

4. COMMENT CE PROGRAMME EST-IL STRUCTURE ?

Ce document utilise une structure hiérarchique :

- ❖ Principes
- ❖ Objectifs pédagogiques
- ❖ Compétences (quatre domaines comportant chacun des principes directeurs et des objectifs d'apprentissage spécifiques)

Les recommandations du programme de thérapie physique sont basées sur des données probantes. Les données à l'appui de ces recommandations sont décrites dans [Pain Mechanisms and Management of Pain for Physical Therapists](#), KA Sluka (ed), IASP Press / Wolters-Kluwer, 2016.

5. PRINCIPES

Les principes suivants guident l'élaboration du programme d'études pour des néo-kinésithérapeutes. Ces principes sont tirés de documents clés, notamment la [Déclaration de Montréal](#) (IASP 2010) et les compétences relatives à la douleur ([Fishman et al. 2013](#)):

Article 1. Le droit de toutes les personnes à avoir accès à la prise en charge de leur douleur sans discrimination

L'article 2. Le droit des personnes en souffrance de faire reconnaître leur douleur et d'être informés de la manière dont celle-ci peut être évaluée et prise en charge.

L'article 3. Le droit de toutes les personnes souffrant de douleur à avoir accès à une évaluation et à un traitement approprié de la douleur par des professionnels de la santé correctement formés.

Les principes suivants guident la prise en charge de la douleur centrée sur la personne par un physiothérapeute / kinésithérapeute et s'alignent sur la Déclaration de Montréal :

- 1) La douleur est une expérience complexe et dynamique qui implique l'interaction de facteurs biologiques, physiques, psychologiques, sociaux et environnementaux spécifiques à chaque individu.
- 1) La douleur peut être aiguë, aiguë dans un contexte chronique, récurrente, chronique / persistante et peut survenir à n'importe quelle étape de la vie.

- 1) L'évaluation, le traitement et la gestion de la douleur sont influencés par des facteurs culturels, institutionnels, sociaux et réglementaires.
- 1) La douleur doit être évaluée de manière complète, sûre, éthique et cohérente à l'aide d'outils d'évaluation valides et fiables qui aident à l'établissement d'un pronostic en tenant compte des risques, des bénéfices, des coûts et des limites des interventions.
- 2) Les physiothérapeutes / kinésithérapeutes doivent faire preuve d'une communication empathique et compatissante avec les patients lorsqu'ils établissent des objectifs centrés sur la personne en lien avec la douleur et soutiennent des stratégies d'autogestion.
- 3) Une prise en charge globale de la douleur devrait être étayée par des modèles théoriques et des preuves empiriques solides et faciliter la participation active du patient au développement de comportements sains face à la douleur tout au long de la vie.
- 4) Le physiothérapeute / kinésithérapeute est un membre essentiel de l'équipe de traitement de la douleur et plaide en faveur d'un plan de traitement de la douleur individualisé intégrant les points de vue des patients, des systèmes d'assistance sociale et des membres de l'équipe.

6. OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

À la fin de ce programme sur la douleur, le physiothérapeute / kinésithérapeute novice sera en mesure d'atteindre les résultats d'apprentissage suivants. [\[9\]](#)

- 1) Comprendre et expliquer le modèle biopsychosocial et sa pertinence vis à vis de la douleur, la réaction d'une personne à la douleur et son impact sur sa vie.
- 2) Appliquer ses connaissances de base sur la douleur lors de l'évaluation et de la prise en charge centrées sur la personne.
- 3) Promouvoir la santé et le bien-être en réduisant l'impact de la douleur et du handicap.
- 4) Évaluer ou mesurer les facteurs biologiques, physiques et psychosociaux qui contribuent à la douleur, à la déficience et au handicap en utilisant des outils d'évaluation valides et fiables.
- 5) Déterminer les obstacles professionnels, systémiques, familiaux et communautaires à une évaluation et à une prise en charge efficace de la douleur.
- 6) Élaborer un programme de gestion fondé sur les données probantes en collaboration avec le client/patient et visant à modifier la douleur, à encourager les comportements utiles, à favoriser la guérison des tissus, à améliorer la fonction, à réduire le handicap et à faciliter le rétablissement.
- 7) Mettre en œuvre des prises en charge qui incluent l'éducation des patients, des approches actives telles qu'une rééducation fonctionnelle orientée sur le comportement-mouvement et les exercices, des approches passives telles que la thérapie manuelle (quand indiquée et en évitant les raisonnements erronés et potentiellement catastrophiques tels que le « réalignement », la « stabilisation », la « correction ») et l'application d'agents électro-physiques si indiquée.

