

**ia** BPG

AFFAIRES INTERNATIONALES  
ET LIGNES DIRECTRICES SUR  
LES PRATIQUES EXEMPLAIRES

TRANSFORMER LES SOINS  
INFIRMIERS À L'AIDE DES  
CONNAISSANCES

## Ligne directrice sur les pratiques exemplaires

FÉVRIER 2025

# Douleur : Prévention, évaluation et prise en charge

Quatrième édition



 **AIIAO**

Registered Nurses' Association of Ontario  
L'Association des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario

## Avis de non-responsabilité

Ces lignes directrices ne sont pas obligatoires pour le personnel infirmier, les autres prestataires de santé ou les organismes qui les emploient. Leur utilisation doit être souple afin de s'adapter aux besoins individuels et aux situations locales. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Même si toutes les mesures possibles ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu du document au moment de la publication, ni les auteurs ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces lignes directrices ni n'acceptent aucune responsabilité quant à la perte, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou omissions dans le contenu du document.

## Droit d'auteur

À l'exception des parties de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière de copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modifications, sous toute forme, y compris dans le format électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation quelconque du document s'avérait nécessaire pour quelque raison que ce soit, une permission écrite doit être obtenue auprès de l'AIIAO. La citation ou la référence suivante doit apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Douleur : Prévention, évaluation et prise en charge. 4<sup>e</sup> éd. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2024.

## Financement

La réalisation de ce document a été financée par le gouvernement de l'Ontario. Tout le travail produit par l'AIIAO est indépendant des sources de financement sur le plan éditorial.

## Déclaration de conflit d'intérêts

Dans le contexte de l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, le terme « conflit d'intérêts » (CI) fait référence aux situations dans lesquelles la relation financière, professionnelle, intellectuelle, personnelle, organisationnelle ou autre d'un membre du personnel de l'AIIAO ou d'un membre du groupe d'experts peut compromettre sa capacité à mener des travaux de groupe de façon indépendante. Avant de participer aux travaux d'élaboration des lignes directrices, tous les membres du groupe d'experts de l'AIIAO ont déclaré, au moyen d'un formulaire normalisé, les conflits d'intérêts qui pourraient être interprétés comme constituant un conflit perçu ou réel. Les membres du groupe d'experts ont également mis à jour leur déclaration de conflit d'intérêts au début de la réunion d'orientation, des réunions d'élaboration des recommandations et avant la publication de la ligne directrice. Tout conflit d'intérêts déclaré par un membre du groupe d'experts a été examiné par l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ainsi que par les coprésidents du groupe d'experts. Aucun conflit limitant n'a été défini par les membres du groupe d'experts. Voir « Declaration of conflict of interest » sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

## Reconnaissance des terres

Nous reconnaissons que le siège social de l'AIIAO est situé sur le territoire traditionnel et non cédé des Hurons-Wendats, des Haudenosaunee et sur le territoire des Mississaugas de la Première Nation de Credit. Ce territoire a fait l'objet du Pacte de la ceinture de wampum faisant référence au concept du « Plat à une seule cuillère »; il s'agit d'une entente entre la Confédération iroquoise, les Ojibwés et les nations alliées pour partager pacifiquement les ressources autour des Grands Lacs et en prendre soin. Nous reconnaissons également que Toronto est couvert par le Traité 13 en vertu de l'entente d'Achat de Toronto conclu avec les Mississaugas de la Première Nation de Credit. Aujourd'hui, cette terre est toujours le foyer de nombreuses Premières Nations, d'Inuits et de Métis de toute l'île de la Tortue, et nous sommes reconnaissants d'avoir l'occasion de travailler sur ce territoire. En faisant une reconnaissance des terres, nous participons à un acte de réconciliation, en honorant la terre et le patrimoine autochtone qui remonte à plus de 10 000 ans. Nous vous encourageons à vous renseigner sur les terres sur lesquelles vous résidez et sur les traités qui y sont attachés. La reconnaissance des terres est un acte de réconciliation et nous devons tous y contribuer.

## Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
500-4211, Yonge Street, Toronto (Ontario) M2P 2A9  
Site Web : [RNAO.ca/bpg](https://RNAO.ca/bpg)



# **Douleur : Prévention, évaluation et prise en charge**

Quatrième édition

## Un mot de Doris Grinspun, Directrice générale, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) vous présente la quatrième édition de cette ligne directrice sur les pratiques cliniques exemplaires (LDPE), *Douleur : Prévention, évaluation et prise en charge*. Les pratiques professionnelles basées sur des données probantes vont de pair avec la qualité des services que les prestataires de santé offrent tous les jours.

Nous remercions chaleureusement les nombreux partenaires qui contribuent à concrétiser la LDPE. Tout d'abord, et surtout, nous remercions le gouvernement de l'Ontario d'avoir reconnu en 1999 la capacité de l'AIIAO à diriger un programme qui a acquis une reconnaissance mondiale et de s'être engagé à le financer. Nous remercions également les coprésidentes du groupe d'experts de l'AIIAO pour leur expertise inestimable et leur intendance de la présente LDPE.

- Céline Gélinas, INF. AUT., Ph.D., FCAN, professeure titulaire, École des sciences infirmières Ingram, Université McGill et chercheuse principale, Centre for Nursing Research and Lady Davis Institute, Hôpital général juif
- Lindsay Jibb, INF. AUT., Ph. D., scientifique, Hospital for Sick Children

Pour le travail considérable qu'ils ont accompli et le savoir-faire dont ils ont fait preuve dans la réalisation de cette LDPE, nous remercions le personnel de l'AIIAO, l'IA Lauren Bailey (coresponsable de l'élaboration de la ligne directrice), l'IA Deborah Flores (coresponsable de la méthodologie d'élaboration de la ligne directrice), Glynis Gittens (coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice), l'IA Christine Buchanan (gestionnaire principale par intérim, élaboration de la ligne directrice et recherche), l'IA Nafsin Nizum (directrice associée, élaboration et recherche de la ligne directrice) et le reste de l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO. Nous remercions tout particulièrement le groupe d'experts d'avoir généreusement mis à disposition son temps, ses connaissances et ses points de vue pour produire une ressource significative et pertinente qui orientera la formation et la pratique de milliers de prestataires de santé. Sans vous, nous n'y serions pas arrivés.

Le succès de l'adoption généralisée des LDPE exige un effort concerté de la part des enseignants, des cliniciens, des employeurs, des décideurs politiques, des chercheurs et des bailleurs de fonds. Forts de leur engagement inébranlable et de leur quête d'excellence dans les soins aux patients, la communauté des soins infirmiers et de la santé fournit l'expertise et les innombrables heures de travail bénévole indispensables à l'élaboration des nouvelles et des prochaines éditions des LDPE. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en devenant des organismes vedettes en pratiques exemplaires<sup>MD</sup> (OVPE<sup>MD</sup>), rejoignant ainsi plus de 1 500 institutions de service et établissements universitaires au Canada et à l'étranger, déterminés à mettre en œuvre les LDPE de l'AIIAO. Ils ont parrainé des champions des pratiques exemplaires, qui comptent aujourd'hui plus de 150 000 infirmières et infirmiers, autres professionnels de la santé et personnes ayant une expérience concrète – tous désireux de faire progresser les soins axés sur les besoins de la personne et fondés sur des données probantes. Les OVPE surveillent et évaluent également avec diligence l'incidence de la mise en œuvre de la LDPE sur les patients, les organisations et les résultats du système de santé.

Nous vous invitons à partager cette LDPE avec le personnel infirmier et tous les membres de l'équipe, les accompagnateurs de la clientèle et les conseillers dans les systèmes de santé et les communautés plus larges au sein desquels vous travaillez. Nous avons tellement à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous devons veiller à ce que le public ait accès aux meilleurs services de santé et de bien-être possible et qu'ils en bénéficient, toujours.

Doris Grinspun, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., Ph. D., LLD (hon.), Dr (hc), DHC, FAAN, FACSI, O.ONT  
Directrice générale et fondatrice du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

# Table des matières

CONTEXTE	Comment utiliser ce document . . . . .	5
	Objet et champ d'application . . . . .	6
	Aperçu de la méthodologie : Énoncés de bonne pratique et recommandations . . . . .	8
	Résumé des recommandations et des énoncés de bonne pratique . . . . .	10
	Interprétation des données probantes et énoncés de recommandation . . . . .	12
	Évaluation de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires . . . . .	16
Contexte . . . . .	21	
RECOMMANDATIONS ET ÉNONCÉS DE PRATIQUES EXEMPLAIRES	Recommandations et énoncés de bonne pratique . . . . .	25
	Examen de la portée : Approches non pharmacologiques de la prise en charge de la douleur . . . . .	62
	Lacunes de la recherche et implications futures . . . . .	65
	Stratégies de mise en œuvre . . . . .	67
ANNEXES	Annexe A : Glossaire . . . . .	69
	Annexe B : Lignes directrices de l'AIIAO et ressources qui s'harmonisent avec la présente ligne directrice . . . . .	76
	Annexe C : Outil mnémonique d'évaluation exhaustive de la douleur (OPQRSTUV) . . . . .	79
	Annexe D : Outils de dépistage et d'évaluation de la douleur . . . . .	80
	Annexe E : Résultats de l'examen de la portée : Approches non pharmacologiques de la prise en charge de la douleur . . . . .	89
	Annexe F : Ressources supplémentaires pour la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur tout au long de la vie . . . . .	97
	Annexe G : Description de la Boîte à outils pour la conduite du changement . . . . .	98

# Table des matières

REMERCIEMENTS	Équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO . . . . .	100
	Groupe d'experts sur les lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO . . . . .	102
	Réviseurs externes . . . . .	104
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	Références bibliographiques . . . . .	110
NOTES	Notes . . . . .	131

# Comment utiliser ce document

Tout au long du présent document, les termes en caractères gras suivis de la lettre G <sup>(G)</sup> en exposant sont définis dans le **glossaire à l'Annexe A**.

La présente **ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE)<sup>G</sup>** est un document complet qui fournit des conseils et des ressources pour la **pratique fondée sur les données probantes<sup>G</sup>**. Il ne s'agit pas d'un manuel ou d'un guide pratique, mais plutôt d'un outil pour guider les pratiques exemplaires et améliorer la prise de décisions pour les **infirmières<sup>G</sup>**, l'équipe **interprofessionnelle<sup>G</sup>**, les enseignants, les **organismes de services de santé**, les établissements universitaires, les **personnes<sup>G</sup>** et les **familles<sup>G</sup>**. Cette LDPE doit être examinée et appliquée en fonction des besoins de chaque organisme de services de santé, des établissements universitaires ou d'autres milieux de pratique, ainsi que des préférences des personnes qui ressentent de la **douleur<sup>G</sup>**. Le présent document contient des **recommandations** fondées sur les données probantes<sup>G</sup> et des **énoncés de bonne pratique<sup>G</sup>** et des descriptions des éléments suivants : a) de la pratique, de l'éducation et des politiques organisationnelles; b) des avantages et inconvénients; c) des valeurs et préférences; et d) des considérations relatives à l'**équité en matière de santé<sup>G</sup>**.

Le personnel infirmier, les membres de l'équipe interprofessionnelle, les enseignants et les administrateurs qui dirigent et facilitent un processus de modification de pratique trouveront dans ce document de l'information très utile pour élaborer des politiques, des procédures, des protocoles et des programmes de formation à l'appui de la prestation de services. Le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle qui sont spécialisés dans les soins directs tireront profit des recommandations et des données probantes sur lesquelles ces recommandations s'appuient. Les recommandations et les énoncés de bonne pratique à l'intention **des prestataires de santé<sup>G</sup>** doivent être mis en œuvre en fonction du champ d'activité et en fonction des connaissances, des compétences et du jugement des prestataires.

Si votre organisation ou votre système de soins intégré adopte la présente LDPE, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) lui recommande de mettre sur pied des équipes de changement dont les responsabilités comprennent, sans s'y limiter, les éléments suivants :

1. Analyse des lacunes et des possibilités : évaluer vos politiques, procédures, protocoles et programmes éducatifs existants par rapport aux recommandations, aux énoncés de bonne pratique et aux discussions sur les données probantes contenues dans cette LDPE, et définir les points forts, les besoins ou les lacunes.
2. Prise en note des recommandations et des énoncés de bonne pratique applicables à votre contexte et pouvant être utilisés pour répondre aux besoins de votre ou vos organisations et pour combler des lacunes.
3. Élaboration d'un plan de mise en œuvre des recommandations et des énoncés de bonne pratique, maintien des bonnes pratiques et évaluation des **résultats<sup>G</sup>** en appliquant le [cadre d'action du mouvement social](#) (1, 2) ou le [cadre d'application des connaissances](#) (3).

Les ressources de la **science de la mise en œuvre<sup>G</sup>**, y compris la [Boîte à outils pour la conduite du changement](#), sont disponibles en ligne (4). Une description de la Boîte à outils pour la conduite du changement se trouve dans **l'Annexe G**. Pour en savoir plus, voir **Stratégies de mise en œuvre** à la page 67.

Toutes les LDPE de l'AIIAO peuvent être téléchargées sans frais depuis le site Web de l'AIIAO. Pour trouver une ligne directrice en particulier, veuillez effectuer une recherche par mot clé ou par sujet. D'autres documents supplémentaires, tels que les **profils de données probantes<sup>G</sup>** et les stratégies de recherche liées à chaque recommandation, se trouvent sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Nous aimerions connaître votre avis sur cette LDPE et en apprendre davantage sur la façon dont vous l'avez mise en œuvre. Veuillez nous faire part de votre histoire à [RNAO.ca/contact](http://RNAO.ca/contact).

Le parcours des LDPE de l'AIIAO, qui s'étend sur deux décennies, est documenté dans la ressource suivante : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation, Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2018.

# Objet et champ d'application

## Objet

Les LDPE de l'AIIAO sont des documents systématiquement élaborés et fondés sur des données probantes qui comprennent des recommandations sur des sujets précis liés au domaine clinique, aux environnements de travail sains et au système de santé. Elles s'adressent au personnel infirmier, aux membres de l'équipe interprofessionnelle qui occupent des postes de soins directs, aux enseignants, aux administrateurs et aux cadres, aux décideurs politiques et aux chercheurs travaillant dans des organisations de services de santé et universitaires. Nous encourageons les **personnes ayant une expérience vécue**<sup>G</sup>, y compris leur **famille**<sup>G</sup> et les **aidants**<sup>G</sup>, à se familiariser avec la LDPE afin de faciliter leur participation à la prise de décisions fondées sur des données probantes concernant leurs soins. Les LDPE favorisent l'uniformité et l'excellence des soins cliniques, des politiques administratives, des procédures et de l'éducation, dans le but d'obtenir des résultats de santé optimaux pour les personnes, les communautés et le système de santé. L'AIIAO vise à respecter les normes internationales de déclaration des lignes directrices sur la pratique clinique, y compris les normes décrites dans l'instrument Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE II) et la déclaration RIGHT (Reporting Items for practice Guidelines in Healthcare) (5, 6).

Cette LDPE remplace la LDPE de l'AIIO, *Évaluation et prise en charge de la douleur, troisième édition* (7). Cette LDPE est l'une des lignes directrices les plus utilisées par **Best Practice Spotlight Organizations**<sup>MD</sup> (**BPSO**<sup>MD</sup>)<sup>G</sup> de l'AIIAO.

L'objectif de cette quatrième édition est de fournir au personnel infirmier et à l'équipe interprofessionnelle des conseils fondés sur des données probantes pour la **prévention**,<sup>G</sup> l'**évaluation**,<sup>G</sup> et la **prise en charge**<sup>G</sup> de tous les types de douleur tout au long de la vie. Cette LDPE reconnaît que les personnes à risque ou ressentant tout type de douleur tout au long de leur vie et leur famille sont des experts en matière de santé et de prise de décisions; la collaboration entre l'équipe interprofessionnelle, la personne recevant des soins et sa famille (s'il y a lieu) est donc essentielle pour obtenir de meilleurs résultats de santé.

En octobre 2022, l'AIIAO a convoqué un groupe d'experts pour déterminer la portée de la prochaine édition de la LDPE et élaborer **des questions de recommandation**<sup>G</sup> pour éclairer les **examens systématiques (ES)**.<sup>G</sup> Le groupe interprofessionnel d'experts de l'AIIAO comprenait des personnes ayant une expérience vécue et des personnes ayant des connaissances et de l'expérience en pratique clinique, en éducation, en recherche et en politiques dans un éventail d'organisations de services de santé, d'établissements universitaires, de domaines de pratique et de secteurs. Elles ont partagé leurs points de vue sur le soutien et les soins aux personnes à risque ou ressentant tout type de douleur dans tout le continuum de soins, y compris (mais sans s'y limiter) les soins primaires, les soins à domicile et communautaires, les soins actifs, la réadaptation et les soins de longue durée (SLD).

L'équipe d'élaboration et de recherche des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et le groupe d'experts de l'AIIAO ont effectué un examen et une analyse exhaustifs afin de déterminer le champ d'application et les questions de recommandation prioritaires pour cette LDPE (voir les documents supplémentaires sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE).

## Champ d'application

Pour déterminer le champ d'application de la présente LDPE, l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a suivi les étapes suivantes :

- examen de la précédente LDPE de l'AIIAO *Évaluation et prise en charge de la douleur* (7);
- analyse environnementale des lignes directrices et des normes existantes portant sur ce sujet;
- examen de la littérature afin de déterminer les données probantes disponibles sur les interventions multimodales à l'appui de la prévention, de l'évaluation et de la prise en charge de tout type de douleur (p. ex., aiguë, chronique, nociceptive, neuropathique, nociplastique) pour les personnes tout au long de la vie;
- réalisation de 26 entretiens virtuels avec des répondants clés auprès de prestataires de santé, de personnes ayant une expérience vécue, d'administrateurs, d'enseignants et de chercheurs;
- tenue de deux groupes de discussion avec des prestataires de santé, des gestionnaires, des administrateurs et des enseignants;
- consultation du groupe d'experts.

Cette LDPE doit être utilisée par le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle dans l'ensemble du continuum de soins de santé dans tous les domaines d'exercice des soins aux personnes à risque de ressentir de la douleur. Elle doit également être utilisée par les employeurs y compris les organisations de services de santé et les établissements universitaires.

### Sujets ne relevant pas du champ d'application de la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Les conditions et les sujets suivants ne sont pas couverts par la présente LDPE :

- Évaluation et prise en charge de la douleur liée à des troubles médicaux particuliers (p. ex., cancer, douleurs musculo-squelettiques, cardiaques ou urologiques)
- Prise en charge pharmacologique spécifique (c.-à-d. médicaments spécifiques, posologie ou recommandations d'ordonnance)

# Aperçu de la méthodologie : Énoncés de bonne pratique et recommandations

## Énoncés de bonne pratique et recommandations

Ce guide comprend à la fois des énoncés de bonne pratique et des recommandations graduées. Les LDPE de l'AIIAO sont élaborées en utilisant les méthodes **GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)**<sup>G</sup>. Pour en savoir plus sur le processus d'élaboration de la ligne directrice, y compris l'utilisation des méthodes GRADE, veuillez consulter les documents supplémentaires sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

## Énoncés de bonne pratique

Les énoncés de pratique exemplaire sont des énoncés exploitables qui devraient être mis en pratique (8). Ces déclarations sont considérées comme tellement bénéfiques qu'un résumé des données probantes serait une mauvaise utilisation du temps et des ressources du groupe d'experts (8). En outre, il se peut que les chercheurs ne mènent plus d'études sur le sujet, que l'alternative à l'action soit contraire à l'éthique ou que leur étude aille à l'encontre des droits de la personne (8,9). Étant donné le degré élevé de certitude que les avantages découlant de l'énoncé de bonne pratique l'emportent sur les inconvénients, ils ne sont pas fondés sur un examen systématique des données probantes. Ils ne reçoivent pas non plus d'évaluation de la certitude de leurs données probantes ou de leur force (c'est-à-dire une évaluation conditionnelle ou forte, qui est examinée plus en détail ci-dessous) (10). Cela ne diminue pas la certitude des données probantes : bien qu'elles puissent être étayées par des données probantes indirectes, il existe une justification claire et explicite bien documentée reliant les données probantes indirectes à l'énoncé (8). En tant que tels, les énoncés de bonne pratique doivent être interprétés comme des recommandations fortes, car ils reposent sur l'hypothèse sous-jacente d'une grande certitude quant aux avantages de la mise en œuvre de l'action (8). Il est important de noter que les énoncés de bonne pratique ne sont pas formulés en raison d'un manque de données probantes et qu'ils ne sont pas non plus basés sur l'avis d'un expert.

## Recommandations graduées

Les recommandations graduées sont également des énoncés pouvant donner lieu à une action; cependant, les énoncés des recommandations sont formés sur la base d'un lien direct ou indirect avec un ensemble de données probantes trouvées par le biais du processus d'examen systématique (9). Les recommandations sont formulées comme fortes ou conditionnelles en tenant compte de la certitude des données probantes, des valeurs et des préférences des personnes concernées par la recommandation, et de l'équité en matière de santé (voir **Interprétation des données probantes et énoncés de recommandation** à la page 12). Le groupe d'experts formule des recommandations à l'aide des **cadres de prise de décisions fondées sur les preuves (cadres EtD)**<sup>G</sup>, par l'entremise d'un processus de consensus informel facilité par l'équipe LDPE de l'AIIAO. Étant donné que les recommandations sont explicitement liées à l'ensemble de preuves, on parvient généralement à un accord (11). S'il n'est pas possible de s'entendre, des méthodes de vote officielles sont utilisées pour déterminer l'action et la force des recommandations (11, 12).

Bien que les énoncés de bonne pratique et les recommandations soient élaborés différemment, ils fournissent tous les deux des conseils détaillés sur une action/intervention qui devrait (ou ne devrait pas) être réalisée (9). Par conséquent, les énoncés de bonne pratique et les recommandations devraient suivre le même processus de mise en œuvre (voir **Stratégies de mise en œuvre** à la page 67).

## Questions de recommandation

Les questions de recommandation portent sur des domaines prioritaires en matière d'exercice, tels que définis par le groupe d'experts. Pour répondre à ces questions, il faut procéder à un examen systématique des données. Elles éclairent les **questions de recherche sur la PICR<sup>G</sup>** (population, intervention, comparaison et résultats) qui orientent les examens systématiques et, par la suite, les recommandations. Les résultats potentiels font l'objet d'un remue-méninges et sont classés par ordre de priorité par le groupe d'experts pour chaque question de recommandation, et un examen systématique individuelle est réalisée pour chaque question, conformément aux méthodes GRADE (13).

Voici les questions de recommandation prioritaires et les résultats élaborés par le groupe d'experts de l'AIIAO qui ont orienté l'élaboration des recommandations de la présente LDPE. Les résultats sont présentés selon l'ordre d'importance établi par le groupe d'experts.

- **Question de recommandation n° 1** : Devrait-on recommander ou non la mise en place d'une équipe interprofessionnelle spécialisée en soins de la douleur au sein d'une organisation ou d'un système de santé?

**Résultats** : Prise en charge efficace de la douleur (y compris l'intensité de la douleur ou la prévalence de la douleur intense, la fréquence de la douleur, l'interférence de la douleur), le fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle, la communication ou la collaboration, les interventions contre la douleur offertes par les prestataires de santé (y compris la documentation), l'évaluation (et la documentation) de la douleur et la satisfaction de la personne ou de la famille.

- **Question de recommandation n° 2** : Une éducation interactive sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur pour les étudiants qui entrent dans les professions de la santé devrait-elle être recommandée ou non?

**Résultats** : Compétence de l'étudiant (connaissances et habiletés qui contribuent à cette compétence), évaluation de la douleur (y compris la documentation), interventions contre la douleur (y compris la documentation) et confiance ou attitude de l'étudiant.

- **Question de recommandation n° 3** : Une éducation interactive sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur pour les prestataires de santé devrait-elle être recommandée ou non?

**Résultats** : Compétence des prestataires de santé (connaissances et habiletés qui contribuent à cette compétence), interventions contre la douleur offertes par les prestataires de santé (y compris la documentation), évaluation de la douleur par les prestataires de santé (y compris la documentation), confiance ou attitude et satisfaction des prestataires de santé.

**Remarque** : Ces questions de recommandation prioritaires sont des versions abrégées des questions de recherche sur la PICR que le groupe d'experts de l'AIIAO a formulées pour orienter les examens systématiques. Pour en savoir plus sur les questions de recherche sur la PICR et sur le processus détaillé par lequel le groupe d'experts de l'AIIAO a déterminé les questions de recommandation prioritaires et les résultats, veuillez consulter les documents supplémentaires sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

# Résumé des recommandations et des énoncés de bonne pratique

Cette LDPE remplace la LDPE de l'AIIO, *Évaluation et prise en charge de la douleur* (7).