- 8) Démontrer une connaissance de leur champ de pratique pour évaluer et gérer les patients souffrant de douleurs en utilisant un traitement et une gestion basés sur des données probantes.
- 9) Démontrer une connaissance des aptitudes et des compétences des autres professionnels pour permettre une collaboration ou une réorientation appropriée et au moment opportun.
- 10) Communiquer les informations appropriées aux autres professionnels de la santé impliqués dans les soins aux patients afin d'optimiser la gestion interdisciplinaire. Cela inclue les approches médicales et chirurgicales, comportementales et psychologiques ou pharmacologiques.
- 11) Reconnaître les personnes à risque de « sous-traitement » de la douleur (par exemple, les personnes qui sont incapables de communiquer leur douleur, les nouveau-nés et les personnes présentant des déficiences cognitives) ou les populations présentant des disparités de soins.
- 12) Pratiquer conformément à un code d'éthique qui reconnaît les droits de la personne, la diversité et l'obligation de « ne pas nuire ».
- 13) Réfléchir de manière critique sur les moyens efficaces de travailler avec et d'améliorer les soins des personnes souffrants de douleur.
- 14) Mettre à jour régulièrement ses connaissances personnelles en science de la douleur et en gestion de la douleur fondées sur les preuves.

COMPETENCES DU CURRICULUM ET OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

7. DOMAINE DE COMPETENCE I : NATURE MULTIDIMENSIONNELLE DE LA DOULEUR

Qu'est-ce que la douleur ? Ce domaine se concentre sur les concepts fondamentaux de la douleur incluant la science, la nomenclature et l'expérience de la douleur, ainsi que sur l'impact de la douleur sur l'individu et la société.

7.1. LES COMPETENCES DE BASE

- 1) Expliquer la nature complexe, multidimensionnelle et individuelle de la douleur.
- 2) Présenter les théories actuelles et les données scientifiques pour comprendre la douleur.
- 3) Définir la terminologie pour décrire la douleur et les affections associées.
- 4) Décrire l'impact de la douleur sur la société.
- 5) Expliquer comment les influences culturelles, institutionnelles, sociales et réglementaires affectent l'évaluation et la gestion de la douleur.

7.2. DOMAINE I : OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE / ACTIVITES [\[10\]](#)

- 1) Définir et expliquer la douleur aux autres (patients, personnes, communauté, collègues) comme une expérience complexe et multidimensionnelle.
- 2) Reconnaître la variabilité interindividuelle des présentations de la douleur et appliquer cette compréhension pour contextualiser l'évaluation et la gestion de la douleur en tenant compte de l'âge, du sexe, de la famille et de la culture.
 - Une attention particulière devrait être accordée à la douleur tout au long de la vie, du nourrisson à la personne âgée.
 - Il est nécessaire de prêter attention aux influences culturelles sur la douleur.
 - Les effets du sexe et du genre sur la douleur et la gestion de celle-ci doivent être pris en compte
 - L'influence de l'expérience de la douleur sur la famille, et inversement, est essentielle pour une évaluation et une gestion efficaces de la douleur.
- 3) Expliquer les théories actuelles et la science de la douleur qui prennent en compte les facteurs anatomiques, physiologiques, psychologiques et sociaux de la douleur et de sa gestion. Plus précisément :
 - Comprendre et décrire les voies neurologiques allant du nocicepteur au cortex, en quoi ces voies sont spécifiques aux différents types de tissus (p. Ex. peau, muscle, articulation, viscères) et les différentes voies impliquées dans le traitement et la modulation des informations nociceptives et de l'expérience de la douleur

- Comprendre les processus de sensibilisation périphériques, médullaires et centraux, comment ces formes de plasticité sont associées à la nociception et à la perception de la douleur, ainsi que leurs implications pour l'évaluation, le traitement et la gestion de la douleur.
 - Reconnaître et décrire les descripteurs mécanistes pour la classification clinique de la douleur (nociceptive, nociplastique et neuropathique) [11].
 - Caractériser et prendre en compte les mécanismes sous-jacents à des aspects biopsychosociaux spécifiques de la nociception et de la douleur : par exemple, douleur référée, hyperalgésie primaire, hyperalgésie secondaire, allodynie.
 - Discuter du rôle des canaux ioniques, des neurotransmetteurs, des voies moléculaires et des cellules/systèmes non neuronaux (p. Ex. immunitaires) dans le traitement nociceptif du système nerveux périphérique et central et expliquer en quoi ces processus peuvent contribuer à la douleur.
 - Caractériser les voies du système nerveux central qui modulent la transmission nociceptive et évaluer comment ces systèmes peuvent contribuer à la douleur.
 - Reconnaître les outils de neuroimagerie et décrire les régions clés du cerveau et les connexions potentiellement impliquées dans la douleur.
 - Déterminer l'état cognitif et émotionnel de l'individu et expliquer en quoi cela peut influencer sur la douleur.
 - Discuter des changements complexes qui peuvent survenir dans la fonction motrice en relation avec la douleur et décrire comment un plan de soins pourrait être individualisé pour traiter les comportements de mouvement non-inutiles (par exemple, le comportement de peur-évitement).
- 4) Décrire l'ampleur du problème de la douleur en tant que problème de santé publique comportant des conséquences sociales, éthiques et économiques.
- 5) Décrire comment des facteurs institutionnels, sociaux et réglementaires influencent l'évaluation, le traitement et la gestion de la douleur.

8. DOMAINE DE COMPÉTENCE 2 : ÉVALUATION ET MESURE DE LA DOULEUR

Comment reconnaître la douleur ? Ce domaine concerne la manière dont la douleur est évaluée, quantifiée et communiquée, ainsi que la manière dont la personne, le système de santé et la société affectent ces activités.

8.1. LES COMPÉTENCES DE BASE

- 1) Utiliser des outils valides et fiables pour mesurer la douleur et les symptômes associés afin d'évaluer et de réévaluer les résultats connexes en fonction du contexte clinique et de la population.

- 2) Identifier et analyser les facteurs en lien avec le patient, le prestataire et le système de soins pouvant faciliter ou entraver une évaluation efficace de la douleur.
- 3) Évaluer les préférences et les valeurs du patient pour déterminer les objectifs et les priorités liés à la douleur.
- 4) Démontrer une communication empathique et compatissante lors de l'évaluation de la douleur.