Un résumé de la façon dont les recommandations de la présente LDPE se comparent à celles des éditions précédentes est disponible sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

RECOMMANDATIONS ET ÉNONCÉS DE BONNE PRATIQUE	FORCE DE LA RECOMMANDATION
<b>Dépistage et évaluation</b>	
<p><b>Énoncé de bonne pratique 1.0 :</b></p> <p>Il est recommandé que tous les prestataires de santé effectuent un dépistage et une évaluation initiaux et continus de la douleur auprès des personnes dont ils s'occupent. L'évaluation de la douleur comprend une évaluation exhaustive fondée sur des données probantes utilisant une approche de soins axée sur les besoins de la personne et de la famille.</p>	Sans objet*
<b>Prise en charge</b>	
<p><b>Énoncé de bonne pratique 2.0 :</b></p> <p>Il est recommandé d'offrir une approche intégrative de la prévention, de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur. Une approche intégrative (c.-à-d. des stratégies non pharmacologiques ou pharmacologiques) comprend des soins individualisés, axés sur les besoins de la personne et de la famille.</p>	Sans objet*
<b>Pratique interprofessionnelle</b>	
<p><b>Énoncé de bonne pratique 3.0 :</b></p> <p>Il est recommandé que les organisations de services de santé et les systèmes de santé mettent en œuvre une approche de pratique interprofessionnelle pour la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur.</p>	Sans objet*
<b>Question de recommandation n° 1 : Devrait-on recommander ou non la mise en place d'une équipe interprofessionnelle spécialisée en soins de la douleur?</b>	
<p><b>Recommandation 1.0 :</b></p> <p>Le groupe d'experts suggère que les organisations de services de santé donnent accès à une équipe interprofessionnelle spécialisée en soins de la douleur pour la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur chez les personnes ressentant de la douleur aiguë ou chronique.</p>	Conditionnelle

<b>Formation</b>	
<p><b>Énoncé de bonne pratique 4.0 :</b></p> <p>Il est recommandé pour les établissements universitaires d’offrir aux étudiants qui entrent dans une profession de la santé une formation complète sur la prévention, l’évaluation et la prise en charge de la douleur.</p>	Sans objet*
<p><b>Question de recommandation n° 2 : Une éducation interactive sur les stratégies de prévention, d’évaluation et de prise en charge de la douleur pour les étudiants qui entrent dans les professions de la santé devrait-elle être recommandée ou non?</b></p>	
<p><b>Recommandation 2.0 :</b></p> <p>Le groupe d’experts suggère que les établissements universitaires mettent en œuvre une éducation interactive sur la prévention, l’évaluation et la prise en charge de la douleur pour tous les étudiants qui entrent dans les professions de la santé.</p>	Conditionnelle
<p><b>Énoncé de bonne pratique 5.0 :</b></p> <p>Il est recommandé que les organisations de services de santé offrent à tous les prestataires de santé une formation interprofessionnelle et disciplinaire sur la prévention, l’évaluation et la prise en charge complètes de la douleur.</p>	Sans objet*
<p><b>Question de recommandation n° 3 : Une éducation interactive sur la prévention, l’évaluation et la prise en charge de la douleur pour les prestataires de santé devrait-elle être recommandée ou non?</b></p>	
<p><b>Recommandation 3.0 :</b></p> <p>Le groupe d’experts suggère que les organisations de services de santé mettent en œuvre des possibilités d’éducation interactive pour tous les prestataires de santé sur la prévention, l’évaluation et la gestion de la douleur.</p>	Conditionnelle

\* Les énoncés de bonne pratique sont des pratiques établies et solides. Aucune force ne leur est associée. Pour en savoir plus, consultez **Aperçu de la méthodologie : Énoncés de bonne pratique et recommandations** à la page 8.

# Interprétation des données probantes et énoncés de recommandation

GRADE fournit un cadre transparent et une approche systématique pour évaluer la certitude des données probantes et déterminer la force des recommandations (13).

## Degré de certitude des données probantes

En **recherche quantitative**<sup>G</sup>, le degré de certitude des données probantes (le niveau de confiance que nous avons dans la validité d'un effet escompté) est déterminé au moyen de la méthode GRADE (13). L'évaluation du degré de certitude des données probantes est effectuée après avoir fait la synthèse des données probantes relatives à chaque résultat prioritaire. Le degré général de certitude est établi en tenant compte du degré de certitude des données probantes relatives à tous les résultats prioritaires, par recommandation. La méthode GRADE permet de classer le degré global de certitude des données probantes selon s'il est *élevé, moyen, faible* ou *très faible* (voir le **tableau 1** pour la définition de ces catégories).

**Tableau 1 : Degré de certitude des données probantes**

DEGRÉ DE CERTITUDE DES DONNÉES PROBANTES	DÉFINITION
<b>Élevée</b>	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est élevé.
<b>Moyenne</b>	Nous sommes modérément confiants dans l'estimation de l'effet : l'effet réel est susceptible d'être proche de l'estimation de l'effet, mais il est possible qu'il soit sensiblement différent.
<b>Faible</b>	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est faible, et nous envisageons la possibilité que l'effet réel s'écarte sensiblement de l'effet prévu.
<b>Très faible</b>	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est très faible et il est probable qu'il soit sensiblement différent.

Source : Reproduit avec la permission de : Schünemann HJ, Brozek J, Guyatt G, Oxman A, éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [lieu inconnu : maison d'édition inconnue]; octobre 2013 [cité le 31 août 2018]. Tableau 5.1, Quality of evidence grades. Disponible à l'adresse : <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.9rdbelsnu4iy>

**Remarque :** Le niveau de certitude des données probantes attribué se trouve directement sous chaque énoncé de recommandation. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le processus de détermination de la certitude des données probantes et les décisions documentées prises par les méthodologistes d'élaboration des lignes directrices de l'AIIAO, veuillez consulter les documents supplémentaires sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

## Force des recommandations

Les recommandations peuvent être qualifiées de *fortes* ou *conditionnelles* selon le degré de *certitude des données probantes* et des critères clés suivants (voir les définitions dans la section **Discussion sur les données probantes**) :

- l'équilibre entre les avantages et les inconvénients;
- les valeurs et les préférences;
- l'équité en santé.

Selon Schünemann et coll., « une recommandation forte indique que le groupe d'experts est convaincu que les effets désirables de l'intervention l'emportent sur les effets indésirables (recommandation forte *pour* l'intervention) ou que les effets indésirables d'une intervention l'emportent sur ses effets désirables (recommandation forte *contre* l'intervention) » (13). En revanche, « une recommandation conditionnelle indique que le groupe d'experts pense que les effets désirables l'emportent probablement sur les effets indésirables (recommandation conditionnelle pour l'intervention) ou que les effets indésirables l'emportent probablement sur les effets désirables (recommandation conditionnelle pour l'intervention), bien qu'il existe une certaine incertitude » (13). Le **tableau 2** décrit les implications des recommandations fortes et conditionnelles.

Lorsque le degré global de certitude des données probantes est élevé ou moyen, les membres du groupe d'experts peuvent être confiants des effets de l'intervention d'intérêt, qui soutiendront donc une recommandation forte. En outre, les membres du groupe d'experts doivent s'assurer que les avantages l'emportent sur les inconvénients et qu'il existe une confiance raisonnable et une variabilité limitée dans les valeurs et les préférences des personnes (14). Cependant, lorsque le degré global de certitude des données probantes est faible ou très faible, il existe une incertitude quant aux répercussions de l'intervention en question et les membres du groupe d'experts doivent s'attendre à des recommandations conditionnelles (14).

**Tableau 2 : Implications des recommandations fortes et conditionnelles**

GROUPES VISÉS	RECOMMANDATION FORTE	RECOMMANDATION CONDITIONNELLE
Pour les prestataires de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les bénéfices d'une intervention recommandée l'emportent sur les inconvénients. Par conséquent, la recommandation peut être appliquée à la plupart des personnes.</li> <li>▪ Les valeurs et les préférences des personnes dans cette situation varient peu.</li> <li>▪ Il faut tenir compte de la situation, des préférences et des valeurs de la personne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les bénéfices de la recommandation sont probablement plus importants que les inconvénients. Par conséquent, la recommandation peut être appliquée à la majorité des personnes.</li> <li>▪ Les valeurs et les préférences des personnes dans cette situation varient davantage, ou bien il y a une incertitude quant à leurs valeurs et préférences générales.</li> <li>▪ Il faut examiner plus attentivement que d'habitude la situation, les préférences et les valeurs de la personne.</li> </ul>

GROUPES VISÉS	RECOMMANDATION FORTE	RECOMMANDATION CONDITIONNELLE
<b>Pour les personnes recevant des soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La plupart des personnes souhaiteraient appliquer la recommandation et un petit nombre de personnes ne le voudraient pas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La plupart des personnes dans cette situation voudraient appliquer la recommandation, mais bon nombre de personnes ne le voudraient pas.</li> </ul>
<b>Pour les décideurs politiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La recommandation peut être adaptée sous forme de politique dans la plupart des situations.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un débat important et la participation de nombreuses autres personnes touchées par le changement seront nécessaires à l'élaboration des politiques. Les politiques sont également plus susceptibles de comporter des différences d'une région à l'autre.</li> </ul>
<b>Pour les chercheurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La recommandation est appuyée par des recherches crédibles ou d'autres jugements convaincants qui rendent peu probable qu'elle soit modifiée par des recherches supplémentaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La recommandation sera probablement renforcée par d'autres recherches. Une évaluation des conditions et des critères qui ont déterminé la recommandation conditionnelle aidera à cerner les lacunes possibles en matière de recherche.</li> </ul>

Source : Adapté avec l'autorisation de : Schünemann HJ, Brozek J, Guyatt G, Oxman A, éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [lieu inconnu : maison d'édition inconnue]; octobre 2013 [cité le 11 mai 2020].  
 Tableau 6.1. Implications of strong and weak recommendations for different users of guidelines. Disponible à l'adresse : <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.fueh5iz0cor4>

**Remarque :** La force de chaque énoncé de recommandation est présentée directement en dessous et dans le **Résumé des recommandations et des énoncés de bonne pratique**. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le processus utilisé par le groupe d'experts pour déterminer la force de chaque recommandation, veuillez consulter les documents supplémentaires sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

## Discussion sur les données probantes

La discussion sur les données probantes qui accompagne chaque recommandation comprend les principales sections ci-dessous.

1. **Avantages et inconvénients** : Les résultats potentiels désirables et indésirables de la pratique recommandée, selon la documentation. Le contenu de cette section contient les études retenues dans le cadre des examens systématiques de la documentation.
2. **Valeurs et préférences** : L'importance ou la valeur relative accordée aux résultats de santé liés à l'application d'une intervention clinique particulière dans une approche axée sur les besoins de la personne. Le contenu de cette section peut comprendre des études retenues dans le cadre de l'examen systématique de la documentation et, le cas échéant, des observations ou des considérations du groupe d'experts de l'AIIAO.
3. **Équité en matière de santé** : L'impact que la pratique recommandée pourrait avoir sur la santé dans différentes populations et différents établissements, ou les obstacles à la mise en application de la pratique recommandée dans des établissements particuliers. Cette section peut comprendre des études retenues dans le cadre de l'examen systématique de la documentation et, le cas échéant, des observations ou des considérations du groupe d'experts de l'AIIAO.
4. **Conclusions du comité d'experts** : Fournit une raison pour laquelle le groupe d'experts a pris la décision de classer une recommandation comme forte ou conditionnelle.
5. **Conseils de mise en œuvre** : Met en lumière des informations pratiques pour les personnels infirmiers et les membres de l'équipe interprofessionnelle afin de soutenir la mise en œuvre dans la pratique. Cette section peut comprendre des données probantes tirées de l'examen systématique de la documentation ou d'autres sources (p. ex., le groupe d'experts de l'AIIAO).
6. **Ressources justificatives** : Comprend une liste des ressources pertinentes (p. ex., sites Web, livres et organisations) qui appuient les recommandations. Le contenu figurant dans cette section a été évalué selon cinq critères : la pertinence, la crédibilité, la qualité, l'accessibilité et l'actualité de la publication (publication au cours des dix dernières années). De plus amples détails sur ce processus et les cinq critères sont décrits dans les documents supplémentaires sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE. La liste n'est pas exhaustive et l'inclusion d'une ressource dans l'une de ces listes ne signifie pas qu'elle est approuvée par l'AIIAO. Il se peut qu'une recommandation ne soit appuyée par aucune ressource d'appui connue.

# Évaluation de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Lors de la mise en pratique des recommandations et les énoncés de bonne pratique de cette LDPE, nous vous demandons de réfléchir à la manière dont vous allez suivre et évaluer leurs effets.

Le modèle de Donabedian prévoit l'élaboration d'indicateurs pour l'évaluation des soins de santé et distingue trois catégories d'indicateurs : le mode de structure, le processus et les résultats (15).

La **structure** décrit les caractéristiques du système de santé ou de l'organisation des services de santé qui sont nécessaires pour assurer la qualité des soins. Elle comprend les ressources physiques, humaines, informationnelles et financières.

Le **processus** consiste à examiner les soins de santé fournis aux personnes ou aux populations afin d'en évaluer la qualité.

Les **résultats** permettent d'analyser l'effet de la qualité des soins sur l'état de santé des personnes et des populations, du personnel de santé, des organisations de services de santé ou des systèmes de santé (15).

Pour plus de détails, voir les sections **Surveillance de l'utilisation des connaissances** et **Évaluation des résultats** de la [Boîte à outils pour la conduite du changement](#) (4).

Les indicateurs suivants ont été élaborés pour appuyer l'évaluation et l'amélioration de la qualité dans les organisations de services de santé et universitaires. Examinez les **tableaux 3, 4 et 5** qui fournissent une liste d'indicateurs de structure, de processus et de résultats ainsi que leurs définitions opérationnelles, leurs numérateurs et leurs dénominateurs. Chaque tableau indique également si l'indicateur s'aligne sur d'autres indicateurs dans des organisations locales, provinciales, nationales ou internationales. L'alignement sur les organisations est déterminé en comparant les critères suivants avec les indicateurs développés : la définition opérationnelle; si l'indicateur est sensible aux soins infirmiers; et les critères d'inclusion/exclusion. Selon le niveau d'alignement, un indicateur peut être décrit comme étant totalement, partiellement ou pas du tout aligné sur les organisations externes. Les indicateurs peuvent être adoptés (dans leur état actuel) ou adaptés (modifiés) à partir d'organisations.

Les indicateurs suivants contribueront à l'amélioration de la qualité des soins et à leur évaluation. Sélectionnez les indicateurs les plus pertinents pour les changements apportés à la pratique, à l'éducation ou à la politique, sur la base des recommandations de la LDPE et des énoncés de bonne pratique prioritaires pour la mise en œuvre.

Le **tableau 3** présente des indicateurs de structure associés à des énoncés de bonne pratique précis liés aux ressources humaines, à la formation ou à d'autres facteurs organisationnels.

Tableau 3 : Indicateurs de structure

ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE	INDICATEURS DE STRUCTURE	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS D'AUTRES ORGANISATIONS
<b>Énoncé de bonne pratique 5.0</b>	<p>Pourcentage de prestataires de santé ayant reçu une formation sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur</p> <p><i>Numérateur : Nombre de prestataires de santé ayant reçu une formation sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de prestataires de santé</i></p>	Nouveau

Le **tableau 4** présente une liste d'indicateurs de processus qui appuient l'évaluation des changements de pratique pendant la mise en œuvre et les améliorations correspondantes aux processus. Les indicateurs de processus sont dérivés des recommandations et des énoncés de bonne pratique de la LDPE.

Tableau 4 : Indicateurs de processus

RECOMMANDATION OU ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE	INDICATEURS DE PROCESSUS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS D'AUTRES ORGANISATIONS
<b>Énoncé de bonne pratique 1.0</b>	<p>Pourcentage de rencontres où les personnes ont fait l'objet d'un dépistage documenté de la présence de douleur</p> <p><i>Numérateur : Nombre de rencontres où les personnes ont fait l'objet d'un dépistage documenté de la présence de douleur</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de rencontres</i></p>	<p>Adapté de Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation<sup>MD</sup> (NQuIRE<sup>MD</sup>)</p> <p>Alignement partiel avec Partnership for Quality Management (PQM) et l'Instrument d'évaluation des résidents — fichier minimal (RAI-MDS)</p>

RECOMMANDATION OU ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE	INDICATEURS DE PROCESSUS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS D'AUTRES ORGANISATIONS
<b>Énoncé de bonne pratique 1.0</b>	<p>Pourcentage de personnes qui ont reçu une évaluation exhaustive documentée de la douleur</p> <p><b>Numérateur :</b> <i>Nombre de personnes qui ont reçu une évaluation exhaustive documentée de la douleur</i></p> <p><b>Dénominateur :</b> <i>Nombre total de personnes ayant obtenu un résultat positif au dépistage de la douleur</i></p>	<p>Adapté de NQuIRE</p> <p>Alignement complet avec PQM et le RAI-MDS</p> <p>Alignement partiel avec l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES)</p>
<b>Énoncé de bonne pratique 2.0</b>	<p>Pourcentage de personnes ayant un plan de soins élaboré dans le cadre d'une approche intégrative de la prise en charge de la douleur axée sur les besoins de la personne et de la famille</p> <p><b>Numérateur :</b> <i>Nombre de personnes ayant un plan de soins élaboré dans le cadre d'une approche intégrative de la prise en charge de la douleur axée sur les besoins de la personne et de la famille</i></p> <p><b>Dénominateur :</b> <i>Nombre total de personnes qui ont reçu des soins</i></p>	<p>Adapté de NQuIRE</p> <p>Alignement partiel sur le Registre et Réseau des Bons Résultats clés de la naissance de l'Ontario (BORN), ICES, PQM, RAI-MDS et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)</p>
<b>Recommandation 1.0</b>	<p>Pourcentage de personnes qui ont reçu des soins d'une équipe interprofessionnelle spécialisée en soins de la douleur</p> <p><b>Numérateur :</b> <i>Nombre de personnes qui ont reçu des soins d'une équipe interprofessionnelle spécialisée en soins de la douleur</i></p> <p><b>Dénominateur :</b> <i>Nombre total de personnes ayant une douleur documentée</i></p>	Nouveau

Le **tableau 5** présente des indicateurs de résultats qui permettent d'évaluer l'incidence de la mise en œuvre des changements à la pratique fondée sur les données probantes. Les indicateurs de résultats sont associés aux résultats de la ou des questions de recherche ou reflètent les résultats de l'ensemble des recommandations et des énoncés de bonne pratique.

**Tableau 5 : Indicateurs de résultats**

INDICATEURS DE RÉSULTATS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS D'AUTRES ORGANISATIONS
<p>Pourcentage de personnes ayant des documents indiquant que l'intensité de leur douleur était sévère</p> <p><i><b>Numérateur :</b> Nombre de personnes ayant des documents indiquant que l'intensité de leur douleur était sévère</i></p> <p><i><b>Dénominateur :</b> Nombre total de personnes ayant une douleur documentée</i></p>	<p>Adapté de NQuIRE</p> <p>Alignement complet avec ICES</p> <p>Alignement partiel avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Santé Ontario, PQM et Statistique Canada</p>
<p>Pourcentage de personnes ressentant de la douleur qui ont atteint les objectifs souhaités de prise en charge de la douleur</p> <p><i><b>Numérateur :</b> Nombre de personnes ressentant de la douleur qui ont atteint les objectifs souhaités de prise en charge de la douleur</i></p> <p><i><b>Dénominateur :</b> Nombre total de personnes ayant un plan de soins documenté pour la prise en charge de la douleur</i></p>	<p>Adapté de NQuIRE</p> <p>Alignement partiel avec le PQM</p>
<p>Pourcentage de personnes ressentant de la douleur qui ont maintenu les objectifs souhaités de prise en charge de la douleur</p> <p><i><b>Numérateur :</b> Nombre de personnes ressentant de la douleur qui ont maintenu les objectifs souhaités de prise en charge de la douleur</i></p> <p><i><b>Dénominateur :</b> Nombre total de personnes ayant un plan de soins documenté pour la prise en charge de la douleur</i></p>	<p>Adapté de NQuIRE</p> <p>Alignement partiel avec le PQM</p>
<p>Pourcentage de personnes souffrant d'une aggravation de la douleur</p> <p><i><b>Numérateur :</b> Nombre de personnes souffrant d'une aggravation de la douleur</i></p> <p><i><b>Dénominateur :</b> Nombre total de personnes ayant une douleur documentée</i></p>	<p>Adapté de NQuIRE</p> <p>Alignement partiel avec CIHI et la ICES</p>

INDICATEURS DE RÉSULTATS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS D'AUTRES ORGANISATIONS
<p>Pourcentage de personnes ayant des documents indiquant qu'elles avaient ressenti un soulagement efficace de la douleur</p> <p><b>Numérateur :</b> Nombre de personnes ayant fourni de preuves documentées d'un soulagement efficace de la douleur</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de personnes ayant une douleur documentée</p>	<p>Adapté de NQuIRE</p>
<p>Pourcentage de personnes ressentant de la douleur chronique qui avaient des documents indiquant que la douleur avait une incidence sur leurs activités de la vie quotidienne (AVQ)</p> <p><b>Numérateur :</b> Nombre de personnes ressentant de la douleur chronique qui avaient des documents indiquant que la douleur avait une incidence sur leurs AVQ</p> <p><b>Dénominateur :</b> Nombre total de personnes ayant une douleur chronique documentée</p>	<p>Alignement complet avec ICES et Statistique Canada</p> <p>Alignement partiel avec le PQM</p>

Autres ressources de l'AIIAO pour l'évaluation et la surveillance des LDPE :

- [Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation<sup>MD</sup> \(NQuIRE<sup>MD</sup>\)](#), un système de données international unique hébergé par l'AIIAO, permet à Best Practice Spotlight Organizations<sup>MD</sup> (BPSO<sup>MD</sup>) de surveiller et d'évaluer l'incidence de la mise en œuvre de la LDPE. Le système de données NQuIRE recueille, compare et communique des données sur les indicateurs de structure des ressources humaines ainsi que sur les indicateurs de structure, de processus et de résultats propres aux lignes directrices et sensibles aux soins infirmiers. Les définitions des indicateurs NQuIRE sont établies en fonction des données administratives disponibles et des indicateurs existants, lorsque c'est possible, selon le principe consistant à « collecter une fois et à utiliser plusieurs fois ». En complétant d'autres référentiels émergents ou établis, NQuIRE s'efforce de tirer parti de mesures fiables et valides, de réduire au minimum la charge de travail liée au signalement d'un cas et d'harmoniser les mesures liées aux évaluations afin de permettre la réalisation d'analyses comparatives. Créé en août 2012, le système de données NQuIRE vise à instaurer et à maintenir des cultures de pratique fondées sur des données probantes. Il se propose aussi de bonifier la sécurité de la personne, d'améliorer les résultats de santé et d'inciter le personnel à prendre conscience des liens qui existent entre la pratique et les résultats, tout cela dans le but d'améliorer la qualité des soins et de préconiser des ressources et politiques qui favorisent les changements conformes aux pratiques exemplaires (16).
- [les cheminements cliniques de l'AIIAO<sup>MC</sup>](#) sont des recommandations numérisées et des énoncés de bonne pratique intégrés aux dossiers médicaux électroniques par l'intermédiaire d'un logiciel tiers. À l'heure actuelle, ces cheminements cliniques sont offerts à tous les foyers de SLD canadiens. La capacité de lier les mesures relatives à la structure et au processus à des mesures spécifiques des résultats aide à déterminer les effets de la mise en application de la LDPE sur des résultats spécifiques en matière de santé.

# Contexte

## Douleur

L'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) définit la douleur comme : « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou ressemblant à celle-ci » (17). La douleur est complexe et multifactorielle. L'IASP traite des six autres notes clés suivantes pour la définition de la douleur :

- « La douleur est toujours une expérience personnelle qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux »;
- « La douleur et la nociception sont des phénomènes différents. La douleur ne peut pas être déduite uniquement de l'activité des neurones sensoriels »;
- « Les personnes apprennent le concept de douleur au fil de leurs expériences de vie »;
- « Le récit d'une personne d'une expérience de douleur doit être respecté »;
- « Bien que la douleur joue habituellement un rôle adaptatif, elle peut avoir des effets néfastes sur la fonction et le bien-être social et psychologique »;
- « La description verbale n'est qu'un des nombreux comportements pour exprimer la douleur; l'incapacité de communiquer n'annule pas la possibilité qu'un humain ou un animal non humain ressente de la douleur » (17).

En 2021, Santé Canada a publié un rapport novateur intitulé *Un plan d'action pour la douleur au Canada* qui présente les objectifs et les stratégies du Canada pour aider à lutter contre l'augmentation des taux de douleur dans tout le pays (18). Le rapport reconnaît que la douleur est une priorité de santé publique et vise à s'assurer que « les professionnels de la santé ont les connaissances, les compétences et le soutien éducatif nécessaires pour évaluer et prendre en charge adéquatement la douleur en fonction des besoins de la population » (18). Il est important de tenir compte de ces objectifs pour comprendre l'importance de la douleur en tant que problème actuel dans les systèmes de santé du Canada.

À l'échelle mondiale, on estime qu'un adulte sur cinq vit avec de la douleur et qu'un autre sur dix reçoit un diagnostic de **douleur chronique**<sup>G</sup> chaque année (19 à 21). Bhadelia et coll. expliquent que l'accès au soulagement de la douleur pourrait soulager plus de 6 milliards de jours de souffrance liée à la santé chaque année (22). Au Canada, on estime que 7,6 millions de personnes (tout au long de la vie) vivent avec de la douleur chronique, dont beaucoup déclarent qu'elle affecte une partie ou la plupart de leurs activités quotidiennes (18). Avec le vieillissement de la population canadienne, le nombre de personnes touchées par la douleur devrait augmenter; Santé Canada prévoit que le nombre de Canadiens vivant avec de la douleur chronique augmentera de 17,5 % de 2019 à 2030 en raison de la croissance démographique (18). La douleur est l'une des cinq principales raisons pour lesquelles les personnes consultent leur prestataire de soins primaires au Canada (23). Il a été démontré que la prise en charge efficace de la douleur réduit le nombre de fois que les systèmes de soins de santé sont utilisés (c.-à-d. moins de visites aux services d'urgence par année) et, par conséquent, a une incidence importante sur la réduction de nos coûts globaux des soins de santé (18).

## Types de douleur

Il existe plusieurs types de douleur. La douleur est souvent classée en douleur aiguë, chronique, nociceptive, neuropathique et nociplastique (17) :

- **La douleur aiguë**<sup>G</sup> survient soudainement, commence par être aiguë ou intense et sert de signe d'avertissement d'une maladie ou d'une menace pour le corps (24). La douleur aiguë a tendance à être causée par des blessures, des maladies, des chirurgies ou d'autres procédures médicales ou traumatismes (24). La douleur aiguë dure moins de six mois et disparaît généralement lorsque la cause sous-jacente est traitée ou guérie (24).

- La douleur chronique persiste ou réapparaît pendant plus de trois mois et devient souvent le seul problème clinique ou prédominant chez certaines personnes (25). La douleur chronique est multifactorielle : des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux contribuent au syndrome douloureux (25). La *Classification internationale des maladies, onzième révision (CIM-11)* de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) divise la douleur chronique en sous-types : douleur chronique primaire, douleur chronique liée au cancer, douleur chronique postopératoire ou post-traumatique, douleur musculo-squelettique secondaire chronique, douleur viscérale secondaire chronique, douleur neuropathique chronique et douleur chronique secondaire ou orofaciale (25).
- **La douleur nociceptive<sup>G</sup>** découle de lésions réelles ou menacées aux tissus non neuraxiaux et est attribuable à l'activation des nocicepteurs (17).
- **La douleur neuropathique<sup>G</sup>** neuropathique est causée par des lésions ou une maladie du système nerveux somatosensoriel (17).
- **La douleur nociplastique<sup>G</sup>** découle d'une nociception altérée malgré l'absence de signes clairs de lésions tissulaires réelles ou potentielles causant l'activation des nocicepteurs périphériques ou de signes de maladie ou de lésion du système somatosensoriel causant la douleur (17).

**La douleur mixte<sup>G</sup>** est un concept évolutif et est actuellement définie comme un « chevauchement complexe des différents types de douleur connus (p. ex., nociceptive, neuropathique et nociplastique) dans n'importe quelle combinaison, agissant simultanément pour causer de la douleur dans la même région du corps. L'un ou l'autre mécanisme peut être plus prédominant sur le plan clinique à tout moment. La douleur mixte peut être aiguë ou chronique » (26).