8.2. DOMAINE 2 : OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE / ACTIVITES

- 1) Évaluer et employer de manière critique des mesures d'évaluation de la douleur fiables et valides qui examinent :
 - L'intensité/sévérité de la douleur (p. Ex., échelle d'évaluation numérique, échelle visuelle analogique, inventaire de la douleur, localisation, type y compris nociceptif, nociplastique et neuropathique, etc.)
 - La fonction et l'incapacité/déficience (p. Ex. test de marche de six minutes, indice de handicap d'Oswestry, questionnaire sur la douleur musculo-squelettique d'Örebro)
 - La mesure des réponses psychophysiques (seuils de douleur) ou autonomes (p. Ex. électro-conductance cutanée)
 - Les facteurs psychologiques (p. Ex. échelle de catastrophisme, échelle de peur-évitement, dépression, anxiété, échelle de stress, questionnaire sur l'auto-efficacité de la douleur)
 - Le domaine social (p. Ex. réseau social de soutien, indice de handicap de la douleur)
 - Les facteurs centrés sur la personne (identifiés par un entretien clinique approfondi : sexe, âge, culture, croyances sur la douleur, attentes, stratégies d'adaptation, impact)
 - Les populations vulnérables (p. Ex. obstacles à la communication, déficience cognitive, sensibilités culturelles)
 - Les facteurs sociaux (p. Ex. réseau de soutien, participation à la sociale).
- 2) Identifier et analyser le contexte social, environnemental (travail/maison) et institutionnel ou les facteurs propres à la personne pouvant avoir une incidence sur l'évaluation de la douleur.
- 3) Utiliser une approche centrée sur la personne pour identifier les priorités du patient et les objectifs liés à la douleur dans le domaine biopsychosocial.
- 4) Identifier et analyser les différences entre les douleurs aiguës, aiguës sur un fond chronique, récurrentes et chroniques et leurs implications pour l'évaluation de la douleur.
- 5) Interpréter, évaluer de manière critique (fiabilité, validité et réactivité) et mettre en œuvre les mesures de dépistage disponibles pour :
 - Les facteurs de risque d'apparition de douleurs chroniques
 - Identifier les sous-groupes de répondants/non-répondants dans la transition d'une douleur aiguë à une douleur chronique
- 6) Surveiller les effets de la prise en charge de la douleur à des moments précis (par exemple, lors de la première visite, à un moment opportun du traitement et à la fin du traitement)

en utilisant des outils de dépistage validés et des mesures de résultats appropriées et ajuster le plan de prise en charge à la demande.

- 7) Comprendre et employer une communication empathique et centrée sur la personne lors de son évaluation.

9. DOMAINE DE COMPETENCE 3 : PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Ce domaine est axé sur les approches collaboratives en matière de prise de décision, de diversité des approches thérapeutiques, de l'importance du choix du patient, de la gestion des risques, de la flexibilité des soins et du traitement fondé sur une compréhension appropriée de l'état clinique.

9.1. LES COMPETENCES DE BASE

- 1) Démontrer l'inclusion du patient et de l'entourage, le cas échéant, dans l'éducation et le processus de prise de décision partagée pour le traitement de la douleur.
- 2) Identifier les options de traitement de la douleur à disposition dans un plan général de gestion de la douleur.
- 3) Expliquer en quoi les stratégies de promotion de la santé et d'autogestion sont importantes pour la gestion de la douleur.
- 4) Développer un plan de traitement de la douleur basé sur les bénéfices et les risques des traitements disponibles.
- 5) Surveiller les effets des approches de gestion de la douleur pour ajuster le plan de soins à la demande.
- 6) Différencier la dépendance physique, les troubles liés à l'usage de stupéfiants, le mésusage, la tolérance, l'addiction et la non-adhérence.
- 7) Élaborer un plan de traitement qui prenne en compte les différences entre douleur aiguë, aiguës sur un fond chronique, récurrente, chronique / persistante et de fin de vie.

9.2. DOMAINE 3 : OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE / ACTIVITES

- 1) Élaborer un plan de gestion de la douleur centré sur la personne et basé sur des données probantes en appliquant des objectifs spécifiques, mesurables, atteignables, pertinents et contenus dans le temps.
 - Élaborer et mettre en œuvre un plan de gestion qui reflète une prise de décision partagée qui ait du sens, en incluant la personne et l'entourage concerné (comme la famille, les amis, les professionnels de la santé).
 - Prendre des décisions partagées (avec le patient) reposant sur un raisonnement clinique solide et sur la science de la douleur contemporaine.

- 2) Reconnaître l'impact de l'utilisation de l'éducation et de l'autogestion, ainsi que les données factuelles en la matière, en tant que composantes clés de la gestion de la douleur centrée sur la personne.
- Faciliter un apprentissage centré sur la personne et comprendre que celui-ci est basé sur les données scientifiques disponibles (modèles/cadres théoriques, sciences de l'éducation), en utilisant les ressources disponibles (E-santé, télésanté, tête-à-tête, séance de groupe) et en tenant compte de l'âge, du genre, de la culture, de la littératie, des conditions spécifiques, de l'espérance de vie et des dispositifs de soins.
 - Identifiez les conceptions erronées exprimées par les patients au sujet de leur douleur, les contributeurs potentiels à celle-ci et les traitements appropriés basés sur la science.
 - Cibler des concepts adaptés qui faciliteront l'engagement centré sur la personne dans une approche biopsychosociale d'autogestion menant à la récupération.
 - Comprendre et mettre en œuvre des stratégies de changement conceptuel qui soutiennent et renforcent le changement de comportement.
 - Fournir des supports d'apprentissage et des ressources en utilisant différents médias pour augmenter et faciliter l'intégration et renforcer le changement de comportement.
 - Évaluer l'efficacité des stratégies de changement de comportements liées à chaque concept cible.
 - Communiquer les concepts et les principes de la douleur aux individus de manière à ce qu'ils les comprennent et que cela leur permette une autogestion efficace.
- 3) Comprendre, identifier et mettre en œuvre des options de traitement et de gestion appropriées et disponibles, fondées sur des preuves, pour soutenir la gestion de la douleur centrée sur la personne.
- Comprendre, identifier et mettre en œuvre un plan de prise en charge de la douleur qui favorise la récupération précoce, reflète la nature multidimensionnelle individuelle de la douleur chez chaque individu et qui prend en compte toutes les dimensions pertinentes de la douleur pour cette personne dans son contexte donné (travail, école, maison, situation de soins).
 - Considérer la possibilité d'un avis émanant d'autres professionnels de la santé sur l'utilisation de traitements multimodaux, y compris, mais sans s'y limiter, les procédures ou interventions non pharmacologiques, pharmacologiques et chirurgicales.
 - Être conscient de la possibilité d'utiliser des ressources de santé numériques lorsque les autres ressources sont limitées ou inaccessibles (p. Ex. interventions de lutte contre la douleur en ligne et interventions éducatives, cognitives et comportementales).
 - Comprendre et communiquer le besoin de contribution d'autres professionnels de la santé de manière appropriée pour répondre au mieux aux besoins centrés sur la personne.

- 4) Appliquer des stratégies d'autogestion de la douleur fondées sur des preuves et centrées sur la personne, qui favorisent le bien-être général d'une personne.
 - Comprendre et expliquer comment les stratégies d'autogestion peuvent favoriser une meilleure santé et un mieux-être.
 - Mettre en œuvre des stratégies d'autogestion basées sur la science actuelle de la douleur, de l'éducation, des neurosciences et du changement de comportement pour améliorer les résultats et l'observance thérapeutique.
 - Éduquer et aider la personne à adopter des stratégies de gestion de la douleur actives plutôt qu'uniquement passives (choses que les gens font par et pour eux-mêmes, par opposition aux choses faites pour ou par d'autres personnes)
- 5) Identifier et gérer les bénéfices et les risques potentiels associés aux plans de gestion centrés sur la personne.
 - Comprendre les comorbidités en tant que facteurs de risque.
 - Examiner et expliquer l'éventail d'options de traitement de la douleur fondées sur des données probantes qui pourraient apporter le plus grand bénéfice tout en minimisant les risques.
- 6) Reconnaître les différences entre la dépendance physique, les troubles liés à l'usage de stupéfiants, le mésusage, la tolérance, la dépendance et la non-observance
- 7) Élaborez un plan de traitement fondé sur les différences entre la douleur aiguë, aiguë sur douleur chronique, récurrente et chronique et la douleur tout au long de la vie.
- 8) Identifier et mettre en œuvre l'exercice et l'activité physique en tant que composante clé des prises en charge en physiothérapie / kinésithérapie, et ce, à tous les stades de la douleur et à toutes les étapes de la vie.
 - Comprendre pourquoi l'exercice est bénéfique et l'expliquer aux patients en leur assurant que leur capacité d'exercice s'améliorera à mesure qu'ils passeront de comportements sédentaires à des comportements plus actifs (par exemple, la transition dans les récepteurs situés dans les muscles).
 - Élaborer et mettre en œuvre une prescription d'exercices qui ait un sens pour la personne et qui soit réalisable.
 - Élaborer et mettre en œuvre une prescription d'exercices en utilisant les paramètres de dose d'exercices appropriés (mode, fréquence, durée et intensité).
 - Évaluer et ajuster la prescription d'exercices en fonction de facteurs contextuels (âge, condition, comorbidités, état de santé, facteurs de risque/bénéfice, peur-évitement/endurance, croyances inutiles, douleurs, blessures).
 - Mettre en œuvre des stratégies de motivation et des techniques d'observance pour assurer la conformité aux exercices (par exemple, utilisation d'applications, biofeedback, programme de stimulation).
 - Identifier les mécanismes d'action de l'exercice et comprendre comment ceux-ci peuvent influencer le choix du programme d'exercice.
 - Évaluer les résultats de la gestion basée sur l'exercice et l'activité.
- 9) Identifier les indications, les preuves et les mécanismes proposés sous-jacents aux interventions couramment utilisées, notamment l'exercice, la thérapie manuelle, les stratégies de relaxation (respiration, scan corporel), la méditation de pleine conscience et