**La douleur totale<sup>G</sup>** fait référence à la nature multidimensionnelle de la douleur qui comprend les éléments physiques, psychologiques, comportementaux, sociaux et spirituels de l'expérience de la douleur. Il s'agit d'un concept de douleur particulièrement pertinent pour les personnes atteintes de maladies limitant l'espérance de vie et leur famille, et les prestataires de santé doivent comprendre qu'une approche holistique de la douleur est nécessaire pour obtenir un soulagement optimal de la douleur et que tous les aspects de la douleur doivent être abordés (27).

## Prévention de la douleur

La prévention de la douleur est axée sur des stratégies et des interventions de prévention de la douleur primaires, secondaires et tertiaires fondées sur des données probantes.

- Les stratégies de prévention de la douleur primaires sont axées sur les stratégies et les interventions visant à prévenir la douleur aiguë, comme la douleur postopératoire (p. ex., pharmacothérapie, physiothérapie, massage, relaxation et éducation).
- Les stratégies de prévention de la douleur secondaires visent à prévenir le développement de la douleur chronique (p. ex., exercice et médicaments temporels).
- Les stratégies de prévention de la douleur tertiaires mettent l'accent sur les stratégies visant à réduire l'incidence de la douleur chronique (p. ex., équipes interprofessionnelles de lutte contre la douleur) (28).

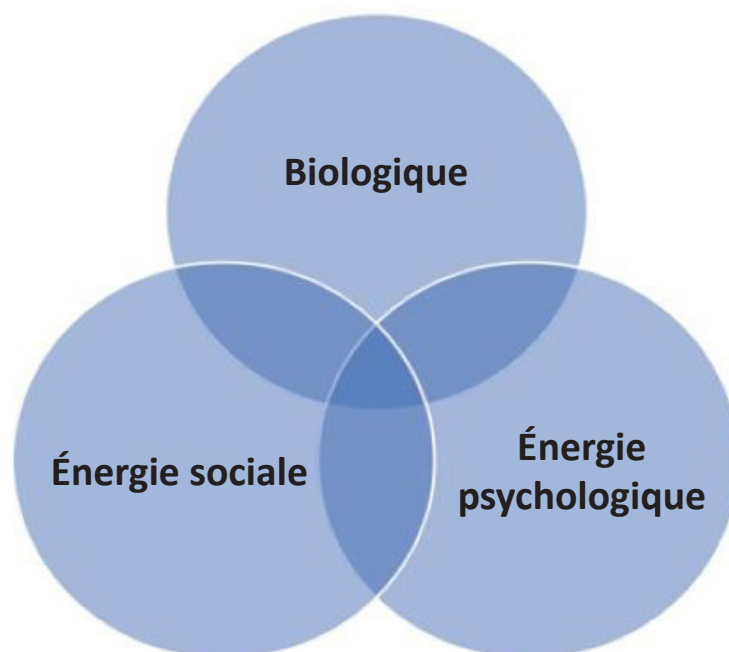
## Déterminants psychologiques et sociaux de la douleur

L'IASP indique que la douleur est un phénomène multidimensionnel comportant des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux ou environnementaux (voir la **figure 1**) et que toutes les personnes doivent être évaluées et traitées à l'aide de ce cadre (28). Le modèle de communication sociale de la douleur fournit un cadre inclusif pour organiser et considérer ces facettes et leurs relations (29) et reconnaît que les trois facteurs contribuant à la douleur – biologique, psychologique et social – sont interdépendants.

- Les facteurs biologiques de la douleur comprennent la génétique, l'ampleur de la nociception, les lésions tissulaires, les dommages ou les maladies, les problèmes de santé physique, la fonction immunitaire, la neurobiologie et la neurochimie.
- Les facteurs psychologiques de la douleur comprennent les facultés cognitives, les émotions, la personnalité, l'attitude, les valeurs et les croyances au sujet de la douleur.
- Les facteurs sociaux comprennent les facteurs socioculturels qui peuvent influencer la douleur, comme la situation de vie, le niveau de pauvreté, le niveau de scolarité ou le statut socioéconomique d'une personne (30).

Toutes les infirmières et tous les prestataires de santé jouent un rôle important dans la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur de la personne tout au long de la vie dans divers milieux de soins de santé. La prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur nécessitent une approche multifactorielle qui comprend l'examen des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux et l'**inclusion d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques (INP)<sup>G</sup>** dans les plans de soins.

**Figure 1 : Modèle biopsychosocial de la douleur**



Source : Reproduit avec la permission de : Quel est le modèle biopsychosocial de la douleur? Dans : European Pain Federation (EFIC) [Internet]. Bruxelles (BE) : EFIC; c2022 [consulté le 9 septembre 2024]. Disponible à l'adresse : <https://europeanpainfederation.eu/what-is-the-bio-psycho-social-model-of-pain/>

## Considérations relatives à l'équité en matière de santé

Les prestataires de santé doivent être conscients des considérations relatives à l'équité en matière de santé lorsqu'ils préviennent, évaluent et prennent en charge la douleur dans toutes les populations, en particulier celles des communautés **mal desservies** et celles qui s'identifient comme **personnes autochtones, noires et de couleur (PANDC)<sup>G</sup>**. L'histoire de la douleur implique des stéréotypes et du racisme dès les années 1800, lorsque les médecins et les scientifiques croyaient que les réactions aux stimulations douloureuses étaient liées à la personnalité, à la race et au sexe (31). Malheureusement, de nombreuses attitudes néfastes existent encore aujourd'hui en raison du racisme structurel qui reste omniprésent dans la société (32). Les prestataires de santé doivent être conscients de leurs préjugés personnels implicites et d'observateur qui peuvent contribuer à la discrimination au sein de leurs services fournis (32). Les préjugés implicites impliquent des associations extérieures à la conscience qui mènent à une évaluation négative d'une personne basée sur des caractéristiques non pertinentes telles que la race ou le sexe (33). Alors que les préjugés d'observateur font référence à la connaissance préalable d'un chercheur (dans le cas de la recherche) ou d'un prestataire de santé sur le sujet ou à la connaissance de l'exposition ou de l'état de maladie d'une personne, et à l'incidence que cela a sur les soins qu'il fournit (34).

Les prestataires de santé doivent savoir que certaines conditions douloureuses sont plus répandues chez certaines races et certains sexes, et que des recherches antérieures montrent que ces communautés sont moins susceptibles de recevoir un traitement approprié en raison du racisme, du sexisme et des préjugés implicites. Par exemple, chez les personnes atteintes de drépanocytose aux États-Unis, 90 % sont afro-américains, 3 à 9 % sont hispano-américains et 1 à 7 % sont d'autres races (35). Pourtant, la recherche montre que les Noirs sont 22 % moins susceptibles que les Blancs de recevoir des analgésiques, plus susceptibles d'être strictement surveillés pour l'abus d'opioïdes et moins susceptibles d'obtenir des mesures d'adaptation

médicales en milieu de travail pour leur douleur (36 à 38, et 312). De plus, les femmes sont plus représentées dans les troubles sous-diagnostiqués ou médicalement controversés comme la fibromyalgie et sont plus exposées aux préjugés des prestataires lors des interactions dans le domaine de la santé (39). Par exemple, la recherche montre que les prestataires de santé considèrent que les femmes ressentant de la douleur chronique, en particulier les femmes de couleur, ont exagéré leur niveau de douleur et que les prestataires de santé sont plus susceptibles de diagnostiquer les causes psychologiques de leur douleur (39). Les nourrissons, à terme et prématurés, sont sensibles à la douleur et au sous-traitement en raison de leur incapacité à signaler la douleur et des idées fausses sur leur capacité à ressentir la douleur (40). D'autres sous-groupes qui sont particulièrement vulnérables à la douleur et les considérations relatives à leurs soins sont détaillés dans **Énoncé de bonne pratique 1.0**.

Lors de la prise en charge de la douleur, il est important que les prestataires de santé intègrent les principes d'équité et reconnaissent les **déterminants sociaux de la santé**<sup>G</sup> (41). Il existe de vastes inégalités en matière de santé dans le monde, et toutes les personnes n'ont pas un accès égal aux services de santé et aux options de traitement comme les analgésiques (41, 42). De plus, si les personnes n'ont pas accès à de l'eau potable, à une alimentation adéquate et à un abri, la prise en charge de la douleur devient extrêmement difficile. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les personnes qui utilisent des substances et les personnes handicapées subissent de la discrimination en matière de prise en charge de la douleur (43). Par exemple, les chercheurs ont constaté que les personnes hospitalisées qui déclarent avoir utilisé des substances illicites sont beaucoup plus susceptibles de se voir refuser des analgésiques pendant leur séjour que celles qui ne déclarent pas avoir utilisé de substances (44).

De plus, plusieurs problèmes du système de santé entravent l'accès aux services spécialisés en soins de la douleur, notamment les obstacles financiers (manque de financement public et de remboursement des prestataires) et géographiques (la plupart des services spécialisés en soins de la douleur se trouvent dans des centres urbains dans des milieux d'hôpitaux tertiaires); ce qui crée des obstacles supplémentaires à l'accès pour les personnes et les prestataires dans les régions rurales (313). De plus, les gens doivent attendre longtemps pour être vus par les prestataires de santé, tandis que les prestataires de santé sont confrontés à un manque de voies d'aiguillage clairement définies (c.-à-d. que les prestataires de référence peuvent ne pas connaître la clinique la plus appropriée) (45, 313). Les prestataires de santé doivent également rester vigilants quant à l'intersectionnalité du traitement de la douleur, car la recherche a révélé des disparités dans les soins lorsqu'on considère la race, le statut socioéconomique, le sexe et l'âge combinés (38, 46, 47). Ce ne sont là que quelques-unes des nombreuses considérations d'équité en matière de santé que tous les prestataires de santé devraient connaître lorsqu'ils préviennent, évaluent et prennent en charge la douleur. Ces concepts sont réitérés dans les sections sur l'équité en matière de santé de cette LDPE.

## Sécurité culturelle

Comme l'indique la définition de la douleur de l'IASP, la façon dont les personnes ressentent et interprètent la douleur a une composante personnelle. Différentes cultures et groupes religieux ont des attentes, des normes et des rituels différents pour la prise en charge de la douleur, la maladie et la mort (48, 312). Certaines cultures et religions mettent davantage l'accent sur les approches spirituelles et non médicales de la prise en charge de la douleur (48). Le personnel infirmier et les autres prestataires de santé doivent être conscients des différentes normes culturelles dans la pratique clinique et être conscients qu'ils fournissent des soins culturellement sécuritaires lors de la prévention, de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur. De plus, les prestataires de santé doivent être ouverts à travailler avec des personnes d'origines culturelles et religieuses diverses et s'assurer que leur plan de soins respecte leurs systèmes de croyances. Il peut s'agir d'une formation en ligne sur la diversité et la sensibilité culturelles ou de l'utilisation d'une équipe interprofessionnelle (si disponible), comprenant des prestataires de soins spirituels, des **navigateurs autochtones**<sup>G</sup> et des travailleurs sociaux.

## Conclusion

L'objectif de cette nouvelle édition est de fournir des recommandations actualisées fondées sur des données probantes pour informer le personnel infirmier et les prestataires de santé sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur, ainsi que pour fournir des renseignements aux personnes, à leur famille et aux aidants. La douleur, en particulier la douleur aiguë et chronique, est de plus en plus répandue dans tous les milieux et toutes les populations. Cette ligne directrice comprend également des considérations particulières (p. ex., des aspects importants des soins pour les populations en quête d'équité en matière de santé), des conseils de mise en œuvre et des ressources pour le personnel infirmier et les prestataires de santé afin de faciliter la prévention et la prise en charge de la douleur.

# Recommandations et énoncés de bonne pratique

## DÉPISTAGE ET ÉVALUATION

### ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE 1.0 :

Il est recommandé que tous les prestataires de santé effectuent un dépistage et une évaluation initiaux et continus de la douleur auprès des personnes dont ils s'occupent. L'évaluation de la douleur comprend une évaluation complète fondée sur des données probantes utilisant une approche de soins axée sur les besoins de la personne et de la famille.

**Le dépistage de la douleur<sup>G</sup>** (pour détecter la présence de la douleur) et l'évaluation (pour évaluer la nature de la douleur) sont deux compétences essentielles pour les prestataires de santé travaillant dans n'importe quel milieu clinique. Le dépistage, l'évaluation et la réévaluation réguliers de la douleur sont considérés comme faisant partie de la pratique continue des prestataires de santé, mais leur mise en œuvre uniforme peut être difficile et peut ne pas toujours se produire régulièrement. Selon l'IASP, l'évaluation et la mesure de la douleur sont l'une des quatre compétences de base de l'éducation sur la douleur pour les prestataires de santé (49). Effectuer un dépistage et une évaluation initiaux ou continus de la douleur avant d'élaborer un plan de soins ou de mettre en œuvre des interventions contre la douleur est une norme de pratique professionnelle (50). Une revue des données probantes n'a pas été requise pour cet énoncé de pratique exemplaire, mais il est important de le communiquer au personnel infirmier et aux prestataires de santé.

Les personnes peuvent ressentir la douleur différemment tout au long de leur vie. Comme le dépistage et l'évaluation réguliers de la douleur présentent d'importants avantages et très peu d'inconvénients, le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle ont l'obligation d'évaluer et de prendre en charge efficacement la douleur de toutes les personnes dont ils s'occupent (voir le **tableau 6**). Les prestataires de santé ont besoin des connaissances, des compétences et du soutien éducatif nécessaires pour évaluer (et prendre en charge) adéquatement la douleur dans l'ensemble des populations (18).

Les populations particulières qui ne sont pas en mesure de fournir une autoévaluation de la douleur sont les suivantes :

- nourrissons, jeunes enfants (tout-petits);
- les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et développementale;
- les personnes gravement malades ou inconscientes;
- les personnes ayant subi un traumatisme crânien aigu ou un accident vasculaire cérébral;
- les personnes âgées atteintes de démence avancée;
- les personnes en fin de vie (51).

La douleur ressentie par les nourrissons et les jeunes enfants pendant les soins hospitaliers est souvent sous-reconnue et sous-traitée (52). Pour le dépistage et l'évaluation de la douleur pédiatrique, les facteurs suivants sont considérés : l'âge, le développement, les capacités cognitives et de communication, l'identité culturelle, les préférences et les caractéristiques de la douleur (53). Les traumatismes et les expériences de douleur antérieurs peuvent avoir une incidence sur la façon dont les enfants ressentent la douleur (53).

La douleur ressentie par les adultes vivant avec une déficience intellectuelle et développementale est souvent difficile à détecter, à évaluer et à mesurer, et leur douleur est également sous-reconnue et sous-traitée. Dans un milieu de soins intensifs, de nombreux facteurs peuvent altérer la communication verbale, notamment l'intubation trachéale, la réduction ou l'altération du niveau de conscience, la sédation, les affections neurologiques telles que la tétraplégie ou l'administration d'agents bloquants neuromusculaires (55). De plus, les personnes ayant subi un traumatisme crânien aigu ou un AVC constituent une autre population ayant besoin d'une formation spécifique pour évaluer et prendre en charge adéquatement leur douleur, car la fatigue ou les lésions cognitives peuvent nuire à leur capacité d'autoévaluation de la douleur (51).

La douleur chronique est très répandue chez les personnes âgées au Canada et survient chez 1 personne sur 3 de plus de 65 ans, augmentant avec l'âge; la prévalence de la douleur chronique est la plus élevée chez les adultes de 85 ans et plus (18, 51, 56). Les personnes âgées vivant dans des foyers de soins de longue durée sont souvent sous-évaluées et sous-traitées pour la douleur, en particulier celles atteintes de démence (57). Un dépistage et une évaluation inadéquats de la douleur peuvent entraîner des souffrances inutiles et manquer des occasions d'offrir des interventions intégrées précoces de prévention et de prise en charge de la douleur et d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées (57).

Une fois que le dépistage a identifié la présence de la douleur, il y a plusieurs facteurs à prendre en compte lors d'une évaluation exhaustive de la douleur<sup>G</sup>, fondée sur des données probantes et **axée sur la personne et la famille**. L'évaluation de la douleur est continue, adaptée à la personne qui reçoit des services de soins de santé et doit être consignée régulièrement dans son dossier de santé conformément à la politique de l'organisation (53). Les outils et les échelles utilisés pour mesurer divers résultats de la douleur mesurent le plus souvent l'intensité de la douleur et sont considérés comme unidimensionnels, car ils mesurent un aspect de l'expérience de la douleur. Cependant, une exploration plus approfondie des caractéristiques et des facteurs déclencheurs et de soulagement de la douleur peut être étudiée par des mnémotechniques **d'évaluation exhaustive<sup>G</sup>** de la douleur telles que le mnémotechnique OPQRSTUV pour l'évaluation de la douleur (58) (voir **l'Annexe C**). Pour la douleur chronique, les outils d'évaluation utilisent souvent une approche multidimensionnelle, où l'outil d'évaluation tient compte non seulement de l'intensité de la douleur, mais aussi d'autres facteurs importants tels que l'incidence de la douleur sur les activités de la vie quotidienne, les capacités fonctionnelles et la qualité de vie.

Lorsque la personne qui fait l'objet d'un dépistage et d'une évaluation de la douleur est en mesure de communiquer, il est approprié d'utiliser des outils d'autoévaluation validés, car l'autoévaluation est la mesure standard de référence pour l'évaluation de la douleur (51, 56, 59). Lorsqu'une personne est incapable de communiquer, d'autres outils d'évaluation de la douleur observationnelle (comportementale) appropriés et validés sont nécessaires pour dépister et évaluer la douleur (57). L'outil d'évaluation de la douleur utilisé doit être adapté au développement et aux capacités cognitives de la personne dépistée et évaluée (49). Voir le **tableau 6** pour de plus amples renseignements sur l'évaluation de la douleur dans des populations et des contextes particuliers. Voir **l'Annexe D** pour les outils de dépistage et d'évaluation de la douleur.

Le dépistage et l'évaluation d'autres types de douleur comme la douleur neuropathique, nociplastique ou mixte peuvent être plus complexes (60). Le dépistage et la détection précoces sont essentiels, car des tests diagnostiques, des outils et des imageries supplémentaires sont souvent nécessaires pour détecter la cause de la douleur et faciliter une approche fondée sur des données probantes pour la gestion de la douleur (61).

## Conseils de mise en œuvre

Tableau 6 : Dépistage et évaluation de la douleur selon la population et le contexte

GROUPES VISÉS	DÉTAILS DU DÉPISTAGE ET DE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR
Adultes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La fréquence des évaluations de la douleur et des réévaluations continues dans un milieu hospitalier de soins de courte durée doit être guidée par le type de douleur ressentie, l'intervention médicale ou chirurgicale effectuée, si un changement dans l'état de santé ou clinique s'est produit et s'il y a d'autres problèmes de santé de la personne hospitalisée (voir la section <b>Quand dépister et évaluer la douleur?</b> section ci-dessous) (62).</li> <li>▪ En milieu de soins intensifs : <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Effectuer régulièrement des évaluations et des réévaluations de la douleur chez les adultes; toutes les 2 à 4 heures au minimum. Une réévaluation plus fréquente peut être nécessaire selon l'état clinique (51, 63).</li> <li>□ Tenter d'autoévaluer la douleur (réponse oui/non en hochant la tête, en saisissant la main ou en clignant des yeux) (51).</li> <li>□ Solliciter des évaluations par procuration de la douleur (de la famille, des parents ou des aidants) et des changements de comportement ou d'activité (51).</li> <li>□ Observer le comportement de la personne. S'ils ne sont pas en mesure de s'autoévaluer, évaluer la douleur à l'aide d'un outil d'évaluation observationnelle (comportemental) approprié et validé (51).</li> <li>□ Réduire au minimum l'accent mis sur les changements dans les signes vitaux seuls (p. ex., fréquence respiratoire, pression artérielle, fréquence cardiaque) comme indication de douleur (51, 64).</li> </ul> </li> </ul>

GROUPES VISÉS	DÉTAILS DU DÉPISTAGE ET DE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR
<p><b>Nourrissons prématurés, nourrissons nés à terme et enfants</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La fréquence de l'évaluation de la douleur et de la réévaluation continue dans les milieux de soins actifs pédiatriques peut être guidée par l'état de santé de l'enfant et la raison de sa visite (imagerie diagnostique, interventions ou traitements médicaux ou chirurgicaux) (65, 314).</li> <li>▪ Lorsque vous envisagez des outils d'évaluation pour les nourrissons et les enfants, s'assurer d'utiliser un outil validé adapté à l'âge et suivre la politique organisationnelle (53).</li> <li>▪ Pour le dépistage et l'évaluation de la douleur pédiatrique, les facteurs suivants sont considérés : l'âge, le développement, les capacités cognitives et de communication, l'identité culturelle, les préférences et les caractéristiques de la douleur (53).</li> <li>▪ Des outils d'autoévaluation peuvent être utilisés pour mesurer l'expérience de douleur autoévaluée d'un enfant (intensité de la douleur) (53).</li> </ul> <p>Pour les jeunes enfants, les stratégies visant à faciliter l'évaluation de la douleur et la mesure précise de la douleur comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Être conscient que certains enfants âgés de 3 à 4 ans et plus peuvent autoévaluer leur douleur (53).</li> <li>▪ Demander à la plupart des enfants âgés de 6 ans et plus (si possible) d'évaluer verbalement l'intensité de leur douleur à l'aide d'une échelle numérique ou d'évaluation des visages validée.</li> <li>▪ Utiliser une terminologie comme « mal » plutôt que « douleur » et poser des questions liées à l'intensité de la douleur qui donnent des réponses oui ou non pour les enfants de 3 à 4 ans et plus. Dans la mesure du possible, évaluer l'intensité de la douleur à l'aide d'une terminologie comme « petite, moyenne ou grande ».</li> <li>▪ Utiliser des technologies de communication augmentative et d'assistance pour évaluer les échelles de douleur chez les enfants incapables de communiquer verbalement (53).</li> </ul> <p>Pour les nourrissons prématurés, les nourrissons nés à terme et les jeunes enfants incapables de s'autoévaluer, il faut tenir compte de ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Être conscient des sources potentielles de douleur.</li> <li>▪ Tenter d'autoévaluer la douleur (à l'âge de 3 ans, certains enfants peuvent évaluer l'expérience [aïe, ça fait mal]).</li> <li>▪ Observer le comportement du nouveau-né, du nourrisson ou de l'enfant (expression faciale, activité corporelle/mouvement moteur, pleurs/verbalisation).</li> <li>▪ Utiliser un outil d'évaluation de la douleur par observation (comportementale) validé, adapté à l'âge, au type de douleur et à l'état clinique du nouveau-né, du nourrisson ou de l'enfant.</li> <li>▪ Solliciter des évaluations par procuration de la douleur (auprès des parents ou des aidants); et observer les efforts des parents pour consoler l'enfant (bercement, toucher, musique et réassurance verbale) (51, 314).</li> <li>▪ Pour obtenir des directives supplémentaires sur l'évaluation et la documentation de la douleur pédiatrique, veuillez consulter la norme de prise en charge de la douleur pédiatrique de l'Organisation de normes en santé (53).</li> </ul>

GROUPES VISÉS	DÉTAILS DU DÉPISTAGE ET DE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR
<p><b>Personnes vivant avec une déficience intellectuelle et développementale.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Être conscient des sources potentielles de douleur, car les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et développementale subissent un fardeau de douleur plus élevé (51).</li> <li>▪ Tenter d'autoévaluer à l'aide d'un outil d'évaluation de la douleur adapté à son développement (51).</li> <li>▪ Observer le comportement de la personne évaluée pour la douleur, car les comportements peuvent varier (augmenter, atténuer ou diminuer) selon la personne et son état de santé. La fonction sensorielle est intacte pour la plupart des personnes vivant avec une déficience intellectuelle ou développementale. Les variations dans l'expression de la douleur peuvent être liées aux capacités motrices et de communication (51).</li> <li>▪ Utiliser un outil d'observation (du comportement) adapté au développement pour évaluer la douleur.</li> <li>▪ Solliciter une évaluation par procuration de la douleur (auprès des parents, des enfants, des aidants), en gardant à l'esprit que l'évaluation par procuration peut sous-estimer l'expérience de la douleur (51).</li> <li>▪ Travailler en étroite collaboration avec les aidants naturels pour détecter les changements de comportement et d'autres indicateurs de détresse (54).</li> </ul>
<p><b>Adultes plus âgés</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les adultes âgés atteints de démence peuvent ressentir une augmentation des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence lorsqu'ils ressentent une nouvelle douleur ou une aggravation de la douleur chronique (57).</li> <li>▪ Les prestataires de santé peuvent demander aux personnes atteintes de démence si elles ressentent de la douleur. Cependant, de nombreux résidents atteints de démence peuvent ne pas être en mesure d'évaluer ou de décrire verbalement leur douleur (56).</li> <li>▪ Les prestataires de santé peuvent solliciter une évaluation par procuration de la douleur (auprès des parents, des enfants, des aidants), en gardant à l'esprit que l'évaluation par procuration peut sous-estimer ou surestimer l'expérience de la douleur (51)</li> <li>▪ Il faut tenir compte de l'évaluation des personnes vivant avec toute forme d'aphasie (p. ex., aphasie expressive), la maladie de Parkinson, la dépression ou d'autres problèmes de santé qui peuvent influencer leur capacité à communiquer.</li> <li>▪ Un outil d'observation (du comportement) est nécessaire pour évaluer les résidents atteints de démence qui présentent un changement soudain de comportement ou d'état clinique (57).</li> <li>▪ Tous les résidents des foyers de soins de longue durée en Ontario doivent subir une évaluation officielle de la douleur à l'admission et au moins une fois par semaine par la suite. De nombreux résidents auront souvent besoin d'un dépistage, d'une évaluation et d'une réévaluation de la douleur plus fréquents.             <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Documenter le plan de traitement dans les 24 heures suivant l'identification du problème de douleur.</li> <li>□ Utiliser un outil d'évaluation de la douleur validé et adapté à la capacité de communication de la personne, comme une autoévaluation ou un outil d'observation (du comportement).</li> <li>□ Tous les membres de l'équipe de soins de santé (réglementés et non réglementés) peuvent évaluer la douleur des résidents des foyers de SLD (57).</li> </ul> </li> </ul>

GROUPES VISÉS	DÉTAILS DU DÉPISTAGE ET DE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR
<p><b>Populations en quête d'équité en matière de santé</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les prestataires de santé doivent demeurer vigilants et réfléchir à leurs propres préjugés implicites et explicites lorsqu'ils travaillent avec des personnes mal desservies et avec des populations PANDC (66).</li> <li>▪ Les prestataires de santé doivent fournir des soins adaptés à leur culture en collaborant avec la personne pour comprendre son style de communication préféré, ses stratégies d'adaptation et son approche en matière de soins de santé (66).</li> <li>▪ Les soins axés sur l'équité doivent être une priorité pour toutes les évaluations de la douleur. Les soins axés sur l'équité sont caractérisés comme culturellement sécuritaires, tenant compte des traumatismes et de la violence, et mettent l'accent sur la réduction des méfaits (voir la ressource EQUIP dans <b>Annexe B</b>) (67).</li> <li>▪ Les peuples autochtones du Canada ont une perspective différente de la douleur du point de vue occidental, la douleur étant uniquement une maladie physique. Les prestataires de santé doivent collaborer avec les communautés autochtones, apprendre et écouter pour s'assurer que leurs soins sont culturellement sécuritaires, adaptés à leurs traditions et croyances, et qu'ils s'attaquent à tous les obstacles au traitement équitable de la douleur (voir la ressource LISTEN dans <b>Ressources d'appui</b>) (68, 69).</li> <li>▪ Les organisations de services de santé doivent fournir aux prestataires de santé un accès à des services de traduction fiables et sécuritaires pour les personnes non anglophones (70).</li> </ul>
<p><b>Considérations pour l'évaluation de la douleur en soins primaires</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Être conscient des sources potentielles de douleur pour la population évaluée (51).</li> <li>▪ De nombreuses personnes ressentent de la douleur chronique en raison de divers problèmes de santé. Les prestataires de santé doivent envisager d'autres outils d'évaluation de la douleur qui mesurent les résultats pertinents de la douleur importants pour les personnes vivant avec de la douleur chronique.</li> <li>▪ Être conscient des médicaments de base que les gens peuvent prendre pour des douleurs préexistantes (p. ex., douleur chronique).</li> <li>▪ L'évaluation de la douleur postopératoire est unique en raison de l'utilisation d'analgésiques (p. ex., blocs nerveux, péridurales, pompes d'analgésie contrôlées par le patient). Les patients ont également indiqué que l'échelle d'évaluation numérique de la douleur n'englobe pas entièrement l'ampleur et la qualité de leur douleur après la chirurgie (71). Bien qu'un outil validé n'ait pas encore été mis au point, il est suggéré que les prestataires de santé utilisent une combinaison d'outils d'évaluation de la douleur pour évaluer la douleur postopératoire (71).</li> </ul>

GROUPES VISÉS	DÉTAILS DU DÉPISTAGE ET DE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR
<p><b>Conseils généraux du groupe d'experts</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utiliser des outils d'évaluation de la douleur validés qui conviennent au stade de développement ou à la capacité de communication de la personne.</li> <li>▪ Les outils d'autoévaluation sont la mesure standard de référence de la douleur et sont privilégiés dans la mesure du possible.</li> <li>▪ Assurer l'utilisation uniforme des outils validés appropriés parmi les prestataires de santé pluridisciplinaire.</li> <li>▪ Encourager les familles à participer au processus d'évaluation de la douleur.</li> <li>▪ Les prestataires de santé doivent se renseigner sur les considérations particulières pour les populations mal desservies.</li> <li>▪ Faire participer la famille ou les aidants pour détecter la douleur lorsqu'une personne ne peut pas s'autoévaluer. Dans les SLD, par exemple, la famille est souvent le seul membre de l'équipe cohérent en raison de sa connaissance intime de la personne.</li> <li>▪ Développement d'outils spécialisés d'évaluation de la douleur pour les populations incapables de s'autoévaluer, comme les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants, les personnes vivant avec une déficience intellectuelle ou développementale, les personnes gravement malades ou inconscientes, les personnes ayant subi un traumatisme crânien aigu ou un accident vasculaire cérébral, les personnes âgées atteintes de démence avancée et les personnes en fin de vie.</li> <li>▪ Évaluer l'interférence de la douleur (c.-à-d. l'incapacité liée à la douleur) et d'autres résultats importants pour les personnes vivant avec de la douleur chronique. Envisager d'évaluer les mesures suivantes : douleur, fonctionnement physique, fonctionnement émotionnel, évaluation de l'amélioration et de la satisfaction des participants à l'égard du traitement, symptômes et événements indésirables et disposition des participants.</li> <li>▪ Assurer une documentation normalisée de l'évaluation et de la réévaluation de la douleur dans le dossier médical électronique (DME) ou en format hybride.</li> <li>▪ Les organisations de services de santé doivent intégrer des outils normalisés d'évaluation et de documentation de la douleur appropriés à la population évaluée dans les systèmes de DME.</li> <li>▪ Dans la mesure du possible, les organisations de services de santé doivent intégrer des messages dans les DME pour que les prestataires de santé effectuent des évaluations de la douleur, des réévaluations et des rapports sur l'aggravation du score de douleur.</li> </ul>

### Quand dépister et évaluer la douleur?

Au minimum, le dépistage de la douleur doit être effectué lors d'une évaluation initiale des soins infirmiers ou des prestataires de santé. De plus, le dépistage de la douleur doit avoir lieu :

- lors de l'admission à une organisation de services de santé;
- lors de toutes les nouvelles rencontres avec un prestataire de santé (p. ex., consultation externe, rendez-vous à la clinique);
- une fois par quart de travail pour les patients hospitalisés ou les résidents;
- après un changement de l'état médical;
- avant et après toute intervention médicale ou chirurgicale (envisager une analgésie avant l'intervention);
- après le début de tout traitement pharmacologique ou non pharmacologique;
- avant la sortie de l'hôpital ou la transition des soins;
- conformément aux exigences des administrations (lois provinciales), aux politiques organisationnelles et aux autres exigences en matière de rapports (p. ex., rapports trimestriels ou politique organisationnelle des services de santé) (51, 53, 63).

### Facteurs à prendre en considération lors du dépistage et de l'évaluation de la douleur :

- les aspects biologiques, psychologiques, sociaux et culturels pertinents pour la personne évaluée;
- des données telles que des renseignements démographiques (âge, identité de genre, identité culturelle), des renseignements sur la famille ou les aidants, les capacités développementales et cognitives de la personne, sa capacité à communiquer, ses problèmes de santé actuels et le milieu où se déroulent le dépistage et l'évaluation de la douleur;
- les types de douleur qu'une personne peut ressentir (p. ex., aiguë, chronique, nociceptive, neuropathique, nociplastique ou mixte), car les personnes peuvent ressentir plus d'un type de douleur en même temps;
- inclure la famille ou l'aidant de la personne pour déterminer ses souhaits, ses préférences et ses besoins, le cas échéant;
- les objectifs, les souhaits et les préférences individuels d'une personne pour son plan de soins de gestion de la douleur;
- la fréquence du dépistage, de l'évaluation et de la réévaluation de la douleur, car elle doit être adaptée aux objectifs de soins de la personne, à sa réponse aux interventions de prise en charge de la douleur, ainsi qu'au contexte et au milieu de la pratique.

### Comment la douleur doit-elle être évaluée, mesurée et communiquée?

- Il est important de cerner et de documenter (et de communiquer, au besoin) le dépistage, l'évaluation et la réévaluation de base de la douleur afin de fournir une comparaison au fil du temps et d'évaluer l'efficacité des **approches intégratives de gestion<sup>G</sup>** de la douleur.
- Lors de l'évaluation de la douleur, les prestataires de santé doivent faire preuve d'empathie et de compassion (49).
- Un outil d'évaluation approprié et validé doit être utilisé de façon uniforme au fil du temps pour permettre une communication normalisée au sein de l'équipe interprofessionnelle (53).
- Une évaluation exhaustive de la douleur à l'aide d'un outil mnémotechnique doit être effectuée lors de l'admission initiale dans une organisation de services de santé ou si de nouveaux symptômes de douleur sont autoévalués ou soupçonnés (58).
- Pour mesurer les résultats de la douleur (et les symptômes associés), utiliser des outils validés pour évaluer et réévaluer les résultats de la douleur selon la population et le contexte clinique. Utiliser un outil adapté au développement et aux capacités cognitives (56, 74).
- Documenter les scores des outils d'évaluation de la douleur dans les DME selon les politiques organisationnelles ou du secteur de la santé (57).
- Réévaluer et documenter la douleur à la suite de l'utilisation d'une approche intégrée de prise en charge de la douleur (qui comprend des stratégies de prise en charge de la douleur non pharmacologiques et pharmacologiques appropriées) pour évaluer l'efficacité des stratégies de prise en charge de la douleur.
- Communiquer avec l'équipe interprofessionnelle si les scores de douleur ne se sont pas améliorés et si la douleur persistante continue en suivant une approche intégrée de la prise en charge de la douleur.

## Ressources d'appui

RESSOURCES	DESCRIPTION
Santé Canada. Un plan d'action pour la douleur au Canada [Internet]. Ottawa (Ontario) : Santé Canada, 2021. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport/report-rapport-2021-fra.pdf">https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport/report-rapport-2021-fra.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document détaillant le Plan d'action pour la douleur au Canada en 2021 — accent sur la douleur chronique</li> </ul>
Herr K, Anderson AR, Arbour C, et coll. Évaluation de la douleur chez le patient incapable de s'autoévaluer : recommandations relatives à la pratique clinique à l'appui de l'énoncé de position de l'ASPMN 2024. Pain Manag Nurs. Sous presse. <a href="https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.09.010">https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.09.010</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Énoncé de position de l'American Society for Pain Management in Nursing (ASPMN) pour les personnes incapables d'autoévaluer leur douleur</li> </ul>
Campbell-Yeo M, Eriksson M, Benoit B. Assessment and management of pain in preterm infants: a practice update. Enfants. 2022;9:244. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.3390/children9020244">https://doi.org/10.3390/children9020244</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseils pour l'évaluation de la douleur chez les nourrissons prématurés</li> </ul>
Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et coll. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. Crit Care Med. Septembre 2018; 46(9): e825-73. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299">https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseils pour prévenir et prendre en charge la douleur aux soins intensifs</li> </ul>
Gai N, Naser B, Hanley J, et coll. A practical guide to acute pain management in children. J Anesth. Juin 2020;34(3):421-33. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1007/s00540-020-02767-x">https://doi.org/10.1007/s00540-020-02767-x</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ressource sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur aiguë chez les enfants</li> </ul>
Gewandter JS, Dworkin RH, Turk DC, et coll. Research design considerations for chronic pain prevention clinical trials: IMMPACT recommendations. Pain. Juillet 2015;156(7): 1184-97. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000191">https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000191</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lignes directrices de l'Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials (IMMPACT)</li> </ul>

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>Organisation de services de santé (HSO). Prise en charge de la douleur pédiatrique de la HSO. Ottawa (Ontario) : HSO; Mars 2023. Disponible à : <a href="https://healthstandards.org/standard/pediatric-pain-management-can-hso-13200-2023-e/">https://healthstandards.org/standard/pediatric-pain-management-can-hso-13200-2023-e/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normes de douleur pédiatrique pour le Canada</li> <li>Normes détaillées sur l'évaluation de la douleur et la réévaluation continue</li> </ul>
<p>Noyek S, Jessa JS, Faulkner V, et coll. A systematic review of self and observer assessment of pain and related functioning in youth with brain-based developmental disabilities. <i>Pain</i>. 1<sup>er</sup> mars 2024; 165(3):523-36. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003066">https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003066</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autoévaluation et évaluation par l'observateur de la douleur et du fonctionnement connexe chez les jeunes ayant une déficience intellectuelle d'origine cérébrale</li> </ul>
<p>Palermo TM, Walco GA, Paladhi UR, et coll. Core outcome set for pediatric chronic pain clinical trials: results from a Delphi poll and consensus meeting. <i>Pain</i>. Octobre 2021;162(10):2539-2547. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002241">https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002241</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lignes directrices IMMPACT sur les résultats pédiatriques de la douleur chronique</li> </ul>
<p>Raja SN, Carr DB, Cohen M, et coll. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. <i>Pain</i>. Septembre 2020;161(9):1976-1982. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939">https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Concepts, définitions et terminologies de la douleur de l'IASP</li> </ul>
<p>Shahiri S, Gélinas C. The validity of vital signs for pain assessment in critically ill adults: a narrative review. <i>Pain Manag Nurs</i>. Juin 2023;24(3):318-28. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1016/j.pmn.2023.01.004">https://doi.org/10.1016/j.pmn.2023.01.004</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation de la douleur aux soins intensifs pour adultes</li> </ul>
<p>PQRSTU mnémonique. Dans : Toronto Metropolitan University Pressbooks [Internet]. Toronto (Ontario) : Université métropolitaine de Toronto; C2023. Disponible à l'adresse : <a href="https://pressbooks.library.torontomu.ca/assessmentnursing2/chapter/pqrstu-mnemonic/">https://pressbooks.library.torontomu.ca/assessmentnursing2/chapter/pqrstu-mnemonic/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comment utiliser l'outil d'évaluation exhaustive de la douleur mnémonique PQRSTU</li> </ul>

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>Trottier ED, Ali A, Doré-Bergeron MJ, Chauvin-Kimoff L. Best practices in pain assessment and management for children. <i>Paediatrics &amp; Child Health</i>. Décembre 2022;27(7):429 à 437. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1093/pch/pxac048">https://doi.org/10.1093/pch/pxac048</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation et prise en charge de la douleur chez les enfants</li> </ul>
<p>Trottier ED, Doré-Bergeron MJ, Chauvin-Kimoff L, et coll. Managing pain and distress in children undergoing brief diagnostic and therapeutic procedures. <i>Paediatrics &amp; Child Health</i>. 2019;24(8):509 à 535. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1093/pch/pxz026">https://doi.org/10.1093/pch/pxz026</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stratégies de prévention et de prise en charge de la douleur pour les nourrissons, les enfants et les adolescents qui subissent des interventions médicales courantes, mineures mais douloureuses</li> </ul>
<p>VanEvery R, Latimer M, Naveau, A. Clinical strategies to develop connections, promote health and address pain from the perspective of Indigenous youth, elders and clinicians. <i>Front Pain Res</i>. 2022; 13(3):857624. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.3389/fpain.2022.857624">https://doi.org/10.3389/fpain.2022.857624</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comment utiliser le cadre LISTEN pour évaluer et prendre en charge la douleur dans les communautés autochtones</li> </ul>

## PRISE EN CHARGE

### ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE 2.0 :

Il est recommandé aux prestataires de santé d'offrir une approche intégrative de la prévention, de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur. Une approche intégrative (c.-à-d. des stratégies non pharmacologiques ou pharmacologiques) comprend des soins individualisés, axés sur les besoins de la personne et de la famille.

La douleur peut être un phénomène complexe. La douleur peut être ressentie par une gamme d'interactions biologiques, psychologiques et sociales et environnementales qui peuvent comprendre la sensation de douleur, la peur, l'anxiété, les troubles du sommeil, la fatigue, la dépression et interférer avec le fonctionnement physique, cognitif, sexuel, domestique, professionnel et social de la vie quotidienne des personnes (73). Par conséquent, une seule intervention contre la douleur peut ne pas répondre aux besoins complexes des personnes ressentant de la douleur et faciliter le rétablissement de la fonction, de la santé et du bien-être globaux et de la qualité de vie. En particulier, les douleurs chroniques touchent 7,6 millions de Canadiens et une approche intégrative individualisée et axée sur la personne et la famille pour la prise en charge de la douleur chronique est nécessaire (18).

Une approche intégrative de la prévention, de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur reconnaît la complexité et la nature biopsychosociale de l'expérience de la douleur et implique que les prestataires de santé créent un plan de soins individualisé axé sur les besoins de la personne et de la famille qui combine des stratégies de traitement pour inclure des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques sur la douleur (73, 74). Une revue des données probantes n'a pas été requise pour cet énoncé de pratique exemplaire, mais il est important de le communiquer au personnel infirmier et aux prestataires de santé.

Le rôle important des INP dans la prise en charge de tout type de douleur a été reconnu au cours de la dernière décennie en raison du fardeau croissant de la douleur chronique et de l'épidémie d'opioïdes (75). Partout au Canada, la crise des opioïdes s'aggrave, en raison de l'utilisation de médicaments opioïdes illégaux et d'ordonnance, et les données de 2016 révèlent que le Canada était le deuxième plus grand consommateur d'opioïdes d'ordonnance au monde (76). De plus, le fardeau de la douleur chronique au Canada est considérable. Le Canada a défini la douleur chronique comme une urgence de santé publique (18). Le Plan d'action pour la douleur au Canada (77) met l'accent sur la compréhension de la douleur chronique d'un point de vue biopsychosocial et le traitement offert pour traiter la douleur chronique devrait intégrer des stratégies pharmacologiques et non pharmacologiques. Pour plus de détails sur les INP, veuillez consulter les constatations **Examen de la portée : Approches non pharmacologiques de la prise en charge de la douleur** dans la section suivante.

Une approche intégrative (combinaison de stratégies pharmacologiques et non pharmacologiques) pour la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur comporte plusieurs éléments essentiels, notamment :

- les prestataires de santé pluridisciplinaire d'au moins deux disciplines de la santé (p. ex., infirmières et infirmiers, médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues, pharmaciens, inhalothérapeutes);
- la collaboration;
- la consultation;
- la coordination des soins (73).

L'utilisation d'une approche intégrative de la prise en charge de la douleur axée sur les besoins de la personne et de la famille qui implique deux ou plusieurs stratégies axées sur les besoins de la personne agissant par différents mécanismes (biologiques, psychologiques, sociaux) fournit une interaction de traitement additive ou synergique pour traiter l'expérience de la douleur de la personne (73). Par exemple, pour un adulte vivant avec des maux de dos chroniques, deux approches, comme l'exercice physique et la thérapie cognitivo-comportementale, peuvent être proposées ensemble. Alternativement, l'option d'offrir à une personne vivant avec des maux de dos chroniques une intervention pharmacologique telle qu'une injection périurale de stéroïdes d'abord, suivie d'une physiothérapie comme des exercices supervisés pour le dos, pourrait être envisagée (73).

Lorsqu'une approche intégrative des soins de la douleur comprend la personne ressentant de la douleur ou sa famille, une approche axée sur les besoins de la personne et de la famille est possible. Des données récentes ont montré que les patients préfèrent, apprécient et réagissent plus favorablement au traitement lorsque leur plan de prise en charge de la douleur implique une prise de décision partagée (315). Les besoins, les préférences et les valeurs de la personne ressentant de la douleur sont partagés avec les prestataires de santé pertinents et un processus décisionnel partagé a lieu où les options de stratégies de douleur fondées sur des données probantes et les préférences de la personne sont prises en compte, ce qui donne lieu à un plan de soins intégratif individualisé et axé sur les besoins de la personne (78).

### Conseils de mise en œuvre

#### Tiré de la littérature

- Les prestataires de santé travaillant en équipes pluridisciplinaires doivent réfléchir à leurs préjugés collectifs, aux besoins et aux préférences culturelles des personnes, aux ressources disponibles dans la communauté et aux obstacles aux soins qui peuvent être surmontés (79).
- Lorsqu'ils adoptent une approche des soins axés sur les besoins de la personne et de la famille, les prestataires de santé doivent tenir compte des contextes sociaux et culturels pertinents et adapter les soins en fonction des besoins de la personne (79).
- Les prestataires de santé doivent s'assurer que la prise en charge de la douleur comprend une combinaison d'options pharmacologiques et non pharmacologiques lorsqu'ils travaillent avec les communautés autochtones, car leur vision de la douleur est plus holistique qu'une simple maladie physique (68).
- Les prestataires de santé doivent tenir compte d'environnements sécuritaires lorsqu'ils communiquent avec les personnes, ce qui peut varier selon la culture, la race, l'âge, les capacités physiques et le sexe. Les conversations sur ce qui est considéré comme un espace sécuritaire sont essentielles lors de la prestation de soins axés sur les besoins de la personne et de la famille (80).

#### Du groupe d'experts

- Les personnes qui ressentent une douleur totale ont besoin d'une évaluation holistique et complète de la douleur, suivie d'un plan de soins comprenant une approche intégrative de la prise en charge de la douleur (approches pharmacologiques et non pharmacologiques).
- Il faut savoir que la douleur totale peut exister chez les personnes qui n'approchent pas de la fin de vie ainsi que chez celles qui sont mourantes.
- Les prestataires de santé doivent être **sensibles à la culture**<sup>G</sup> et respecter les valeurs culturelles importantes lorsqu'ils offrent une approche intégrée de la prévention, de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur aux personnes et à leurs familles.

Ressources d'appui

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>Becker S, Blyth F, Gilron I, Zinboonyahgoon N. Fact sheet: What do we mean by integrative pain care? Washington D.C. : l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP); le 6 avril 2023. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2023/04/defining-integrative-care-fact-sheet_R4-1.pdf">https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2023/04/defining-integrative-care-fact-sheet_R4-1.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Résumé des soins intégratifs de la douleur par l'IASP décrivant les stratégies intégratives pour la prise en charge de la douleur</li> <li>▪ Fiche d'information présentant un aperçu des soins intégratifs de la douleur</li> </ul>
<p>Santé Canada. Un plan d'action pour la douleur au Canada [Internet]. Ottawa (Ontario) : Santé Canada, 2021. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport/report-rapport-2021-fra.pdf">https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport/report-rapport-2021-fra.pdf</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rapport de Santé Canada sur un plan d'action fédéral pour la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur au Canada</li> </ul>
<p>Lin YC, Wan L, Jamison RN. Using integrative medicine in pain management: an evaluation of current evidence. <i>Anesthesia &amp; Analgesia</i>. Décembre 2017;125(6):2081-93. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002579">https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002579</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Article évalué par des pairs sur l'utilisation d'une approche intégrative de la prise en charge de la douleur</li> </ul>
<p>Organisation de services de santé (HSO). Prise en charge de la douleur pédiatrique de la HSO. Ottawa (Ontario) : HSO; Mars 2023. Disponible à : <a href="https://healthstandards.org/standard/pediatric-pain-management-can-hso-13200-2023-e/">https://healthstandards.org/standard/pediatric-pain-management-can-hso-13200-2023-e/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Normes nationales du Canada — Normes de prise en charge de la douleur pédiatrique 2023</li> </ul>

## PRATIQUE INTERPROFESSIONNELLE

### ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE 3.0 :

Il est recommandé que les organisations de services de santé et les systèmes de santé mettent en œuvre une approche de pratique interprofessionnelle pour la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

La littérature utilise différents termes de manière interchangeable pour décrire les prestataires de santé qui travaillent en équipe pour assurer la prévention, l'évaluation et la prise en charge intégrées de la douleur. Les termes pour décrire les prestataires de santé travaillant en équipe comprennent interdisciplinaire, pluridisciplinaire et interprofessionnel, et chaque terme a une signification et un contexte légèrement différents. Par souci d'uniformité, le terme interprofessionnel est utilisé dans cette LDPE. Une équipe interprofessionnelle est composée de plusieurs prestataires de santé (réglementés et non réglementés) qui collaborent pour assurer la prestation de services complets de qualité aux personnes à l'intérieur des milieux de soins de santé, entre ces milieux et dans l'ensemble de ceux-ci (7). Les principaux membres de l'équipe interprofessionnelle qui soutiennent les personnes ressentant de la douleur peuvent comprendre des infirmières et infirmiers, des médecins, des physiothérapeutes, des psychologues, des ergothérapeutes, des inhalothérapeutes, des diététiciens, des pharmaciens et des travailleurs sociaux. Il est important de souligner que les personnes et leur famille sont au centre de l'équipe interprofessionnelle en tant que participants actifs.

En 2010, le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) a élaboré six compétences de pratique interprofessionnelle qui guident la pratique collaborative de toutes les professions de la santé dans tous les contextes (81). Le CPIS définit la collaboration interprofessionnelle comme un processus qui comprend l'établissement et le maintien de « relations de travail interprofessionnelles efficaces avec les apprenants, les praticiens, les patients, les clients, les familles et les communautés afin d'obtenir des résultats de santé optimaux » (81). Les éléments de la collaboration interprofessionnelle comprennent le respect, la confiance, la prise de décision partagée et les partenariats (81). Afin d'améliorer les résultats pour les personnes ressentant de la douleur, des politiques et des directives plus récentes sur les **équipes interprofessionnelles spécialisées en soins de la douleur**<sup>G</sup> ont souligné l'importance de réunir les compétences uniques de l'équipe dans toutes les disciplines de la santé afin d'offrir une approche de pratique interprofessionnelle intégrée et collaborative pour les soins de prise en charge de la douleur (voir **Recommandation 1.0**) (82 à 84). Une revue des données probantes n'a pas été requise pour cet énoncé de pratique exemplaire, mais il est important de le communiquer aux organisations de services de santé et systèmes de santé.

Une approche de pratique interprofessionnelle nécessite la composition et l'expertise d'une équipe interprofessionnelle de prestataires de santé qui peuvent fournir une expertise diversifiée en tant qu'équipe et qui peuvent être fournies dans divers milieux (p. ex., hôpitaux et cliniques, établissements de réadaptation ou équipes de soins primaires) (84, 85). Les disciplines des prestataires de santé au sein des équipes interprofessionnelles spécialisées sur la douleur peuvent différer d'un milieu de pratique à l'autre, peuvent être adaptées aux besoins de la population particulière recevant des soins et peuvent comprendre un éventail de prestataires de santé (84, 86, 87).

Les personnes ressentant tout type de douleur ont besoin d'un traitement et d'une prise en charge appropriés. Historiquement, une approche monodisciplinaire (c.-à-d. offerte par un seul prestataire de santé) pour tous les types de prise en charge de la douleur était répandue dans de nombreux milieux de soins de santé. Des aiguillages à d'autres prestataires de santé étaient souvent faits, mais une approche intégrative des soins de la douleur était absente. Par conséquent, la prise en charge de la douleur était souvent fragmentée, les prestataires de santé ne travaillaient pas en collaboration, ce qui a entraîné des traitements incohérents et de mauvais résultats pour les personnes ressentant de la douleur, en particulier pour les personnes vivant avec de la douleur chronique (88).