les agents électro-thérapeutiques tels que le TENS, le courant interférentiel, l'acupuncture, les ultrasons, le laser et le biofeedback.

- 10) Identifier les indications et les preuves pour l'utilisation d'une gestion appropriée de la physiothérapie / kinésithérapie.
- 11) Appliquer des approches cognitives et comportementales pour améliorer les résultats des mouvements fonctionnels et des critères personnels d'amélioration de la douleur (par exemple, en abordant spécifiquement les croyances et les notions d'évitement ou d'endurance liées à la peur).
- 12) Comprendre les indications, les preuves et les mécanismes proposés sous-jacents aux agents pharmacologiques de traitement de la douleur (médicaments non-opioïdes, anti-inflammatoires non stéroïdiens sélectifs (COX2) et non sélectifs, gabapentinoïdes, inhibiteurs de la recapture), analgésie opioïde (faible ou forte), etc. ainsi que les co-analgésiques et les analgésiques topiques.

10. DOMAINE DE COMPETENCE 4 : CONDITIONS DOULOUREUSES

Conditions cliniques : Comment le contexte influence-t-il la gestion de la douleur ? Ce domaine est axé sur le rôle du clinicien dans l'application des compétences développées dans les domaines 1 à 3 et dans le contexte où les populations de patients, les dispositifs et les équipes de soins varient.

10.1. LES COMPETENCES DE BASE

- 1) Décrire les besoins uniques en matière d'évaluation et de gestion de la douleur des populations particulières.
- 2) Expliquer comment évaluer et gérer la douleur dans différents contextes et transitions de soins.
- 3) Décrire le rôle, le champ d'activité et l'apport des différentes professions au sein d'une équipe de soins de la douleur.
- 4) Mettre en œuvre un plan individualisé de prise en charge de la douleur qui intègre les points de vue des patients, de leurs systèmes de soutien social et des prestataires de soins de santé dans le contexte des ressources disponibles.
- 5) Décrire le rôle du clinicien en tant que support pour aider les patients à atteindre les objectifs du traitement

10.2. DOMAINE 4 : OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE / ACTIVITES

- 1) Identifier les individus, les affections (p. Ex. musculo-squelettiques, neurologiques, cancer) et les populations spécifiques à risque de sous-traitement de la douleur (p. Ex. les

personnes incapables de communiquer elles-mêmes leur douleur comme les nouveau-nés, les porteurs de troubles cognitifs, les adolescents en transition vers des soins pour adultes, les personnes âgées, les forces d'élite, les sportifs de haut niveau, les anciens combattants, les minorités culturelles) et développer un plan de soins approprié.