Les besoins des personnes qui accèdent à des équipes interprofessionnelles spécialisées en soins de la douleur varient selon leur âge, le type de douleur qu'elles ressentent et le contexte dans lequel elles ressentent cette douleur. Les équipes interprofessionnelles de la douleur réunissent leurs compétences pour planifier et combiner diverses interventions sur la douleur (p. ex., comportementales, d'exercice, de traitement médical et d'approches éducatives) qui répondent aux besoins particuliers de la personne qui accède à ces services (84). Une approche de pratique interprofessionnelle de la douleur comprend une équipe collaborative où chaque discipline de prestataire de santé a une compréhension commune des

mécanismes de la douleur, utilise un langage commun et possède une compréhension claire des rôles et des responsabilités de son équipe (73, 82). La littérature plus récente sur la douleur souligne l'importance pour les prestataires de santé interprofessionnels d'utiliser une approche de pratique biopsychosociale pour la prise en charge de la douleur en raison de la vaste gamme de compétences de pratique disponibles dans diverses disciplines des soins de santé pour communiquer, collaborer et coordonner les soins aux personnes vivant avec de la douleur chronique en particulier (87 à 89).

L'un des objectifs énoncés dans le Plan d'action pour la douleur au Canada (18) stipule que les personnes ressentant de la douleur au Canada devraient avoir accès à des services de soins de la douleur équitables, opportuns, fondés sur des données probantes et axés sur les besoins de la personne dans tous les territoires de compétence. L'accès aux services spécialisés ou aux équipes interprofessionnelles de soins de la douleur en soins primaires est irrégulier et insuffisant, et les personnes ont souvent des temps d'attente prolongés pour être aiguillés vers ces services (18, 45, 89). Au Canada, les prestataires de soins primaires qui servent de point d'entrée à de nombreux services de soins de santé évaluent le plus souvent les personnes ressentant un ou plusieurs types de douleur non cancéreuse (90). Pour faciliter l'accès aux équipes spécialisées en soins de la douleur, de nouveaux modèles de soins ont vu le jour, comme l'entrée unique (admission centralisée) et le soutien aux prestataires de soins primaires à distance (accès en ligne ou sur plateforme numérique aux spécialistes de l'équipe de la douleur), ainsi que le mentorat et les communautés de pratique (45, 89).

### Conseils de mise en œuvre

#### Du groupe d'experts

- Adapter les DME à l'échelle organisationnelle pour comprendre une approche interprofessionnelle dans l'élaboration de la présente documentation sur les DME, afin de s'assurer qu'un modèle commun possède les éléments clés de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur incluant tous les prestataires de santé.
  - L'intégration des outils de douleur dans les DME devrait être simplifiée et transparente, car un processus onéreux peut créer plus d'obstacles à l'achèvement.
  - S'assurer que les évaluations de la douleur sont remplies dans le dossier électronique d'administration des médicaments.
  - Inclure des indices avant et après l'évaluation de la douleur lorsque des médicaments sont administrés pour mesurer l'efficacité.
  - Inclure la documentation sur la douleur comme exercice d'apprentissage lors de l'orientation du personnel aux DME.
- Les organisations peuvent soutenir la pratique interprofessionnelle en :
  - précisant les rôles des prestataires de santé dans les pratiques interprofessionnelles de prise en charge de la douleur;
  - faisant que les gestionnaires supervisent les équipes interprofessionnelles pour faciliter une communication efficace;
  - intégrant la prise en charge de la douleur dans les rondes interprofessionnelles afin que la planification et le suivi des soins pour les personnes soignées puissent être discutés en équipe;
  - soulignant l'importance d'une communication et d'une collaboration efficaces entre tous les prestataires de santé pour prévenir, évaluer ou prendre en charge la douleur si la mise en place d'une équipe interprofessionnelle spécialisée sur la douleur n'est pas réalisable pour l'organisation de services de santé.

## Ressources d'appui

RESSOURCES	DESCRIPTION
Publications. Dans : Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS). [lieu inconnu] : CPIS; [date inconnue]. Disponible à l'adresse : <a href="https://cihc-cpis.com/resources/publications/">https://cihc-cpis.com/resources/publications/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cadre de compétences du CPIS</li> <li>▪ Ressources supplémentaires du CPIS</li> </ul>
Projet ECHO Douleur Chronique et Gestion des Opioïdes Canada [Internet]. [lieu inconnu] : Projet ECHO Douleur Chronique et Gestion des Opioïdes Canada; c2024 Disponible à l'adresse : <a href="https://echopaincanada.ca/">https://echopaincanada.ca/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'extension des résultats des soins communautaires (ECHO) met en relation les prestataires de santé avec une équipe interprofessionnelle de spécialistes par l'entremise d'une communauté d'apprentissage virtuelle afin d'améliorer les compétences et la confiance en partageant des pratiques exemplaires et des conseils pratiques à l'aide d'exemples de cas</li> </ul>
Hassan S, Carlin L, Zhao J, et coll. Promoting an interprofessional approach to chronic pain management in primary care using Project ECHO. <i>J Interprof Care</i> . 2021;35(3):464 à 467. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1733502">https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1733502</a>  Gordon DB, Watt-Watson J, Hogans BB. Interprofessional pain education—with, from, and about competent, collaborative practice teams to transform pain care. <i>PAIN Reports</i> . Mai/juin 2018;3(3):e663. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000663">https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000663</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publications de l'IASP pertinentes pour les équipes interprofessionnelles spécialisées de la douleur</li> </ul>
Gewandter JS, Dworkin RH, Turk DC, et coll. Research design considerations for chronic pain prevention clinical trials: IMMPACT recommendations. <i>Pain</i> . Juillet 2015;156(7):1184-97. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000191">https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000191</a> (en anglais seulement)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Résumé des recommandations de l'IMMPACT : Travaux fondateurs de 2003 sur les principaux résultats de la douleur chronique</li> </ul>
Lignes directrices PedIMMPACT  Palermo TM, Walco GA, Paladhi UR, et coll. Core outcome set for pediatric chronic pain clinical trials: results from a Delphi poll and consensus meeting. <i>Pain</i> . 2021;162(10):2539 à 2547. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1097/j.pain.00000000000002241">https://doi.org/10.1097/j.pain.00000000000002241</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lignes directrices IMMPACT sur les résultats pédiatriques de la douleur chronique</li> </ul>

### RECOMMANDATION 1.0 :

Le groupe d'experts suggère que les organisations de services de santé donnent accès à une équipe interprofessionnelle spécialisée en soins de la douleur pour la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur chez les personnes ressentant de la douleur aiguë ou chronique.

**Force de la recommandation :** Conditionnelle

**Certitude des données probantes :** Très faible

## Discussion sur les données probantes

### Avantages et inconvénients

Pour cette recommandation, l'intervention d'intérêt était la prestation de services de prévention, d'évaluation et de prise en charge de la douleur par une équipe interprofessionnelle spécialisée de soins de la douleur par rapport aux soins habituels (c.-à-d. la gestion de la douleur fournie par un seul prestataire de santé). Les soins interprofessionnels ont été définis au sens large dans **Énoncé de bonne pratique 2.0**. Plus précisément, une équipe interprofessionnelle spécialisée en soins de la douleur désigne une approche intégrée fournie par une équipe de prestataires de santé collaborant à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur à l'aide d'un modèle biopsychosocial et d'objectifs de traitement (28).

Deux ES (84, 87), un **essai comparatif randomisé (ECR)**<sup>G</sup> (91) et quatre **études non randomisées (ENR)**<sup>G</sup> (92 à 95) d'équipes interprofessionnelles spécialisées de soins de la douleur ont été cernés dans la revue systématique. Les études ont principalement porté sur des équipes interprofessionnelles spécialisées en soins de la douleur pour la prise en charge de la douleur chronique par rapport aux soins habituels où un prestataire de santé assurait la prise en charge de la douleur. Les personnes recevant des soins comprenaient des enfants et des adolescents vivant avec la douleur chronique, des adultes ressentant de douleurs musculo-squelettiques chroniques et des personnes âgées vivant avec de la douleur chronique et de la démence dans un établissement de soins. Bien que les données portaient principalement sur la douleur chronique, le groupe d'experts a jugé approprié de généraliser cette recommandation à la douleur aiguë. Pour obtenir plus de détails sur l'intervention mentionnée dans la documentation, veuillez consulter les **Conseils de mise en œuvre** ci-dessous.

Deux ES (84, 87) et un ECR (91) ont fait état du résultat d'une prise en charge efficace de la douleur (mesurée en intensité de la douleur). Un ES a examiné l'efficacité des équipes interprofessionnelles spécialisées de soins de la douleur pour les enfants et les adolescents ressentant de la douleur chronique non cancéreuse. Une ampleur de l'effet modérée (g de Hedge : -0,50, IC à 95 % : -0,87 à -0,14) a été indiquée en faveur des équipes interprofessionnelles spécialisées de soins de la douleur, bien qu'il y ait eu une hétérogénéité importante notée entre les études de l'examen systématique (87). Dans un autre ES (84), 38 cohortes de participants (58 ECR et ENC) ont fait état de ce résultat. Des équipes interprofessionnelles spécialisées dans le traitement de la douleur musculo-squelettique chronique chez les adultes peuvent améliorer la prise en charge efficace de la douleur musculo-squelettique chez les adultes. Les auteurs ont indiqué une taille médiane de l'effet (fourchette) de 0,63 (-0,08 à 4,39) dans les cohortes et les études incluses en faveur des équipes interprofessionnelles spécialisées de soins de la douleur, bien qu'il y ait eu une hétérogénéité importante observée entre les cohortes et les études (84). Un ECR primaire supplémentaire a examiné l'effet d'une équipe interprofessionnelle spécialisée de soins de la douleur pour les résidents vivant avec la démence avancée (91) dans un établissement de SLD pour ce résultat. Deux ES et un ECR ont révélé que le fait de recevoir des services d'une équipe interprofessionnelle spécialisée de soins de la douleur peut réduire les scores d'intensité de la douleur; cependant, les données probantes sont très incertaines (84, 87, 91).

Un ENC (92) a fait état des résultats du fonctionnement, de la communication ou de la collaboration d'une équipe interprofessionnelle et a constaté qu'une équipe interprofessionnelle spécialisée de soins de la douleur peut améliorer les scores de collaboration d'équipe, mais les données probantes sont très incertaines.

Quatre ENC (92 à 95) ont fait état de la satisfaction d'une personne ou d'une famille à l'égard des équipes interprofessionnelles spécialisées de soins de la douleur et ont constaté que les personnes ou les familles qui ont reçu des soins interprofessionnels spécialisés de la douleur ont déclaré des niveaux élevés de satisfaction; cependant, les données comparatives n'étaient pas disponibles.

Le groupe d'experts a noté que les résultats de « l'évaluation de la douleur par les prestataires » et les « interventions contre la douleur effectuées par les prestataires de santé (y compris la documentation des interventions contre la douleur) » sont des résultats essentiels; cependant, ils n'ont pas été mesurés dans la littérature.

Aucun préjudice n'a été signalé dans les études.

Le niveau de confiance global des données probantes pour ces résultats était très faible en raison des préoccupations concernant la méthodologie de l'étude (risque extrêmement grave de biais), de l'incohérence et de l'imprécision de certaines études. D'autres études de recherche de haute qualité sont nécessaires pour comprendre l'effet des équipes interprofessionnelles spécialisées de soins de la douleur.

Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur l'incidence d'une équipe interprofessionnelle spécialisée de soins de la douleur sur les résultats prioritaires (prise en charge efficace de la douleur, fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle, évaluation de la douleur par le prestataire et satisfaction de la personne ou de la famille), veuillez consulter les profils de données probantes sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

### Valeurs et préférences

#### D'après les données probantes tirées de l'examen systématique

- Les participants qui ont reçu une intervention interprofessionnelle sur la douleur chronique dans un contexte de soins primaires ont trouvé le rôle du pharmacien utile (96).
- Les participants à la recherche d'un spécialiste interprofessionnel de la prise en charge de la douleur faciale ont apprécié l'accès aux services spécialisés offerts par cette équipe interprofessionnelle, car ils ont pu rencontrer d'autres personnes vivant avec la même maladie qui étaient là pour les mêmes services (97).
- De nombreux parents de nouveau-nés hospitalisés ont préféré travailler avec l'équipe interprofessionnelle pour aider à prendre en charge la douleur de leur enfant pendant les interventions médicales (92).
- Les parents de nouveau-nés qui reçoivent des interventions interprofessionnelles de prise en charge de la douleur lors d'interventions douloureuses ne savent souvent pas ce qu'ils doivent faire pour les aider. Ils aimeraient que les prestataires de santé les tiennent informés de la façon dont ils peuvent aider à atténuer la douleur de leur enfant pendant les interventions médicales et leur fournissent les renseignements dont ils ont besoin dans un environnement calme (92).

### Équité en matière de santé

#### D'après les données probantes tirées de l'examen systématique

- Une approche d'équipe interprofessionnelle spécialisée de soins de la douleur peut éliminer le besoin d'aiguiller les patients vers une série de spécialistes, réduisant ainsi le stress lié aux longues listes d'attente et aux longues distances pour les rendez-vous (93).
- Des équipes interprofessionnelles spécialisées de soins de la douleur facilitent la communication et la collaboration pour que les membres de l'équipe effectuent des évaluations ensemble et créent un plan de soins unifié (95).

### Du groupe d'experts

- Les équipes interprofessionnelles spécialisées de soins de la douleur devraient s'efforcer de promouvoir la **sécurité culturelle**<sup>G</sup> et les considérations pour des populations particulières (p. ex., les personnes qui utilisent des substances et qui ressentent également de la douleur).
- Les équipes interprofessionnelles spécialisées de soins de la douleur peuvent s'efforcer d'assurer la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur sans danger sur le plan culturel.
- Les équipes interprofessionnelles spécialisées de soins de la douleur peuvent intégrer des approches de réduction des méfaits et tenant compte des traumatismes lorsqu'elles prodiguent des soins aux personnes ressentant de la douleur.

### Conclusions du groupe d'experts

Le groupe d'experts a noté qu'il peut y avoir des avantages pour les personnes lorsqu'elles peuvent avoir accès à des équipes interprofessionnelles spécialisées de soins de la douleur et qu'aucun préjudice n'a été signalé dans la littérature. Cependant, le degré de certitude des données probantes est très faible. Par conséquent, le groupe d'experts a déterminé que la force de la recommandation était conditionnelle.

### Conseils de mise en œuvre

#### Populations en quête d'équité en matière de santé

- Les équipes interprofessionnelles spécialisées de soins de la douleur peuvent tenir des conférences régulières (p. ex., hebdomadaires) pour s'assurer que les décisions en matière de soins sont efficaces, sécuritaires et équitables (98).
- Les prestataires de santé peuvent utiliser la télésanté et la vidéoconférence pour s'assurer que des équipes interprofessionnelles spécialisées de soins de la douleur sont présentes dans les communautés rurales; la technologie robotisée est actuellement utilisée avec succès dans les communautés autochtones éloignées de l'Alberta (99).
- Des équipes interprofessionnelles spécialisées de soins de la douleur doivent assurer la collecte et le partage précis et sécurisés des données personnelles sur la santé afin d'éviter l'utilisation abusive et l'exploitation, en particulier avec les communautés autochtones et noires (98).
- Lorsqu'elles travaillent en pédiatrie, les équipes interprofessionnelles spécialisées de soins de la douleur peuvent avoir des conversations sur les personnalités, les émotions, les anxiétés et les attentes de l'enfant et de sa famille afin d'assurer un traitement sécuritaire et efficace de la douleur (100).

### Du groupe d'experts

- Les équipes de douleur aiguë doivent participer à l'orientation du personnel, si elles existent au sein de l'organisation de services de santé.
- Les prestataires de santé peuvent partager des connaissances communes en matière de prévention, d'évaluation et de prise en charge de la douleur; par conséquent, les organisations doivent élaborer des modèles de documentation normalisés à l'intention de chaque profession pour la documentation clinique, ce qui permettra une personnalisation en fonction des besoins des clients.
- Les organisations de services de santé doivent offrir des ressources crédibles et spécialisées aux membres de l'équipe interprofessionnelle et indiquer si des coûts supplémentaires y sont associés.

Tableau 7 : Contexte de mise en œuvre et détails tirés des données probantes

ASPECTS DES APPROCHES DES ÉQUIPES INTERPROFESSIONNELLES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION, D'ÉVALUATION ET DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	DÉTAILS TIRÉS DES DONNÉES PROBANTES
<p><b>Composition de l'équipe interprofessionnelle spécialisée de soins de la douleur</b></p>	<p>La composition de l'équipe interprofessionnelle spécialisée de soins de la douleur variait et était adaptée aux besoins de la population et de l'état clinique. Les disciplines suivantes des prestataires de santé ont été le plus souvent définies comme membres d'équipes interprofessionnelles (84, 87, 91 à 95) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ personnel infirmier</li> <li>▪ médecins</li> <li>▪ physiothérapeutes</li> <li>▪ ergothérapeutes</li> <li>▪ psychologues</li> <li>▪ pharmaciens</li> <li>▪ travailleurs sociaux</li> </ul> <p>Les membres de l'équipe ou les disciplines moins fréquemment déclarés étaient les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nutritionnistes et massothérapeutes (84)</li> <li>▪ parents de nouveau-nés (92)</li> <li>▪ autres médecins spécialistes (p. ex., radiologie, médecine nucléaire, dentisterie) (93)</li> </ul>
<p><b>Caractéristiques des services des équipes interprofessionnelles spécialisées de soins de la douleur</b></p>	<p>Les éléments essentiels suivants ont été définis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ utiliser un cadre biopsychosocial pour aborder les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (84, 87, 91, 92, 94);</li> <li>▪ un traitement en milieu hospitalier ou externe d'une durée de 3 à 5 semaines dans les hôpitaux tertiaires, les cliniques de la douleur, les centres de réadaptation ou les soins primaires (87);</li> <li>▪ l'implication de l'enfant et de la famille au sein de l'équipe de soins de la douleur (84, 91, 94);</li> <li>▪ des visites mensuelles à la clinique externe en mettant l'accent sur le diagnostic, le pronostic et une stratégie de prise en charge de la douleur personnalisée avec l'équipe interprofessionnelle « en une seule séance » (94);</li> <li>▪ visites de suivi après la fin du programme de traitement initial (84, 87, 91);</li> <li>▪ traitement individuel ou de groupe (pour les adultes vivant avec la douleur musculo-squelettique chronique) (84).</li> </ul>

RECOMMANDATIONS

ASPECTS DES APPROCHES DES ÉQUIPES INTERPROFESSIONNELLES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION, D'ÉVALUATION ET DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	DÉTAILS TIRÉS DES DONNÉES PROBANTES
<p><b>Approches utilisées pour traiter la douleur</b></p>	<p>Diverses approches de mise en œuvre de la prise en charge de la douleur ont été utilisées par des équipes interprofessionnelles spécialisées pour traiter la douleur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ physiothérapie (exercice, réadaptation, éducation) (84, 87);</li> <li>▪ psychothérapie (thérapie cognitivo-comportementale, thérapie d'acceptation et d'engagement), ainsi que la relaxation et la prise en charge du stress (84, 87);</li> <li>▪ interventions psychosociales auprès des adultes (rôle des pensées et des émotions, hygiène du sommeil, acceptation de la douleur et objectifs de formation sur les capacités d'<b>autogestion</b> de la douleur<sup>c</sup> [84]);</li> <li>▪ interventions psychosociales auprès des enfants, des adolescents et de leur famille (en plus de la psychothérapie, des séances de counseling, des séances familiales, des séances réservées aux parents, des séances de groupes de patients et de la réinsertion scolaire) (87);</li> <li>▪ autres approches thérapeutiques comprenaient la formation sur l'hygiène du sommeil, l'art-thérapie et la musicothérapie, l'entraînement à l'affirmation de soi, les mobilisations vertébrales, les discussions de groupe et l'aide au sevrage des analgésiques (84, 87);</li> <li>▪ une étude menée dans un établissement de SLD a mis en œuvre une approche par étapes (en commençant par la reconnaissance d'un changement de comportement) pour évaluer la douleur chez les adultes vivant avec la démence avancée (91);</li> <li>▪ une étude a inclus des parents de nouveau-nés au sein de l'équipe interprofessionnelle s'ils souhaitent participer aux soins de leur enfant; les parents ont reçu des renseignements et de l'éducation sur les procédures douloureuses dans un environnement calme (92).</li> </ul>

## Ressources d'appui

RESSOURCES	DESCRIPTION
Publications. Dans : Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS). [lieu inconnu] : CPIS; [date inconnue]. Disponible à l'adresse : <a href="https://cihc-cpis.com/resources/publications/">https://cihc-cpis.com/resources/publications/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cadre national de compétences du CPIS (2010)</li> <li>■ Guide de référence rapide du CPIS (2010)</li> </ul>
Stollings JL, Devlin JW, Lin JC, et coll. Best practices for conducting interprofessional team rounds to facilitate performance of the ICU liberation (ABCDEF) bundle. Crit Care Med. Avril 2020;48(4):562 à 570. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004197">https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004197</a>  S Battin G, Romsland GI, Christiansen B. Diminishing pain stigma: patient perceptions of encounters with interprofessional teams in biopsychosocial pain rehabilitation. Annals of Medicine. 2022;54(1):2561 à 2572. <a href="https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2124447">https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2124447</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Publications en vedette de l'IASP sur les équipes interprofessionnelles de la douleur</li> </ul>
Katz J, Weinrib A, Fashler SR et coll. The Toronto General Hospital Transitional Pain Service: development and implementation of a multidisciplinary program to prevent chronic postsurgical pain. Journal of Pain Research. Octobre 2015;8:695 à 702. <a href="https://doi.org/10.2147/JPR.S91924">https://doi.org/10.2147/JPR.S91924</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Article sur l'élaboration et la mise en œuvre du programme Transitional Pain Service pour prévenir la douleur chronique postopératoire</li> </ul>
Katz J, Weinrib AZ, Clarke H. Chronic postsurgical pain: from risk factor identification to multidisciplinary management at the Toronto General Hospital Transitional Pain Service. Canadian Journal of Pain Juillet 2019;3(2):49 à 48. <a href="https://doi.org/10.1080/24740527.2019.1574537">https://doi.org/10.1080/24740527.2019.1574537</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Article sur l'identification des facteurs de risque et la prise en charge de la douleur chronique postopératoire de Transitional Pain Service du Réseau universitaire de santé</li> </ul>

## FORMATION

### ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE 4.0 :

Il est recommandé aux établissements universitaires d'offrir aux étudiants qui entrent dans une profession de la santé une formation complète sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

La douleur aiguë et chronique est répandue et touche diverses populations tout au long de la vie. À l'échelle mondiale, la douleur touche des milliards de personnes chaque jour (101). Au Canada, on estime que 7,6 millions de personnes, soit une personne sur cinq (tout au long de la vie), vivent avec de la douleur chronique (18). Par conséquent, il est urgent que tout personnel infirmier et tous les prestataires de santé qui entrent sur le marché du travail soient éduqués et compétents en matière de prévention, d'évaluation et de prise en charge de la douleur afin qu'ils soient prêts à aider toutes les personnes ressentant de la douleur dans divers milieux de soins de santé. Une revue des données probantes n'a pas été requise pour cet énoncé de pratique exemplaire, mais il est important de le communiquer cette information aux établissements universitaires, au personnel infirmier et aux prestataires de santé.

Des recherches antérieures indiquent qu'une éducation inadéquate sur la douleur contribue à une mauvaise prise en charge de la douleur et à de pires résultats pour les patients. Cependant, il n'existe actuellement aucune exigence normalisée pour la formation préalable à l'obtention du permis d'exercer, la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur (77).

Quelques établissements universitaires canadiens se sont déjà engagés dans l'éducation sur la douleur et les programmes spécialisés de la douleur (102, 103), mais il y a encore une lacune, puisque de nombreux programmes ne sont pas en mesure de consacrer des heures d'apprentissage particulières à l'éducation sur la douleur (18, 77). Une conférence interprofessionnelle canadienne sur la douleur, un séminaire éducatif interactif sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge interprofessionnelles de la douleur ainsi qu'un programme d'études interprofessionnel approfondi sur la douleur destiné aux étudiants ont reçu des commentaires positifs (104, 105). La mise en œuvre de ces programmes spécialisés d'éducation sur la douleur, axés sur le volet interprofessionnel, pourrait mener à une plus grande collaboration entre les prestataires de santé étudiants, ainsi qu'à une augmentation importante de leurs connaissances sur la douleur.

En raison du lourd fardeau de la douleur chronique pour notre système de soins de santé (101) et de la nécessité d'une évaluation et d'une prise en charge appropriées de la douleur, il est suggéré que tous les établissements universitaires s'efforcent de mettre en œuvre un programme d'études sur la douleur afin que le personnel infirmier et les prestataires de santé soient préparés dans leur travail clinique à prévenir, évaluer et prendre en charge la douleur dans tous les milieux.

### Conseils de mise en œuvre

#### Du groupe d'experts

- Enseigner aux prestataires de santé étudiants des outils normalisés et validés pour l'évaluation de la douleur chez les personnes capables ou non de s'autoévaluer.
- Utiliser des techniques d'éducation multimodale pour intégrer la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur. Par exemple, intégrer des études de cas, des simulations, de l'apprentissage pratique et des feuilles de travail par l'intermédiaire de modes de prestation virtuels, en personne ou en cours.
- Faire participer les personnes ayant une expérience vécue de la douleur à la planification des programmes d'éducation.
- Faire participer les apprenants par la simulation en développant des cas de prise en charge de la douleur à l'aide de patients normalisés formés.

## Ressources d'appui

RESSOURCES	DESCRIPTION
Publications. Dans : Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS). [lieu inconnu] : CPIS; [date inconnue]. Disponible à l'adresse : <a href="https://cihc-cpis.com/resources/publications/">https://cihc-cpis.com/resources/publications/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cadre national de compétences du CPIS (2010)</li> <li>■ Guide de référence rapide du CPIS (2010)</li> </ul>
Stollings JL, Devlin JW, Lin JC, et coll. Best practices for conducting interprofessional team rounds to facilitate performance of the ICU liberation (ABCDEF) bundle. Crit Care Med. Avril 2020;48(4):562 à 570. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004197">https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004197</a>  Battin GS, Romsland GI, Christiansen B. Diminishing pain stigma: patient perceptions of encounters with interprofessional teams in biopsychosocial pain rehabilitation. Annals of Medicine. 2022;54(1):2561 à 2572. <a href="https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2124447">https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2124447</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Publications en vedette de l'IASP sur les équipes interprofessionnelles de la douleur</li> </ul>
Katz J, Weinrib A, Fashler SR et coll. The Toronto General Hospital Transitional Pain Service: development and implementation of a multidisciplinary program to prevent chronic postsurgical pain. Journal of Pain Research. Octobre 2015;8:695 à 702. <a href="https://doi.org/10.2147/JPR.S91924">https://doi.org/10.2147/JPR.S91924</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Article sur l'élaboration et la mise en œuvre du programme Transitional Pain Service pour prévenir la douleur chronique postopératoire</li> </ul>
Katz J, Weinrib AZ, Clarke H. Chronic postsurgical pain: from risk factor identification to multidisciplinary management at the Toronto General Hospital Transitional Pain Service. Canadian Journal of Pain Juillet 2019;3(2):49 à 58. <a href="https://doi.org/10.1080/24740527.2019.1574537">https://doi.org/10.1080/24740527.2019.1574537</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Article sur l'identification des facteurs de risque et la prise en charge de la douleur chronique postopératoire de Transitional Pain Service du Réseau universitaire de santé</li> </ul>

### RECOMMANDATION 2.0 :

Le groupe d'experts suggère que les établissements universitaires mettent en œuvre une éducation interactive sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur pour tous les étudiants qui entrent dans les professions de la santé.