- 2) Reconnaître et mettre en œuvre un plan de prise en charge de la douleur de grande valeur et réduire le recours à une prise en charge de la douleur de faible valeur.
- 3) Comprendre comment évaluer et gérer les personnes souffrant de douleur dans différents contextes de douleur et de transition des soins (hôpital, cabinet privé, maison de retraite, centre de soins palliatifs).
- 4) Identifier les rôles et responsabilités des autres professionnels de la santé dans le domaine de la gestion de la douleur.
 - Comprendre les limites et la portée de la pratique de la physiothérapie / kinésithérapie et la façon dont d'autres professionnels de la santé contribuent à la gestion de la douleur.
 - Décrire les indications pour une gestion multimodale, multidisciplinaire ou interdisciplinaire.
 - Communiquer avec d'autres professionnels de la santé sur l'évaluation et la gestion de la douleur.
- 5) Développer et mettre en œuvre un plan de gestion individualisé basé sur les préférences du patient et les ressources disponibles.
- 6) Décrire et appliquer des méthodes qui soutiennent une relation thérapeutique forte qui améliore la prise en charge, la compliance et l'adhérence du patient.
- 7) Reconnaître et décrire le rôle du clinicien dans la défense des intérêts du patient et l'aider à établir les objectifs du traitement.
- 8) Identifier et corriger les influences positives et négatives des croyances et du langage du clinicien à propos de la douleur sur les effets et l'observance (incluant sans toutefois s'y limiter, le diagnostic, les résultats de l'évaluation, l'imagerie, le traitement et le pronostic).

II. REMERCIEMENTS

Merci aux membres du groupe de référence externe pour leurs précieux commentaires sur le programme final : Joel Bialowsky (États-Unis), Carol Courtney (États-Unis), Ben Darlow (Nouvelle-Zélande), Mary Beth Geiser (États-Unis), Steve George, États-Unis. Morten Høgh (Danemark), Ivan Huijnen (Pays-Bas), Julia Hush (Australie), Mari Lundberg (Suède), Takako Matsubara (Japon), Lorimer Moseley (Australie), Thorvaldur Palsson (Danemark), Romy Parker (Afrique du Sud), Josimari Melo de Santana (Brésil).

12. REFERENCES ET NOTES

[1] Dans ce document, les termes physiothérapeute et kinésithérapeute sont tous deux utilisés pour reconnaître les différences régionales.

[2] Une personne est toujours une personne et parfois un patient

[3] Le cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour des services de santé intégrés centrés sur la personne accorde une importance renouvelée à la prestation de services dans une perspective intégrée et centrée sur la personne. This is critical for reaching underserved and marginalized populations to ensure that no one is left behind. <http://www.who.int/serviceeliverysafety/areas/people-centred-care/framework/en/>

[4] World Health Organization: www.youtube.com/watch?v=pj-AvTOdk2Q

[5] ICF is a multipurpose classification intended for a wide range of uses in different sectors. ICF is WHO's framework for health and disability. It is the conceptual basis for the definition, measurement, and policy formulations for health and disability. It is a universal classification of disability and health for use in health and health-related sectors. It is a classification of health and health-related domains: domains that help us describe changes in body function and structure, what a person with a health condition can do in a standard environment (their level of capacity), as well as what they actually do in their usual environment (their level of performance). www.who.int/classifications/icf/en/

[6] Fishman et al. Core Competencies for Pain Management: Results of an Interprofessional Consensus Summit, Pain Medicine 2013; 14: 971–981

[7] Gruppen LD, Mangrulkar RS, Kolars JC. The promise of competency-based education in the health professions for improving global health. Hum Resour Health 2012;10(1):43.

[8] Fishman et al. Core Competencies for Pain Management: Results of an Interprofessional Consensus Summit, Pain Medicine 2013; 14: 971–981

[9] Learning outcomes are statements that describe/list measurable skills, competencies, and knowledge that students have achieved and can demonstrate upon successfully completing a course of study

[10] Learning objectives/activities describe what the learner should be able to achieve at the end of a learning period. Note: in this document, learning objectives do *not* match competencies one-for-one. For some competencies, there are multiple learning objectives. These learning objectives have been developed to address specific requirements for physiotherapists/physical therapists.

¹¹ International Association for the Study of Pain Taxonomy: <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576>

© Copyright 2018 International Association for the Study of Pain. All Rights Reserved. No part of these materials may be reproduced in any form or by any means without the express written permission of the International Association for the Study of Pain. The unauthorized reproduction or distribution of these copyrighted materials is illegal and may result in civil or criminal penalties under the US Copyright Act and applicable copyright laws.