**Force de la recommandation :** Conditionnelle

**Certitude des données probantes :** Faible

## Discussion sur les données probantes

### Avantages et inconvénients

L'intervention d'intérêt était l'éducation interactive sur l'évaluation, la prévention et la prise en charge de la douleur, par rapport à l'éducation standard sur l'évaluation, la prévention et la prise en charge de la douleur (p. ex., apprentissage didactique). Les définitions suivantes s'appliquent à la présente recommandation :

- **Éducation interactive :** désigne une approche dynamique qui favorise la participation active et l'échange d'idées entre les éducateurs, les étudiants et le contenu des cours. Elle met l'accent sur une discussion et un engagement accrus entre les participants. Cette méthode reconnaît les besoins des étudiants et les encourage à jouer un rôle actif dans leur processus d'apprentissage (106). Aux fins de cette LDPE, l'éducation interactive fait référence à divers formats et modes de prestation tels que l'apprentissage en ligne, la réalité virtuelle, la simulation, l'apprentissage pratique, les études de cas ou les groupes de discussion.
- **Éducation standard :** fait référence aux méthodes d'enseignement traditionnelles, comme un cours magistral didactique.
- **Multimodal :** « environnements d'apprentissage [qui] permettent de présenter des éléments pédagogiques dans plus d'un mode sensoriel (visuel, auditif, écrit) » (107). La multimodalité examine les nombreux modes différents que les personnes utilisent pour communiquer entre elles et s'exprimer. L'apprentissage multimodal est pertinent, car l'augmentation des outils technologiques et l'accès connexe aux logiciels de composition multimédia ont facilité l'utilisation de nombreux modes de présentation, de représentation et de réponse aux renseignements (108).

Un ES (109) et trois ECR supplémentaires (110 à 112) ont examiné les effets de l'éducation interactive sur la douleur sur la compétence des étudiants (mesurée en tant que connaissances ou capacités qui contribuent à la compétence). Les études ont porté sur des étudiants qui s'inscrivent ou participent à un programme de prestataires de santé (c.-à-d. préinscription ou prépermis) représentant les soins infirmiers, la dentisterie, la pharmacie, la médecine, la physiothérapie, l'ergothérapie et l'adjoint au médecin.

Un ES (109) a regroupé les résultats de trois ECR qui examinaient l'effet de l'éducation interactive sur la prise en charge de la douleur par rapport à l'éducation didactique sur les compétences (connaissances) des étudiants. Une grande ampleur de l'effet a été indiquée sous forme de différence des moyennes standardisées (DMS : 1,28, IC à 95 % : 0,31 à 2,24) en faveur de l'éducation interactive. Trois autres ECR (110 à 112) ont également indiqué une amélioration des connaissances des étudiants après avoir reçu une formation interactive sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur. L'évaluation interactive et l'éducation sur la prise en charge de la douleur peuvent améliorer les résultats des connaissances des étudiants en santé. Pour obtenir plus de détails sur l'intervention mentionnée dans la documentation, veuillez consulter les Conseils de mise en œuvre ci-dessous.

Trois ECR ont examiné les résultats de l'attitude et de la confiance des étudiants (110 à 112). Les trois ont indiqué une plus grande confiance des étudiants à l'égard de l'éducation interactive par rapport à l'éducation standard ou aucune. Deux des trois études ont montré une amélioration des attitudes face à la douleur. L'éducation interactive sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur peuvent améliorer l'attitude et la confiance des étudiants; cependant, les preuves sont incertaines.

Le groupe d'experts a accordé la priorité à « l'achèvement de l'évaluation de la douleur par les étudiants » et à la « prestation de l'intervention contre la douleur par les étudiants » comme résultats essentiels pour les examens systématiques; cependant, ces résultats n'ont pas été mesurés dans la littérature.

Aucun préjudice n'a été signalé dans les études.

Le niveau de confiance global des données probantes a été jugé faible en raison d'un risque de biais grave ou très grave pour certaines études individuelles. Il y avait de graves imprécisions liées au faible nombre d'événements pour certains résultats. Il faut d'autres recherches de haute qualité pour accroître notre certitude à l'égard des données probantes.

Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur l'incidence de l'éducation interactive sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur sur les résultats mentionnés ci-dessus, veuillez consulter les profils de données probantes sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

### Valeurs et préférences

#### D'après les données probantes tirées de l'examen systématique

- Les étudiants en sciences infirmières ont apprécié l'occasion de développer leurs compétences grâce à une simulation pédagogique interactive axée sur l'apprentissage de l'évaluation des personnes de diverses cultures ressentant de la douleur (113).
- Les étudiants en sciences infirmières ont indiqué que la possibilité d'expériences de pratique simulées facilite le développement des compétences infirmières en communication empathique. Un étudiant a indiqué : « M'exposer à des conversations chargées d'émotions qui suscitent le besoin d'empathie est la meilleure façon de renforcer cette compétence. Avec le temps et l'expérience, j'espère apprendre à lire et à mieux gérer ces situations » (114).
- Les stagiaires des corps professionnels de médecine dentaire, des sciences infirmières, de la pharmacie et de la médecine (y compris les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'adjoint au médecin) qui ont reçu une éducation interactive sur la douleur (p. ex., apprentissage animé, en petits groupes, en cas et en ligne) ont grandement apprécié leur participation à une occasion de formation interprofessionnelle (115).

#### Du groupe d'experts

- L'élaboration du programme d'études doit tenir compte des besoins et des préférences d'apprentissage des étudiants.
- Les personnes ayant des expériences vécues de douleur doivent participer à la conception et à l'élaboration de l'éducation des étudiants des professions de la santé.

### Équité en matière de santé

#### Du groupe d'experts

- Les organisations doivent offrir des ressources éducatives équitables et facilement accessibles à tous les étudiants.
- L'éducation interactive peut inclure du contenu sur diverses populations et le contexte psychosocial et spirituel de la douleur. La douleur n'est peut-être pas une norme culturelle dans toutes les cultures.
- Tenir compte des besoins d'apprentissage des prestataires de santé formés à l'étranger, y compris le contexte local, le climat et les lois. S'assurer que les personnes ont l'occasion d'apprendre sous divers angles aide à intégrer les attentes canadiennes en matière de pratique. L'élaboration de modules en ligne, d'études de cas et de simulations peut être utile.

### Conclusions du groupe d'experts

Le groupe d'experts a noté qu'il pourrait y avoir des avantages à l'éducation interactive en matière d'évaluation, de prévention et de prise en charge de la douleur pour tous les étudiants qui entrent dans une profession de la santé. Aucun préjudice n'a été signalé dans la littérature. Cependant, le degré de certitude des données probantes est faible. Par conséquent, le groupe d'experts a déterminé que la force de la recommandation était conditionnelle.

## Conseils de mise en œuvre

### Populations en quête d'équité en matière de santé

- Les programmes d'éducation doivent inclure du contenu sur les disparités en matière de santé dans la douleur et la prise en charge de la douleur (116).
- L'éducation doit inclure du contenu sur la reconnaissance et l'élimination des préjugés implicites et explicites (66, 116).
- Les programmes de formation universitaire doivent mobiliser diverses communautés (66).
- Les programmes d'éducation doivent faire appel à des éducateurs multiraciaux et pluridisciplinaires afin d'assurer une représentation diversifiée (117).
- Les programmes de formation universitaire peuvent encourager les étudiants à chercher de futures carrières qui favorisent les soins aux populations en quête d'équité (117).

### Du groupe d'experts

- Faire participer les personnes ayant une expérience vécue de la douleur à la planification d'une formation professionnelle interactive sur la santé.
- Élaborer et valider des outils d'évaluation des connaissances sur la douleur pour permettre la comparaison entre les divers programmes des professions de santé.
- Mettre en œuvre une éducation interactive précoce sur la douleur pour les étudiants qui entrent dans les programmes des professions de santé. Il a recommandé que cette formation commence au cours de la première année du programme et se poursuive sur une base annuelle.
- Les programmes d'études doivent envisager d'inclure des ressources éducatives interactives de diverses disciplines de la santé, des renseignements sur la façon de documenter et de signaler la douleur, ainsi que la mesure et l'amélioration continues de la qualité pour la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

Tableau 8 : Contexte de mise en œuvre et détails tirés des données probantes

ASPECTS DE LA PRÉVENTION, DE L'ÉVALUATION ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	DÉTAILS TIRÉS DES DONNÉES PROBANTES
<p><b>Modes et méthodes d'apprentissage de l'éducation interactive de la douleur</b></p>	<p>Diverses approches éducatives et pédagogiques ont été utilisées pour élaborer et offrir une formation sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur aux étudiants.</p> <p>Les études individuelles ont permis d'évaluer la douleur pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ les étudiants en médecine (110, 112)</li> <li>▪ les étudiants en physiothérapie (111)</li> <li>▪ les étudiants en médecine et en sciences infirmières (109)</li> </ul> <p>La durée de l'éducation de la douleur variait de 70 minutes à 1 semaine. Les études comprenaient les modes d'apprentissage suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>l'apprentissage en ligne (asynchrone)</b> comme un module en ligne contenant de l'information didactique et une vignette clinique (110);</li> <li>▪ <b>un programme interactif d'apprentissage en ligne basé sur des cas</b> comprenant quatre cas de patients avec des questions et des réponses détaillées (112);</li> <li>▪ <b>l'apprentissage interactif en groupe</b> (110);</li> <li>▪ <b>une conférence de groupe</b> comprenant des dessins faits à la main, des histoires et des métaphores utilisées pour transmettre des messages sur la physiologie et la théorie de la douleur (111);</li> <li>▪ <b>l'apprentissage par l'expérience</b>, y compris l'interaction avec les personnes âgées, la pratique des compétences et une sortie sur le terrain (110);</li> <li>▪ <b>des simulations</b> (112).</li> </ul>
<p><b>Contenu du programme d'études</b></p>	<p>Les sujets éducatifs abordés étaient les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ l'évaluation et la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées communicatives atteintes de démence (110)</li> <li>▪ une formation en neurophysiologie de la douleur (PNE) (111)</li> <li>▪ la prise en charge de la douleur aiguë (112)</li> </ul>

### Ressources d'appui

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>Plan du programme d'études interprofessionnel sur la douleur de l'IASP. Dans : Association internationale pour l'étude de la douleur [Internet]. Washington D.C. : IASP; c2018. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.iasp-pain.org/education/curricula/iasp-interprofessional-pain-curriculum-outline/">https://www.iasp-pain.org/education/curricula/iasp-interprofessional-pain-curriculum-outline/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des renseignements détaillés sur les programmes d'études sur la douleur à comprendre dans les programmes de formation interprofessionnelle</li> </ul>
<p>Wideman TH, Bostick G, Miller J, et coll. The development of a stakeholder-endorsed national strategic plan for advancing pain education across Canadian physiotherapy programs. Canadian Journal of Pain 2022;6(1):21 à 32. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1080/24740527.2022.2056006">https://doi.org/10.1080/24740527.2022.2056006</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Article universitaire sur l'avancement de la formation sur la douleur dans les programmes de physiothérapie</li> </ul>
<p>Ressources d'éducation sur la douleur. Dans : University of Toronto Centre for the Study of Pain [Internet]. Toronto (Ontario) : Université de Toronto; c2023. Disponible à l'adresse : <a href="https://utcsp.utoronto.ca/pain-education-resources/">https://utcsp.utoronto.ca/pain-education-resources/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Site Web avec des ressources engageantes et interactives sur la prise en charge de la douleur pour les prestataires de santé</li> </ul>

**ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE 5.0 :**

Il est recommandé que les organisations de services de santé offrent à tous les prestataires de santé une formation interprofessionnelle et disciplinaire sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge complètes de la douleur.

Il est impératif que l'éducation de la douleur s'étende au-delà de la phase préalable à l'obtention du permis d'exercice et qu'elle soit un élément clé du perfectionnement professionnel dans toutes les professions de santé. La recherche montre que les organisations ne sont pas uniformes dans leurs exigences et leurs possibilités de formation continue axée sur la douleur (77). Par exemple, une étude récente a révélé que seulement 17 % des prestataires de santé interrogés avaient suivi une formation sur la douleur au cours de la dernière année (118). Compte tenu de l'augmentation des taux de douleur (18) et de l'importance accrue accordée aux soins de santé interprofessionnels, les organisations de services de santé devraient s'assurer que tous les prestataires de santé ont accès à des possibilités régulières de perfectionnement interprofessionnel sur la douleur, la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur afin de s'assurer que le personnel se sent prêt à traiter les personnes ressentant de la douleur dans divers milieux cliniques (119). Une revue des données probantes n'a pas été requise pour cet énoncé de pratique exemplaire, mais il est important de le communiquer aux établissements universitaires, au personnel infirmier et aux prestataires de santé.

L'évolution vers la formation en santé interprofessionnelle collaborative a été reconnue par divers organisations de santé d'accréditation (18, 81, 120, 121). L'Organisation mondiale de la Santé définit la formation interprofessionnelle comme deux professions ou plus qui apprennent l'une de l'autre afin d'améliorer la collaboration et la qualité des soins (121). L'IASP souligne également l'importance de la formation interprofessionnelle sur la douleur dans ses programmes d'études sur la douleur, mais ajoute l'inclusion d'une formation propre à la discipline (122). La formation disciplinaire fait référence aux activités de formation continue adaptées spécifiquement à certaines professions de santé. Par exemple, de nombreuses organisations de services de santé exigent régulièrement des formations en personne et en ligne qui ne sont requises que pour le personnel infirmier, comme une formation sur les routines de glycémie et les transfusions sanguines. Ces formations seront différentes de celles requises pour d'autres disciplines telles que les physiothérapeutes, les médecins ou les travailleurs sociaux. C'est important pour que le personnel infirmier et les autres prestataires de santé connaissent le travail interprofessionnel en équipe axé sur les besoins de la personne et de la famille, mais aussi pour qu'ils puissent être compétents dans leur discipline particulière.

Les programmes d'études sur la douleur de l'IASP sont complets et tous les programmes de santé sont encouragés à les utiliser et à les appliquer (122). Le programme d'études met l'accent sur le développement des connaissances et des compétences nécessaires pour prévenir, évaluer et prendre en charge la douleur dans une optique interprofessionnelle (122). Le programme interprofessionnel sur la douleur de l'IASP est basé sur quatre volets qui mettent l'accent sur les catégories suivantes : 1) la nature multidimensionnelle de la douleur; 2) l'évaluation et la mesure de la douleur; 3) la prise en charge de la douleur; 4) les conditions cliniques (122).

**Conseils de mise en œuvre**

- Les politiques de prévention, d'évaluation et de prise en charge de la douleur doivent être incluses dans l'orientation organisationnelle des organisations et dans le cadre de l'évaluation des compétences dans l'orientation.
- La prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur doivent faire partie des rondes interprofessionnelles.
- Il est suggéré que les politiques de prévention, d'évaluation et de prise en charge de la douleur soient incluses dans les procédures opérationnelles normalisées de toutes les unités et dans les politiques organisationnelles.
- Les gestionnaires et les conseils d'unité doivent participer à l'évaluation des besoins afin de mettre en œuvre de nouvelles recommandations sur la douleur et de nouveaux énoncés de pratique dans l'ensemble des organisations.
- Les programmes de formation interprofessionnelle doivent envisager d'inclure du contenu sur les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques (91).
- Les organisations peuvent offrir une éducation interprofessionnelle sur la douleur propre au contexte (p. ex., une approche interprofessionnelle de la prise en charge de la douleur chez les nouveau-nés) (91, 92).

### Ressources d'appui

RESSOURCES	DESCRIPTION
Santé Canada. Un plan d'action pour la douleur au Canada [Internet]. Ottawa (Ontario) : Santé Canada; mai 2021. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport-report-rapport-2021-fra.pdf">https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport-report-rapport-2021-fra.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document détaillant le Plan d'action pour la douleur au Canada en 2021 — accent sur la douleur chronique</li> <li>Une partie de ce document traite de la nécessité pour les organisations de services de santé de veiller à ce que l'éducation sur la douleur soit interprofessionnelle.</li> </ul>
Ressources pour les professionnels. Dans : Douleur Canada [Internet]. [lieu inconnu] : Douleur Canada; c2024. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.paincanada.ca/fr/ressources/pour-les-professionnels">https://www.paincanada.ca/fr/ressources/pour-les-professionnels</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diverses ressources sur l'éducation sur la douleur</li> </ul>
Certification en soins infirmiers en prise en charge de la douleur (PMGT-BC <sup>MC</sup> ). Dans : American Nurses Credentialing Center [Internet]. Silver Spring (MD) : American Nurses Association; [date inconnue]. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.nursingworld.org/our-certifications/pain-management/">https://www.nursingworld.org/our-certifications/pain-management/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renseignements pour le personnel infirmier afin d'acquérir une certification en prise en charge de la douleur. Le site Web contient des renseignements sur l'examen, y compris le contenu et les guides d'étude et des exemples de questions.</li> </ul>
Prise en charge de la douleur pour les professionnels des soins infirmiers : CERTIFICAT DE RÉUSSITE. Dans : École polytechnique de la Saskatchewan. [lieu inconnu] : École polytechnique de la Saskatchewan; c2024. Disponible à l'adresse : <a href="https://saskpolytech.ca/programs-and-courses/programs/Pain-Management-for-Nursing-Professionals.aspx">https://saskpolytech.ca/programs-and-courses/programs/Pain-Management-for-Nursing-Professionals.aspx</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renseignements sur un cours de formation continue sur la prise en charge de la douleur pour le personnel infirmier</li> </ul>
Certificat d'études supérieures en prise en charge de la douleur. Dans : Faculté de médecine de réadaptation de l'Université de l'Alberta [Internet]. Edmonton (Alberta) : Université de l'Alberta; c2024. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.ualberta.ca/rehabilitation/programs/certificate-programs/certificate-in-pain-management.html">https://www.ualberta.ca/rehabilitation/programs/certificate-programs/certificate-in-pain-management.html</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un programme à distance et payant qui offre une formation avancée en prise en charge collaborative de la douleur aux professionnels de la santé.</li> <li>Ce certificat offre aux cliniciens praticiens l'occasion d'apprendre à se connaître les uns les autres pour aborder la nature multidimensionnelle de la douleur aiguë et chronique, en mettant l'accent sur la douleur complexe et chronique.</li> </ul>
Wideman TH, Bostick G, Miller J, et coll. The development of a stakeholder-endorsed national strategic plan for advancing pain education across Canadian physiotherapy programs. <i>Canadian Journal of Pain</i> 2022;6(1);21 à 32. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1080/24740527.2022.2056006">https://doi.org/10.1080/24740527.2022.2056006</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Article universitaire sur l'avancement de la formation sur la douleur dans les programmes de physiothérapie</li> </ul>

**RECOMMANDATION 3.0 :**

Le groupe d'experts suggère que les organisations de services de santé mettent en œuvre des possibilités d'éducation interactive pour tous les prestataires de santé sur la prévention, l'évaluation et la gestion de la douleur.

**Force de la recommandation :** Conditionnelle

**Certitude des données probantes :** Faible

**Discussion des données probantes :****Avantages et inconvénients**

Pour cette recommandation, l'intervention d'intérêt était l'éducation interactive (c.-à-d. une approche dynamique qui favorise la participation active et l'échange d'idées entre les enseignants, les apprenants et le contenu des cours magistraux [106]) sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur, par rapport à l'éducation standard sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur (p. ex., l'apprentissage didactique).

Il y avait un ES (109), qui a identifié six ECR (115, 123 à 127) et huit ENC (128 à 135) qui examinaient les effets de la mise en œuvre d'une éducation interactive sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur pour les prestataires de santé. Les types d'interventions comprenaient l'apprentissage en ligne, la réalité virtuelle, la simulation, l'apprentissage pratique, les études de cas ou les groupes de discussion. La population d'intérêt était celle des prestataires de santé interprofessionnels. Pour obtenir plus de détails sur l'intervention mentionnée dans la documentation, veuillez consulter les **Conseils de mise en œuvre** ci-dessous.

Pour le résultat de la compétence des prestataires de santé (connaissances), un ES (109) a effectué une **méta-analyse**<sup>G</sup>, regroupant les résultats de six ECR qui ont examiné l'effet de l'éducation interactive sur la prise en charge de la douleur par rapport à l'éducation didactique sur la compétence des prestataires de santé (connaissances). Une grande ampleur de l'effet a été indiquée (DMS : 0,80, IC à 95 % : 0,12 à 1,49) en faveur de l'éducation interactive, bien qu'il y ait eu une hétérogénéité dans les résultats entre les études comprises. Cinq des six autres études ECR (115, 124 à 127) ont également indiqué une amélioration des connaissances des prestataires de santé après avoir reçu une éducation interactive sur l'évaluation ou la prise en charge de la douleur. L'évaluation interactive de la douleur et l'éducation sur la prise en charge de la douleur peuvent améliorer les connaissances des prestataires; cependant, les preuves sont incertaines. En raison de l'hétérogénéité des outils utilisés pour mesurer les résultats des connaissances dans ces ECR, une analyse statistique groupée n'a pas été possible.

Pour ce qui est de la confiance ou de l'attitude des prestataires de santé, un ES (109) a regroupé les résultats de deux ECR qui examinaient l'effet de l'éducation interactive sur la prise en charge de la douleur par rapport à l'éducation didactique ou autre sur la confiance et l'attitude des prestataires de santé. Aucune ampleur de l'effet n'a été indiquée en faveur de l'éducation interactive (DMS : 0,02, IC à 95 % : -0,79 à 0,84) pour la confiance des prestataires de santé et une très petite ampleur de l'effet (DMS : 0,16, IC à 95 % : -0,48 à 0,79) pour l'attitude. Deux autres ECR (115, 125) ont indiqué une plus grande confiance dans les prestataires de santé à la suite d'une éducation interactive. Dans l'ensemble, l'évaluation interactive et l'éducation sur la prise en charge de la douleur peuvent avoir peu ou pas d'effet sur la confiance et l'attitude des prestataires de santé; cependant, les preuves sont incertaines.

En ce qui concerne le résultat de l'évaluation de la douleur par les prestataires de santé, deux ENR (131, 132) ont indiqué que l'éducation interactive sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur peut augmenter le nombre d'évaluations de la douleur effectuées par les prestataires de santé, mais les données probantes sont incertaines, et il n'est pas clair si cela reflète un changement important.

Enfin, en ce qui concerne le résultat de satisfaction des prestataires de santé, trois ENR (130, 133, 135) ont indiqué que les prestataires de santé ont déclaré des taux élevés de satisfaction à l'égard de l'intervention interactive d'éducation sur la douleur après avoir reçu une évaluation interactive de la douleur ou une formation sur la prise en charge de la douleur, mais aucune donnée comparative n'était disponible.

Aucun préjudice n'a été signalé dans les études.

Le niveau de confiance des données probantes été jugé faible en raison d'un risque de biais grave ou très grave pour certaines études individuelles. Il y avait des imprécisions liées au faible nombre d'événements ou de participants pour certains résultats. Il est nécessaire d'effectuer d'autres recherches de haute qualité sur l'éducation interactive sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur afin d'accroître notre certitude dans les données probantes.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'incidence des méthodes d'éducation interactive pour les prestataires de santé interprofessionnels sur les résultats prioritaires, veuillez consulter les profils de données probantes sous l'onglet « Methodology Documents » sur la [page Web](#) de la LDPE.

### Valeurs et préférences

#### D'après les données probantes tirées de l'examen systématique

- Les prestataires de santé préféraient l'éducation interactive (130, 136, 137). Les aspects particuliers préférés par les prestataires de santé qui participent à l'éducation sont les suivants :
  - les prestataires de santé travaillant en milieu rural ont apprécié le programme d'éducation interactive sur la prise en charge de la douleur pour l'accès à une « communauté de praticiens » qui offrait de nouveaux apprentissages et un nouveau soutien (136);
  - le temps alloué à la discussion des cas difficiles (130);
  - une approche interprofessionnelle de l'éducation, y compris l'interaction avec d'autres spécialistes (137).

### Équité en matière de santé

#### D'après les données probantes tirées de l'examen systématique

- L'éducation interactive sur la prise en charge de la douleur facilite l'accès à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur et aux « communautés de praticiens » pour les prestataires de santé travaillant dans les communautés rurales et éloignées (136).

#### Du groupe d'experts :

- Les organisations peuvent offrir une éducation interactive sur la douleur à l'interne ou externaliser des programmes crédibles.
- Le financement de l'éducation sur la douleur doit être intégré aux budgets des organisations de services de santé.
- Les organisations devraient envisager de faire appel à des ressources crédibles pour accéder à des programmes d'éducation interactifs sur la douleur.
- Les organisations doivent désigner un nombre précis d'employés responsables de la planification d'initiatives interactives d'éducation sur la douleur pour l'éducation à l'interne.

### Conclusions du groupe d'experts

Le groupe d'experts a noté qu'il pourrait y avoir des avantages à l'éducation interactive en matière d'évaluation, de prévention et de prise en charge de la douleur pour les prestataires de santé interprofessionnels. Aucun préjudice n'a été signalé dans la littérature. Cependant, le degré de certitude des données probantes est faible. Par conséquent, le groupe d'experts a déterminé que la force de la recommandation était conditionnelle.

### Conseils de mise en œuvre

#### Populations en quête d'équité en matière de santé

- L'éducation interactive sur la douleur peut comprendre des études de cas et des vignettes auprès de populations en quête d'équité afin de préparer les prestataires de santé à travailler avec diverses communautés (117, 138).
- L'éducation interactive sur la douleur peut comprendre une formation sur les approches culturellement sécuritaires des soins et collaborer avec les communautés autochtones (p. ex., cadre LISTEN) (69).
- Des possibilités de formation interactives offertes spécifiquement dans les régions rurales peuvent aider à garantir que les prestataires de santé dans les communautés éloignées aient accès à l'éducation (139).

- Les organisations de services de santé peuvent adapter l'éducation interactive sur la douleur aux besoins de groupes d'âge particuliers (p. ex., pédiatrie par rapport aux adultes) (140, 314).

### **Du groupe d'experts**

- Dans la mesure du possible, les organisations doivent envisager de faire participer les personnes et les familles à la conception et à la planification des programmes d'éducation sur la douleur.
- Les prestataires de santé doivent être consultés au sujet de leurs préférences en matière d'éducation sur la douleur.
- Les organisations doivent tenir compte des questions d'accessibilité telles que les coûts et l'accès aux offres d'éducation sur la douleur.
- Les organisations doivent envisager d'accorder au personnel des journées annuelles payées pour l'éducation permanente.
- Les gestionnaires doivent donner au personnel qui a participé à des occasions d'apprentissage sur la douleur de partager leur apprentissage avec leur équipe.
- Les organisations peuvent mettre en œuvre un modèle de pairs pour la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

Tableau 9 : Contexte de mise en œuvre et détails tirés des données probantes

VOLET DE L'ÉDUCATION	DÉTAILS TIRÉS DES DONNÉES PROBANTES
<p><b>Modes et méthodes d'apprentissage de l'éducation interactive de la douleur</b></p>	<p>Diverses approches éducatives et pédagogiques ont été utilisées pour élaborer et offrir une gamme d'éducation sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur pour les prestataires de santé.</p> <p>Les études individuelles ont permis d'apprendre sur l'évaluation de la douleur pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ le personnel infirmier prodiguant des soins aux nouveau-nés (115, 123, 125, 127, 128, 130, 132, 133, 135);</li> <li>▪ les prestataires de soins primaires (124, 134);</li> <li>▪ les résidents et boursiers médecins spécialistes (126, 131);</li> <li>▪ les prestataires de santé interprofessionnels (109, 129).</li> </ul> <p>La durée de l'éducation de la douleur variait de 60 à 480 minutes.</p> <p>Les études comprenaient les modes d'apprentissage suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>l'apprentissage en ligne</b> (asynchrone) comme les modules Web, l'apprentissage interactif sur le Web et les études de cas ou les vignettes (115, 123, 125, 130 à 132);</li> <li>▪ <b>l'apprentissage de groupe axé sur les compétences</b>, comme les discussions de groupe, les jeux de rôle et le travail de groupe sur des cas (127, 128);</li> <li>▪ <b>le télémentorat</b>, comme des séances d'éducation animées par des experts pluridisciplinaires de la douleur (124, 134);</li> <li>▪ <b>l'éducation interprofessionnelle</b>, y compris des séances de groupe en direct offertes à une équipe pluridisciplinaire (129);</li> <li>▪ <b>études de cas et présentations</b> (130, 133 à 135);</li> <li>▪ <b>la communauté de praticiens (CdP)</b>, y compris l'accès à des communautés de pratique qui soutiennent l'éducation interactive sur la douleur, l'apprentissage et le réseautage avec des experts de la douleur (124, 130).</li> </ul>
<p><b>Contenu du programme d'études</b></p>	<p>Les sujets abordés dans l'éducation de la douleur comprenaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ l'évaluation de la douleur chez les nouveau-nés (123, 128)</li> <li>▪ la prise en charge de la douleur et procédures douloureuses chez les nouveau-nés (128)</li> <li>▪ la prise en charge de la douleur aiguë (125, 126)</li> <li>▪ les thérapies complémentaires (125)</li> <li>▪ la prescription sécuritaire d'opioïdes (129)</li> <li>▪ la douleur liée au cancer (130)</li> <li>▪ l'évaluation et le traitement de la douleur (133)</li> <li>▪ l'évaluation et l'intervention de la douleur postopératoire (132)</li> <li>▪ la douleur lombaire chronique (131)</li> </ul>

## Ressources d'appui

RESSOURCES	DESCRIPTION
Délivrance de titres et certificats. Dans : Canadian Academy of Pain Management [Internet]. Oshawa (Ontario) : Canadian Academy of Pain Management; [date inconnue]. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.canadianapm.com/credentialing">https://www.canadianapm.com/credentialing</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liste des programmes de prise en charge de la douleur agréés par la Canadian Academy of Pain Management</li> </ul>
Dale CM, Cioffi I, Novak CB, et coll. Continuing professional development needs in pain management for Canadian health care professionals: a cross-sectional survey. Canadian Journal of Pain 2023; 7(1):2150156. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1080/24740527.2022.2150156">https://doi.org/10.1080/24740527.2022.2150156</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Article universitaire sur le perfectionnement professionnel continu comme moyen important d'améliorer l'accès à des soins efficaces.</li> </ul>
Nos cours et programmes. Dans : Douleur Canada [Internet]. [lieu inconnu] : Douleur Canada; c2024. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.paincanada.ca/fr/cours">https://www.paincanada.ca/fr/cours</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ressources éducatives et cours en ligne gratuits sur la douleur pour les prestataires de santé et les personnes vivant avec la douleur.</li> </ul>
Universités au Canada offrant des cours et des programmes payants de troisième cycle en prise en charge de la douleur : <ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en charge interdisciplinaire de la douleur. Dans : Université Western [Internet]. London (Ontario) : Université Western; c1878 à 2024. Disponible à l'adresse : <a href="https://uwo.ca/fhs/programs/ahcp/pain/index.html">https://uwo.ca/fhs/programs/ahcp/pain/index.html</a></li> <li>Certificat d'études supérieures en gestion de la douleur chronique (programme en ligne) Dans : Université McGill [Internet]. Montréal (Québec) : Université McGill; c2024. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.mcgill.ca/spot/fr/programmes/certificats-detudes-superieures-en-ligne/gestion-de-la-douleur-chronique">https://www.mcgill.ca/spot/fr/programmes/certificats-detudes-superieures-en-ligne/gestion-de-la-douleur-chronique</a></li> <li>Certificat d'études supérieures en prise en charge de la douleur. Dans : Université de l'Alberta [Internet]. Edmonton (Alberta) : Université de l'Alberta; c2024. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.ualberta.ca/rehabilitation/programs/certificate-programs/certificate-in-pain-management.html">https://www.ualberta.ca/rehabilitation/programs/certificate-programs/certificate-in-pain-management.html</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renseignements sur les certificats d'études supérieures en prise en charge de la douleur dans trois universités canadiennes.</li> </ul>

# Examen de la portée : Approches non pharmacologiques de la prise en charge de la douleur

## Contexte

Un examen de la portée a été effectué pour déterminer les types de stratégies non pharmacologiques de prise en charge de la douleur (INP) utilisées par le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle dans les milieux de soins de santé.

## Introduction

L'acceptation généralisée des INP par les prestataires de santé est difficile, car l'approche de pratique privilégiée pour la prise en charge de la douleur est basée sur le modèle médical qui comprend souvent des analgésiques sur ordonnance ou une chirurgie pour prendre en charge la douleur (141). L'augmentation importante de la prescription d'opioïdes pour la prise en charge de la douleur au cours des dernières décennies a contribué à la crise actuelle des opioïdes au Canada (76). Une approche intégrative de la prise en charge de la douleur qui comprend les INP est très opportune, car les INP sont des stratégies supplémentaires que les prestataires de santé peuvent envisager lorsqu'ils prennent soin de personnes ressentant de la douleur.

Il existe un écart important entre la littérature actuelle, la prise en charge de la douleur en pratique clinique et les décisions que les personnes prennent sur la façon de prendre en charge leur douleur (75). Plusieurs termes sont utilisés pour décrire les INP pour la prise en charge de la douleur, y compris les termes « alternative » ou « complémentaire » (142). Historiquement, ces termes laissaient entendre que, même si l'objectif des INP était thérapeutique, elles manquaient de données probantes évaluées par des pairs concernant leur efficacité à l'appui de leur utilisation (142). De plus, les mécanismes biologiques de nombreuses INP n'étaient pas bien compris. Récemment, des chercheurs en sciences de la douleur ont travaillé avec diligence pour mener des études cliniques sur les INP qui évaluent leur efficacité et leur innocuité afin de mieux comprendre leurs mécanismes biologiques sous-jacents (142). Les INP consistent en une gamme de stratégies qui comprennent, sans s'y limiter, la physiothérapie, l'ergothérapie, le massage, l'acupuncture, les interventions psychologiques telles que la thérapie cognitivo-comportementale et d'autres stratégies telles que les techniques de distraction, la réalité virtuelle, les interventions musicales et d'autres stratégies réconfortantes. Ceux-ci peuvent être utilisés seuls, en combinaison avec des approches pharmacologiques ou en combinant plus d'une stratégie d'INP dans un plan de soins. Plusieurs INP nécessitent des ressources minimales et sont faciles à mettre en œuvre pour les prestataires de santé dans tous les milieux de soins de santé.

Les obstacles à la mise en œuvre généralisée des INP comprennent la disponibilité et l'accès aux INP (141, 142). La disponibilité des INP pour les prestataires de santé et les personnes vivant avec de la douleur chronique dépend de l'endroit où ils résident et de la façon dont ils accèdent aux services de soins de santé. Certaines administrations et certains services de soins de santé n'offrent pas de ressources telles que les INP comme option pour le traitement de la douleur chronique (141). Les problèmes d'accès liés aux INP, selon la province ou le territoire, peuvent comprendre les suivants :

- la rapidité d'exécution (c.-à-d. le temps d'attente pour accéder aux INP);
- les obstacles géographiques (c.-à-d. que les régions rurales obligent souvent les gens à parcourir de plus longues distances);
- le coût d'accès aux INP (c.-à-d. que les gens ont souvent peu ou pas de ressources pour payer l'accès aux INP comme la physiothérapie, la thérapie psychologique, la thérapie en piscine, la massothérapie);
- les obstacles culturels (p. ex., l'attitude des prestataires, la charge de travail des prestataires, la perception des prestataires quant à l'acceptation des INP, l'évitement de la confrontation avec les prestataires);
- la capacité des personnes vivant avec de la douleur chronique d'accéder à la technologie (p. ex., Internet ou messagerie mobile sécurisée) (141, 143).

D'autres obstacles peuvent comprendre un manque de connaissances chez les prestataires de santé et les personnes vivant avec de la douleur quant aux INP à utiliser, ainsi qu'un scepticisme quant à l'efficacité des INP et à la justification de leur utilisation (143).

Un nombre croissant de données probantes évaluées par les pairs démontrent qu'un large éventail d'INP ont été examinées pour traiter l'expérience de la douleur (seules ou en combinaison avec des interventions pharmacologiques) avec un minimum de méfaits. Le virage passe maintenant à la promotion de la mise en œuvre fondée sur des données probantes des INP, à l'élaboration de politiques pour faciliter leur intégration dans la pratique des soins de santé et à l'élimination des obstacles à leur mise en œuvre. Afin de donner un aperçu de l'ensemble des données probantes, un examen de la portée a été effectué pour résumer l'étendue, la portée et la nature de la recherche sur les INP.

### Méthodes

Le cadre d'examen de la portée d'Arksey et d'O'Malley a guidé ce travail (144). L'équipe d'élaboration et de recherche des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et un bibliothécaire en sciences de la santé ont élaboré la stratégie de recherche. Une recherche d'articles pertinents publiés en anglais entre 2018 et 2023 a été appliquée aux bases de données Medline et Embase. La recherche s'est limitée aux cinq dernières années pour inscrire les preuves les plus récentes. La recherche s'est limitée à la conception d'une étude de revue systématique uniquement, en raison du rendement important de la littérature sur les INP. L'examen de la portée a également été enregistré dans Open Science Framework (disponible à l'adresse suivante : [osf.io/vhbu5](https://osf.io/vhbu5)).

De plus amples renseignements sur la méthodologie de l'examen de la portée se trouvent dans [l'Annexe E](#).

Pour un résumé détaillé de la méthodologie, veuillez consulter l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

### Résultats

Un résumé général des résultats est disponible au [tableau 10](#). Pour les résultats complets de cet examen de la portée, veuillez consulter [l'Annexe E](#).

Veuillez noter que les résultats de l'examen de la portée n'indiquent pas l'efficacité des approches non pharmacologiques de prévention, d'évaluation et de prise en charge de la douleur dans la littérature incluse. L'utilisation des INP pour la prise en charge de la douleur variera selon les personnes qui ressentent de la douleur (tout au long de la vie) et leurs préférences personnelles, le contexte dans lequel elles ressentent cette douleur (postopératoire, aiguë, chronique, nociceptive, neuropathique, etc.) et le milieu (communauté, SLD, réadaptation, soins actifs, etc.).

**Tableau 10 : Résumé des interventions non pharmacologiques cernées dans l'examen de la portée**

INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES	
<b>Physiothérapies</b>	Exercice, conditionnement aérobique, entraînement de la force et de l'équilibre, massothérapie, aquathérapie, exercices de respiration, acupuncture, puncture physiothérapique avec aiguilles sèches, acupression, échographie thérapeutique, stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS), stimulation nerveuse électrique percutanée (PNS), application de chaleur ou de froid ou une combinaison de thérapies et stratégies physiques.  *Certaines de ces stratégies comprennent l'éducation de la personne et l'autogestion
<b>Ergothérapie</b>	Stimulation (douleur chronique)
<b>Stratégies psychologiques</b>	La formation cognitivo-comportementale, la thérapie d'acceptation et d'engagement, la pleine conscience, la méditation et les techniques de distraction (y compris la réalité virtuelle, la ludification, les appareils vibratoires, l'imagerie guidée, la clownthérapie) et les interventions musicales.
<b>Autres stratégies</b>	Stratégies réconfortantes telles que la thérapie assistée par les animaux, le repli facilité, la méthode kangourou, l'allaitement, l'alimentation au saccharose, le jeu thérapeutique et le soutien social.

## Lacunes de la recherche et implications futures

L'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et le groupe d'experts ont déterminé les domaines prioritaires pour les recherches futures (décrits dans le **tableau 11**). La colonne de gauche du tableau présente les questions de recommandation et les résultats, et la colonne de droite décrit les domaines prioritaires de recherche cernés par le groupe d'experts en fonction des examens systématiques effectués pour chaque question. Les études menées dans ces domaines fourniraient des données probantes supplémentaires à l'appui d'un soutien équitable et de haute qualité pour les personnes ressentant de la douleur. La liste n'est pas exhaustive; d'autres domaines de recherche pourraient être requis.

**Tableau 11 : Domaines prioritaires de recherche par question de recommandation**

QUESTION DE RECOMMANDATION	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
<p><b>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 1 :</b></p> <p><b>Devrait-on recommander ou non la mise en place d'une équipe interprofessionnelle spécialisée en soins de la douleur?</b></p> <p><b>Résultats :</b> Prise en charge efficace de la douleur (y compris l'intensité de la douleur ou la prévalence de la douleur intense, la fréquence de la douleur, l'interférence de la douleur); le fonctionnement, la communication ou la collaboration d'une équipe interprofessionnelle; comportement de pratique : interventions contre la douleur effectuées par les prestataires de santé (y compris la documentation des interventions contre la douleur offertes); comportement de pratique : évaluation de la douleur par le prestataire de santé (y compris la documentation de l'évaluation de la douleur); satisfaction de la personne ou de la famille</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'incidence d'une équipe interprofessionnelle spécialisée de soins de la douleur sur la satisfaction des patients.</li> <li>▪ L'incidence d'une équipe interprofessionnelle spécialisée de soins de la douleur sur les comportements des prestataires de santé (prestation d'une approche intégrative de la douleur et documentation des services de douleur fournis).</li> <li>▪ L'incidence de l'utilisation de résultats de base normalisés pour mesurer l'incidence des équipes interprofessionnelles spécialisées de soins de la douleur.</li> <li>▪ L'incidence de l'utilisation des résultats des soins axés sur les besoins de la personne et de la famille pour évaluer l'incidence des équipes interprofessionnelles spécialisées de soins de la douleur.</li> <li>▪ L'utilisation d'outils standardisés pour mesurer l'incidence des équipes interprofessionnelles spécialisées de soins de la douleur.</li> <li>▪ Le développement et l'utilisation d'outils pour mesurer le fonctionnement, la communication ou la collaboration des équipes interprofessionnelles spécialisées de soins de la douleur.</li> </ul>

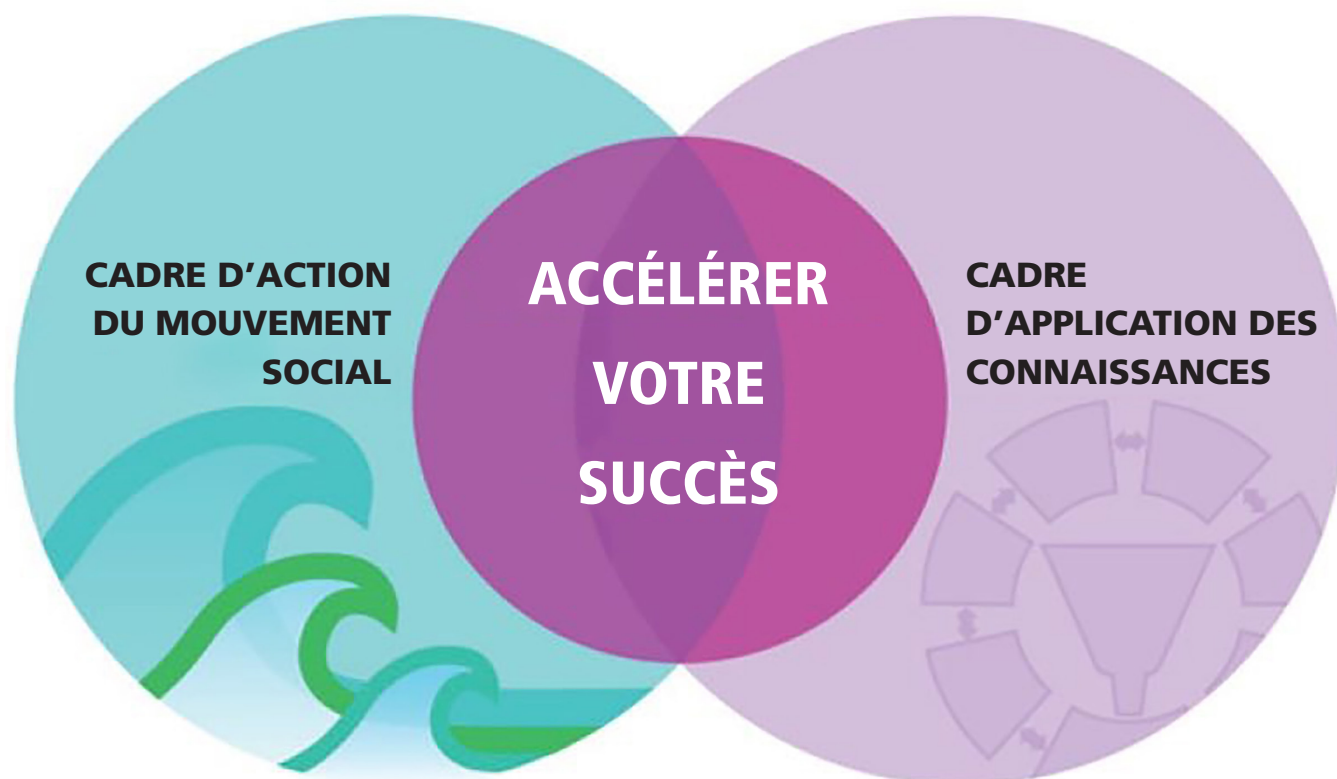
QUESTION DE RECOMMANDATION	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
<p><b>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 2 :</b></p> <p><b>Une éducation interactive sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur pour les étudiants qui entrent dans les professions de la santé devrait-elle être recommandée ou non?</b></p> <p><b>Résultats :</b> La compétence de l'étudiant (ou les connaissances et les habiletés qui contribuent à ces compétences); la confiance ou l'attitude des étudiants; comportement de pratique : interventions contre la douleur offertes par les étudiants (y compris la documentation des interventions contre la douleur offertes); comportement de pratique : évaluation de la douleur par l'étudiant (y compris la documentation de l'évaluation de la douleur)</p> <p><b>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 3 :</b></p> <p><b>Une éducation interactive sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur pour les prestataires de santé devrait-elle être recommandée ou non?</b></p> <p><b>Résultats :</b> compétence du prestataire de santé (ou les connaissances et les habiletés qui contribuent à ces compétences); comportement de pratique : interventions contre la douleur effectuées par les prestataires de santé (y compris la documentation des interventions contre la douleur offertes); comportement de pratique : évaluation de la douleur par le prestataire de santé (y compris la documentation de l'évaluation de la douleur); la confiance ou l'attitude des prestataires de santé; satisfaction des prestataires de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'incidence de l'éducation interactive sur les résultats des connaissances par discipline.</li> <li>■ L'incidence de l'éducation interactive sur les scores de connaissances pour l'enseignement complet de la douleur au premier cycle.</li> <li>■ L'identification de résultats fiables de mesure des connaissances des étudiants et d'autres résultats de base.</li> <li>■ Poursuivre la recherche pour déterminer des résultats fiables en matière de mesure des connaissances.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'incidence de l'éducation interactive des prestataires sur les résultats déclarés par les patients, comme la satisfaction des patients.</li> <li>■ Connaissance de la douleur parmi les différents membres de l'équipe interprofessionnelle.</li> </ul>

## Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des lignes directrices au point d'intervention comporte de multiples facettes et constitue un défi. Il faut plus que la sensibilisation et l'accès aux LDPE pour faire changer les pratiques. Les LDPE doivent être adaptées à chaque contexte de pratique de façon systématique et participative afin que les recommandations puissent s'appliquer au contexte local (145). La [Boîte à outils pour la conduite du changement](#) (élaborée par l'AIIAO, en partenariat avec Excellence en santé Canada) fournit des processus fondés sur des données probantes à cet effet (voir l'[Annexe G](#)) (4).

La [Boîte à outils pour la conduite du changement](#) utilise deux cadres complémentaires pour guider l'assimilation et la durabilité des données probantes (voir la [figure 2](#)). Elles peuvent être utilisées ensemble pour maximiser et accélérer le changement.

**Figure 2 : La Boîte à outils pour la conduite du changement : Deux cadres complémentaires pour accélérer votre réussite**



Source : Reproduit avec la permission de : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), Excellence en santé Canada (ESC). Boîte à outils pour la conduite du changement [Internet]. 4<sup>e</sup> éd. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2024. Disponible à l'adresse : [RNAO.ca/leading-change-toolkit](https://RNAO.ca/leading-change-toolkit)

Le [cadre d'action du mouvement social](#) (1, 2) est descriptif et présente les éléments déterminants d'un mouvement social pour l'assimilation et la durabilité des connaissances. Il intègre une approche ascendante, dirigée par les personnes, du changement pour une préoccupation partagée (ou une cause commune) dans laquelle les agents et les équipes de changement mobilisent l'action individuelle et collective pour atteindre les objectifs. Les éléments du cadre, classés en conditions préalables, en caractéristiques clés et en résultats, sont dynamiques et interdépendants et se développent spontanément au fur et à mesure de l'évolution du mouvement social.

Le [cadre d'application des connaissances](#) utilise un modèle de processus des phases du cycle d'action pour guider systématiquement l'adaptation des nouvelles connaissances (p. ex., une LDPE) au contexte local et à la mise en œuvre. Ce cadre suggère de cerner et d'utiliser des outils ou produits de connaissances (comme les lignes directrices) pour déterminer les lacunes et entamer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances aux contextes locaux.

La [Boîte à outils pour la conduite du changement](#) repose sur des données émergentes dans le domaine de la santé et des sciences sociales selon lesquelles les chances d'adoption réussie et de la durabilité des pratiques exemplaires en soins de santé augmentent dans les circonstances suivantes :

1. Les LDPE sont sélectionnées pour être mises en œuvre par le biais d'un processus participatif mené par des agents de changement et des équipes de changement.
2. Les LDPE sélectionnées reflètent les domaines prioritaires d'une préoccupation partagée qui est crédible, appréciée et significative, ou d'une urgence d'action.
3. Les autres personnes affectées par le changement sont déterminées et impliquées tout au long de la mise en œuvre pour s'engager dans une action individuelle et collective.
4. La réceptivité à la mise en œuvre des LDPE, y compris la préparation environnementale, est évaluée.
5. Les stratégies de mise en œuvre sont adaptées au contexte local et conçues pour éliminer les obstacles.
6. L'utilisation de la LDPE est surveillée et maintenue.
7. L'évaluation des répercussions de la LDPE est intégrée au processus afin de déterminer si les objectifs et les résultats ont été atteints.
8. Il existe des ressources adéquates pour mener à bien tous les aspects de l'adoption et de la durabilité de la LDPE.
9. La LDPE est étendue, élargie ou approfondie, dans la mesure du possible, afin d'élargir son influence et de créer des améliorations durables en matière de santé.

L'AIIAO s'engage à la diffusion, à la mise en œuvre et à la durabilité à grande échelle de nos LDPE. Nous utilisons une approche systématique en déployant diverses stratégies, notamment :

1. Le Réseau des champions des pratiques exemplaires<sup>MD</sup> de l'AIIAO, qui alimente la capacité des agents de changement à encourager la sensibilisation, l'engagement et l'adoption des LDPE. Les champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO sont des personnes et des organisations passionnées par la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes et la mobilisation des autres. Ensemble, ils peuvent améliorer les soins et la santé grâce à l'intégration des compétences telles que définies dans le cadre de compétences des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO. Les champions sont du personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé de tous les rôles et de tous les secteurs de la santé, des étudiants, des défenseurs, des personnes ayant une expérience vécue ainsi que des aidants.
2. Les cheminements cliniques de l'AIIAO<sup>MC</sup> sont des recommandations numérisées et des énoncés de bonne pratique intégrés aux dossiers médicaux électroniques par l'intermédiaire d'un logiciel tiers. À l'heure actuelle, ces cheminements cliniques sont offerts à tous les foyers de soins de longue durée canadiens.
3. Le titre d'organisation vedette des pratiques exemplaires<sup>MD</sup> (OVPE<sup>MD</sup>) vient en appui à la mise en œuvre des à l'échelon de l'organisation et du système. Les OVPE se concentrent sur la mise en place de cultures professionnelles fondées sur des données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enraciner » différentes LDPE de l'AIIAO.

En outre, nous offrons chaque année des ateliers de renforcement des capacités sur la mise en œuvre du changement de la pratique.

Vous trouverez des renseignements concernant nos stratégies de mise en œuvre aux sites Web suivants :

- Réseau des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO<sup>MD</sup> : [RNAO.ca/bpg/get-involved/champions](https://rnao.ca/bpg/get-involved/champions)
- OVPE de l'AIIAO<sup>MC</sup> : [RNAO.ca/bpg/implementation/clinicalpathways](https://rnao.ca/bpg/implementation/clinicalpathways)
- OVPE de l'AIIAO<sup>MD</sup> : [RNAO.ca/bpg/bps0](https://rnao.ca/bpg/bps0)
- Les instituts de renforcement des capacités de l'AIIAO et les autres occasions de perfectionnement professionnel : [RNAO.ca/events](https://rnao.ca/events)

## Annexe A : Glossaire

**Douleur aiguë :** Une douleur qui survient soudainement, commence par être aiguë ou intense et sert de signe d'avertissement d'une maladie ou d'une menace pour le corps. La douleur aiguë a tendance à être causée par des blessures, des maladies, des chirurgies ou d'autres procédures médicales ou traumatismes. La douleur aiguë dure moins de six mois et disparaît généralement lorsque la cause sous-jacente est traitée ou guérie (24).

**Lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) :** « Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des documents élaborés de manière systématique et fondés sur des données probantes qui comprennent des recommandations à l'intention du personnel infirmier et de l'équipe interprofessionnelle, des enseignants, des dirigeants et des décideurs politiques, des personnes et de leurs familles sur des sujets cliniques et des milieux de travail sains. Elles favorisent la cohérence et l'excellence des soins cliniques, des politiques de santé et de l'éducation à la santé afin que les résultats en matière de santé pour les personnes, les communautés et le système de santé soient les meilleurs possibles » (146).

**Organisme vedette en pratiques exemplaires<sup>MD</sup> (OVPE<sup>MD</sup>) :** Un service de santé ou un organisme universitaire qui s'est associé officiellement à l'AIIAO sur une période de trois ans pour créer des cultures de pratique fondées sur des données probantes grâce à la mise en œuvre systématique et à l'évaluation des résultats de multiples lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) (147).

**Aidants :** Une personne qui apporte un soutien physique, psychologique et émotionnel, selon les besoins de la personne recevant des soins. Ces soins peuvent inclure le soutien à la prise de décisions, la coordination des soins et la continuité des soins. Les aidants peuvent inclure des membres de la famille, des amis proches ou d'autres personnes et ils sont identifiés par la personne recevant les soins ou le mandataire spécial (148).

\*Le partenaire de soins temporaires peut également être couramment utilisé dans la pratique.

**Douleur chronique :** Douleur qui persiste ou réapparaît pendant plus de trois mois et devient souvent le seul problème clinique ou prédominant chez certaines personnes (25). La douleur chronique est multifactorielle : des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux contribuent au syndrome douloureux (25). La *Classification internationale des maladies, onzième révision (CIM-11)* de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) divise la douleur chronique en les sous-types de douleur chronique suivants : douleur chronique primaire, douleur chronique liée au cancer, douleur chronique postopératoire ou post-traumatique, douleur musculo-squelettique secondaire chronique, douleur viscérale secondaire chronique, douleur neuropathique chronique et douleur chronique secondaire ou orofaciale (25).

**Évaluation exhaustive de la douleur :** Une évaluation exhaustive de la douleur est effectuée auprès de toute personne présentant la présence ou le risque d'un tel type de douleur. L'évaluation exhaustive de la douleur permet au prestataire de santé d'obtenir le rapport subjectif de la douleur de la personne, y compris les aspects sensoriels, psychologiques, culturels et émotionnels de son expérience de la douleur, et de comprendre l'incidence que cela a sur la vie de la personne. Un outil mnémotique est souvent utilisé pour articuler les composantes d'une évaluation exhaustive de la douleur, comme les outils PQRSTU ou OPQRSTUV (58).

**Sécurité culturelle :** « La sécurité culturelle est une question d'expérience du patient. Elle est un résultat fondé sur un engagement respectueux qui reconnaît les déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé et vise à les corriger. La sécurité culturelle mène à un environnement exempt de racisme et de discrimination où les personnes se sentent en sécurité lorsqu'elles reçoivent des soins de santé » (149).

**Pratique fondée sur les données probantes :** L'intégration des données probantes issues de la recherche à l'expertise clinique et aux valeurs des patients. Elle unifie les données probantes issues de la recherche grâce à l'expertise clinique et encourage l'inclusion des préférences des patients (150).

**Cadres de prise de décisions fondées sur les preuves (cadres EtD) :** Un tableau qui facilite la prise de décisions par les comités d'experts sur l'élaboration de lignes directrices lorsqu'ils passent des données probantes aux recommandations. L'objectif du cadre de prise de décisions fondées sur les preuves (cadre EtD) est de résumer les résultats de la recherche, de décrire les facteurs importants qui peuvent déterminer la recommandation, d'informer les membres du groupe d'experts des avantages et des inconvénients de chaque intervention envisagée et d'accroître la transparence du processus décisionnel dans l'élaboration des recommandations (13).

**Réviseur externe :** Personne ou groupe qui s'engage à examiner et à fournir des commentaires sur l'ébauche de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO avant sa publication. Les réviseurs externes comprennent souvent des personnes ou des groupes directement touchés par le sujet et les recommandations de la ligne directrice (p. ex., les personnes qui accèdent aux services de santé, qui travaillent dans des organisations de services de santé ou qui ont une expertise en la matière).

**Familles/Famille :** Terme utilisé pour désigner des personnes qui sont liées (sur le plan biologique, affectif ou légal) avec la personne qui reçoit des soins de santé, et/ou entretiennent avec elle des liens étroits (amitié, engagement, partage d'un ménage et de responsabilités pour l'éducation d'enfants, ou relations romantiques). La famille d'une personne comprend tous ceux que la personne considère comme des proches dans sa vie (p. ex., parents, soignants, amis, décideurs substituts, groupes, collectivités et populations). La personne qui reçoit des soins détermine l'importance et le niveau de participation de toutes ces personnes à la prestation de ses soins, selon sa capacité » (151).

**Énoncé de pratique exemplaire :** Les énoncés de bonne pratique s'adressent principalement au personnel infirmier et aux équipes interprofessionnelles qui fournissent des soins aux personnes et à leur famille tout au long du continuum de soins, y compris (mais sans s'y limiter) soins primaires; soins à domicile et de proximité; soins de courte durée et soins de longue durée.

Les énoncés de pratique exemplaire sont des énoncés exploitables qui devraient être mis en pratique (8). Ces déclarations sont considérées comme tellement bénéfiques qu'un résumé des données probantes serait une mauvaise utilisation du temps et des ressources du groupe d'experts (8). En outre, il se peut que les chercheurs ne mènent plus d'études sur le sujet, que l'alternative à l'action soit contraire à l'éthique ou que leur étude aille à l'encontre des droits de la personne (8,9). Étant donné le degré élevé de certitude que les avantages découlant de l'énoncé de bonne pratique l'emportent sur les inconvénients, ils ne sont pas fondés sur un examen systématique des données probantes. Ils ne reçoivent pas non plus d'évaluation de la certitude de leurs données probantes ou de leur force (c'est-à-dire une évaluation conditionnelle ou forte, qui est examinée plus en détail ci-dessous) (10). Cela ne diminue pas la certitude des données probantes : bien que les énoncés soient souvent étayés par des données probantes indirectes, il existe une justification claire et explicite bien documentée reliant les données probantes indirectes à l'énoncé (8). En tant que tels, les énoncés de bonne pratique doivent être interprétés comme des recommandations fortes, car ils reposent sur l'hypothèse sous-jacente d'une grande certitude quant aux avantages de la mise en œuvre de l'action (8).

**Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE)** Approche méthodologique permettant d'évaluer le degré de certitude d'un ensemble de données de manière cohérente et transparente et d'élaborer systématiquement des recommandations. L'ensemble des données probantes relatives à des résultats importants ou critiques est évalué en fonction du risque de biais, de la cohérence des résultats, de la pertinence des études, de la précision des estimations, du biais de publication, de l'incidence de l'effet, de la relation dose-réponse et de l'effet des variables confusionnelles sur l'estimation (13).

L'évaluation du degré de certitude d'une donnée appuyant un résultat repose sur les cinq éléments du système GRADE. Ces éléments sont les suivants :

1. **Risque de biais** : Concerne les lacunes de conception d'une étude ou les problèmes rencontrés lors de son déroulement.
2. **Incohérence** : Examine un ensemble de données et évalue si les résultats pointent dans la même direction ou diffèrent d'une étude à l'autre.
3. **Imprécision** : Fait référence à l'exactitude des résultats en fonction du nombre de participants ou d'événements examinés et à la largeur des intervalles de confiance liés à l'ensemble des données.
4. **Applicabilité** : Chaque étude primaire qui soutient un résultat est évaluée afin de déterminer la mesure dans laquelle les conclusions peuvent s'appliquer à la population, à l'intervention et aux résultats énoncés dans la question de recherche.
5. **Biais de publication** : Une décision visant à déterminer si la littérature publiée relative à un résultat ne contient que des données probantes ou statistiquement importantes (13).

**Équité en matière de santé** : L'équité est l'absence de différences injustes, évitables ou remédiables entre les groupes de personnes, que ces groupes soient définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement, ou par d'autres dimensions de l'inégalité (p. ex., sexe, genre, origine ethnique, handicap ou orientation sexuelle). L'équité en matière de santé est atteinte lorsque chacun peut réaliser son plein potentiel en matière de santé et de bien-être (152).

**Prestataire de santé** : S'entend à des travailleurs réglementés (p. ex., le personnel infirmier, les médecins, les diététiciens, les travailleurs sociaux) et des travailleurs non réglementés (p. ex., les préposés aux services de soutien à la personne) qui font partie de l'équipe interprofessionnelle.

**Prestataire de santé réglementé** : En Ontario, la *Loi de 1991 sur les professionnels de la santé réglementés* (LPSR) offre un cadre pour réglementer 26 professions de la santé, définissant le champ d'exercice et les actes contrôlés ou autorisés propres à la profession, que chaque professionnel réglementé a la permission d'exécuter en offrant des soins et des services de santé (153).

**Prestataire de santé non réglementé** : Les prestataires de santé non réglementés assurent diverses fonctions dans des domaines qui ne sont pas assujettis à la LPSR. Ils sont tenus de rendre compte à leur employeur, mais non à une organisation de réglementation professionnelle (par exemple, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). Les prestataires de santé non réglementés jouent les rôles et exécutent les tâches déterminées par leur employeur. Ils sont appelés prestataires de soins non réglementés, selon le milieu de pratique (p. ex., soins de longue durée). Les prestataires de santé non réglementés n'ont la permission d'accomplir un acte autorisé, tel que défini dans la LPSR, que si cet acte figure parmi les exemptions établies dans la Loi (154).

**Organisations de services de santé** : Organisations qui fournissent des services de soins de santé à des communautés ou à des populations définies. Il s'agit notamment, mais sans s'y limiter, d'équipes de santé familiale, de centres de santé communautaire, d'organisations de soins à domicile ainsi que d'hôpitaux.

**Science de la mise en œuvre :** « L'étude scientifique des méthodes visant à promouvoir l'adoption systématique des résultats de la recherche et d'autres pratiques fondées sur des données probantes dans la pratique courante et, par conséquent, à améliorer la qualité et l'efficacité des services et des soins de santé » (155).

**Autochtone :** Introduit et utilisé dans un contexte mondial à la suite des efforts internationaux déployés par les peuples autochtones pour obtenir une plus grande présence au sein des Nations unies (ONU). Les Nations unies définissent globalement les populations autochtones comme des peuples établis de longue date et liés à des territoires spécifiques, qui pratiquent des traditions uniques et conservent des caractéristiques sociales, culturelles, économiques et politiques distinctes de celles des sociétés dominantes dans lesquelles ils résident (156). Selon la définition des Nations unies, le terme Autochtone recouvre généralement les éléments suivants : auto-identification au niveau individuel et acceptation par une collectivité autochtone en tant que membre; continuité historique avec les sociétés précoloniales ou antérieures à l'arrivée des colons; liens étroits avec les territoires et les ressources naturelles environnantes; systèmes sociaux, économiques ou politiques distincts; langue, culture et croyances distinctes. Les peuples autochtones forment des groupes non dominants au sein de la société et décident de maintenir et de reproduire leurs environnements et systèmes ancestraux en tant que peuples et collectivités distincts (156).

La Constitution canadienne reconnaît trois groupes de peuples autochtones : les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Il s'agit de trois peuples distincts avec des histoires, des langues, des pratiques culturelles et des croyances spirituelles uniques (157).

**Approche intégrative de la douleur :** Une approche intégrative de la prévention, de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur reconnaît la complexité et la nature biopsychosociale de l'expérience de la douleur et implique que les prestataires de santé créent un plan de soins individualisé axé sur les besoins de la personne et de la famille qui combine des stratégies de traitement pour inclure des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques sur la douleur (NPI) (73).

**Équipe interprofessionnelle :** Une équipe composée de plusieurs prestataires de santé (réglementés et non réglementés) qui collaborent pour assurer la prestation de services complets de qualité aux personnes à l'intérieur des milieux de soins sociaux et de santé, entre ces milieux et dans l'ensemble de ceux-ci (7). Les principaux membres de l'équipe interprofessionnelle qui soutiennent les personnes ressentant de la douleur peuvent comprendre du personnel infirmier, des omnipraticiens, des médecins, des diététistes et des pharmaciens. Il est important de souligner que les personnes et leur famille sont au centre de l'équipe interprofessionnelle en tant que participants actifs.

**Méta-analyse :** Un examen systématique qui recourt à des méthodes statistiques pour analyser et résumer les résultats des études incluses (158).

*Voir Examen systématique*

**Douleur mixte :** La douleur mixte est un concept évolutif et est actuellement définie comme un « chevauchement complexe des différents types de douleur connus (p. ex., nociceptive, neuropathique et nociplastique) dans n'importe quelle combinaison, agissant simultanément pour causer de la douleur dans la même région du corps. L'un ou l'autre mécanisme peut être plus prédominant sur le plan clinique à tout moment. La douleur mixte peut être aiguë ou chronique » (26).

**Douleur neuropathique :** Douleur causée par des lésions ou une maladie au niveau du système nerveux somatosensoriel (17).

**Douleur nociceptive :** Douleur qui découle de lésions réelles ou menacées aux tissus non neurax et est attribuable à l'activation des nocicepteurs (17).

**Douleur nociplastique :** Douleur qui découle d'une nociception altérée malgré l'absence de signes clairs de lésions tissulaires réelles ou potentielles causant l'activation des nocicepteurs périphériques ou de signes de maladie ou de lésion du système somatosensoriel causant la douleur (17).

**Interventions non pharmacologiques pour la prise en charge de la douleur (INP) :** Interventions visant à prévenir et à prendre en charge tout type de douleur qui n'implique pas l'utilisation de médicaments pharmacologiques.

**Étude non randomisée (ENR) :** Une étude quantitative qui estime l'efficacité d'une intervention. Les participants sont affectés à différentes interventions en utilisant des méthodes qui ne sont pas aléatoires (158).

**Infirmière/Infirmier/Personnel infirmier :** Désigne les infirmières et infirmiers autorisés, les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés et les infirmières et infirmiers en pratique avancée, comme les infirmières et infirmiers praticiens et les infirmières et infirmiers cliniciens spécialisés (153).

**Résultats :** Une variable dépendante, ou bien l'état clinique ou fonctionnel d'un patient ou d'une population, utilisée pour évaluer le succès d'une intervention. Dans le cadre du système GRADE, chaque résultat est classé dans l'ordre de priorité suivant (a) déterminants pour la prise de décisions; (b) importants sans être déterminants; (c) sans importance. L'utilisation de ces résultats permet de cibler davantage les recherches documentaires et les examens systématiques (13).

**Douleur :** « Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou ressemblant à celle-ci ». La douleur est complexe et multifactorielle (86).

**Évaluation de la douleur :** « Le processus systématique d'évaluation et de quantification de l'expérience de la douleur d'une personne. Il est essentiel de recueillir des renseignements auprès des patients sur leur expérience de la douleur pour mieux la comprendre et la prendre en charge. Ce processus repose sur des renseignements autodéclarés, des échelles et des outils normalisés, des indices non verbaux et la prise en compte de diverses dimensions de la douleur, y compris son incidence sur la vie du patient. Une évaluation précise de la douleur tient également compte de l'emplacement, de l'incidence et des facteurs culturels de la douleur, ce qui guide les traitements personnalisés pour améliorer la prise en charge de la douleur et les soins globaux aux patients » (28). Les prestataires utilisent divers outils pour évaluer la douleur (159).

**Prise en charge de la douleur :** L'utilisation d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques pour contrôler la douleur cernée de la personne. La prise en charge de la douleur comprend l'équipe interprofessionnelle de santé et va au-delà du soulagement de la douleur, englobant la qualité de vie de la personne, sa capacité à travailler de manière productive, à profiter des loisirs, à fonctionner normalement dans la famille et la société, et à mourir dans la dignité (160).

**Prévention de la douleur :** Est axée sur des stratégies et des interventions de prévention de la douleur primaires, secondaires et tertiaires fondées sur des données probantes.

- La prévention primaire est axée sur les stratégies et les interventions visant à prévenir la douleur aiguë, comme la douleur postopératoire (p. ex., pharmacothérapie, physiothérapie, massage, relaxation et éducation).
- Les stratégies secondaires visent à prévenir le développement de la douleur chronique (p. ex., exercice et médicaments temporels).
- La prévention tertiaire de la douleur met l'accent sur les stratégies visant à réduire l'incidence de la douleur chronique (p. ex., équipes interprofessionnelles de lutte contre la douleur) (28).

**Dépistage de la douleur :** Processus de détermination de la présence ou de l'absence d'un type de douleur. Si le dépistage de la douleur identifie la présence de la douleur, une évaluation plus détaillée et plus complète de ce rapport de douleur est nécessaire (161).

**Personne :** Personne avec qui un prestataire de services sociaux ou de soins de santé a établi une relation thérapeutique dans le but de s'associer pour assurer la santé. Remplace les termes « patient », « client » et « résident » utilisés dans l'ensemble des organisations de santé et de services sociaux (151).

**Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille :** Une « approche de soins axés sur les besoins de la personne et de la famille [faisant] appel à certaines pratiques qui mettent la personne et les membres de sa famille au centre des soins et des services de santé. Les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille respectent les personnes individuelles et les habilitent afin qu'elles puissent être de véritables partenaires de leurs prestataires de santé » (151).

**Personnes ayant une expérience vécue :** Les membres de la communauté qui ont une expérience et une connaissance directes du sujet en tant que personne, aidant non rémunéré ou défenseur. Les personnes ayant une expérience vécue constituent un groupe diversifié qui possède plusieurs antécédents et expériences (162).

**Question de recherche sur la PICR (population, intervention, comparaisons, résultats) :** Un cadre permettant de formuler une question précise. Il précise les quatre composantes suivantes :

- Le patient ou la population qui fait l'objet de l'étude.
- L'intervention à examiner.
- L'intervention alternative ou de comparaison.
- Le résultat d'intérêt (13).

**Recherche quantitative :** Une approche de recherche qui étudie les phénomènes en utilisant des outils qui produisent des mesures statistiques ou des données numériques (163).

**Essai contrôlé randomisé :** Expérience au cours de laquelle un investigateur administre une ou plusieurs interventions à des participants qui ont été répartis de façon aléatoire dans un groupe expérimental (où ils se voient administrer l'intervention à l'étude), dans un groupe de référence (où ils se voient administrer un traitement traditionnel) ou dans un groupe de contrôle (aucune intervention ou administration de placebo) (158).

**Recommandation :** Une intervention qui répond directement à une question de recommandation (également connue sous le nom de « questions de recherche sur la PICR »). Une recommandation, qui est basée sur un examen systématique de la documentation, est faite en tenant compte des points suivants : (a) les avantages et les inconvénients; (b) les valeurs et les préférences; et (c) l'équité en matière de santé. Le groupe d'experts décide par consensus si une recommandation est *forte* ou *conditionnelle*.

Il faut souligner que les recommandations ne doivent pas être considérées comme contraignantes, car elles ne peuvent tenir compte de toutes les particularités des circonstances individuelles, organisationnelles et cliniques (13).

**Question de recommandation :** Domaine prioritaire de pratique, de politique ou d'éducation, déterminé par les membres du groupe d'experts, dont la réponse exige des données probantes. La question de recommandation peut également viser à répondre à un sujet autour duquel il existe de l'ambiguïté ou une controverse. La question de recommandation éclaire la question de recherche, ce qui guide l'examen systématique.

**Autogestion :** Souvent associé aux soins personnels et comprend plusieurs activités que les personnes entreprennent pour bien vivre avec une ou plusieurs maladies chroniques (164).

**Revue systématique :** Un examen approfondi de la documentation qui fait appel à des questions clairement formulées et à des méthodes systématiques et explicites pour cerner et sélectionner les études pertinentes et les évaluer de manière critique. Un examen systématique consiste à recueillir et à analyser les données des études retenues et à les présenter, parfois à l'aide de méthodes statistiques (158).

*Voir Méta-analyse*

## Annexe B : Lignes directrices de l'AIIAO et ressources qui s'harmonisent avec la présente ligne directrice

Voici quelques sujets et suggestions de lignes directrices de l'AIIAO ainsi que des ressources d'autres organisations qui se rapportent à la présente LDPE.

SUJET	RESSOURCE(S)
Sécurité culturelle et lutte contre le racisme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Booker SQ, Bartley EJ, Powell-Roach K, et coll. The imperative for racial equality in pain science: a way forward. <i>The Journal of Pain</i>. 2021;22(12):1578 à 1585. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.06.008">https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.06.008</a></li> <li>Morales, ME, Yong RJ. Racial and ethnic disparities in the treatment of chronic pain. <i>Pain Medicine</i>. Janvier 2021;22(1):75-90. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1093/pm/pnaa427">https://doi.org/10.1093/pm/pnaa427</a></li> </ul>
Réduction du mal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO; mars 2015. Disponible à : <a href="https://rnao.ca/bpg/guidelines/engaging-clients-who-use-substances">https://rnao.ca/bpg/guidelines/engaging-clients-who-use-substances</a></li> </ul>
Équité en matière de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Équité en matière de santé. Dans : EQUIP Health Care. Vancouver (Colombie-Britannique) : Université de la Colombie-Britannique; [date inconnue]. Disponible à l'adresse : <a href="https://equiphealthcare.ca/resources/about-health-equity-and-health-equity-interventions/">https://equiphealthcare.ca/resources/about-health-equity-and-health-equity-interventions/</a></li> </ul>
Science de la mise en œuvre, cadres de mise en œuvre et ressources	<ul style="list-style-type: none"> <li>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), Excellence en santé Canada (ESC). Boîte à outils pour la conduite du changement [Internet]. 4<sup>e</sup> éd. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2024. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.RNAO.ca/leading-change-toolkit">https://www.RNAO.ca/leading-change-toolkit</a></li> </ul>
Collaboration interprofessionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Developing and sustaining interprofessional health care: optimizing patient, organizational and system outcomes [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO; décembre 2013. Disponible à : <a href="https://rnao.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare">https://rnao.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare</a></li> </ul>
Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille	<ul style="list-style-type: none"> <li>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO; Mai 2015. Disponible à l'adresse : <a href="https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care">https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care</a></li> </ul> <p><b>Remarque :</b> Cette LDPE est en cours de révision.</p>

SUJET	RESSOURCE(S)
Prise en charge de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Busse JW, Craigie S, Juurlink DN. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. JAMA [Internet]. 8 mai 2017; 189(18) :E659 à 666. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1503/cmaj.170363">https://doi.org/10.1503/cmaj.170363</a></li> <li>■ Manchikanti L, Kaye AM, Knezevic NN, et coll. Responsible, safe, and effective prescription of opioids for chronic non-cancer pain: American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines. Pain Physician [Internet]. 2017; 20(2S) :S3 à 92. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.painphysicianjournal.com/current/pdf?article=NDIwMg%3D%3D&amp;journal=103">https://www.painphysicianjournal.com/current/pdf?article=NDIwMg%3D%3D&amp;journal=103</a></li> <li>■ Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — États-Unis, 2016. Recommandations et rapports du MMWR [Internet]. 2016; 65(N° RR-1) :1 à 49. Disponible à l'adresse : <a href="http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr6501e1">http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr6501e1</a></li> <li>■ Qualité des services de santé Ontario (QSSO). Douleur chronique : Soins destinés aux adultes, aux adolescents et aux enfants [Internet]. Toronto (Ontario) : HQO; 2020. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-chronic-pain-quality-standard-fr.pdf">https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-chronic-pain-quality-standard-fr.pdf</a></li> <li>■ Qualité des services de santé Ontario (QSSO). Prescription d'opioïdes pour soulager la douleur aiguë : Soins destinés aux personnes de 15 ans et plus [Internet]. Toronto (Ontario) : HQO; 2018. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.hqontario.ca/portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-opioid-acute-pain-clinician-guide-fr.pdf">https://www.hqontario.ca/portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-opioid-acute-pain-clinician-guide-fr.pdf</a></li> <li>■ Institute of Clinical Systems Improvement (ICSI). Pain: assessment, non-opioid treatments approaches and opioid management [Internet]. 8<sup>e</sup> éd. Version 2. Bloomington (Minnesota) : ICSI; [révisé en août 2017]. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.icsi.org/guideline/pain/">https://www.icsi.org/guideline/pain/</a></li> <li>■ National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain [Internet]. Manchester (Royaume-Uni) : NICE; 7 avril 2021. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/resources/chronic-pain-primary-and-secondary-in-over-16s-assessment-of-all-chronic-pain-and-management-of-chronic-primary-pain-pdf-66142080468421">https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/resources/chronic-pain-primary-and-secondary-in-over-16s-assessment-of-all-chronic-pain-and-management-of-chronic-primary-pain-pdf-66142080468421</a></li> <li>■ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain: a national clinical guideline [Internet]. Édimbourg (Royaume-Uni) : SIGN; Décembre 2013 [révisé en août 2019]. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.sign.ac.uk/media/2097/sign136_2019.pdf">https://www.sign.ac.uk/media/2097/sign136_2019.pdf</a></li> <li>■ Département des Anciens combattants des États-Unis. Clinical practice guideline for the use of opioids in the management of chronic pain [Internet]. Version 4.0. Washington D.C. : Département des Anciens combattants des États-Unis; mai 2022. Disponible à l'adresse : <a href="http://www.healthquality.va.gov/guidelines/pain/cot/">www.healthquality.va.gov/guidelines/pain/cot/</a></li> <li>■ Organisation mondiale de la Santé (OMS). Lignes directrices sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'enfant [Internet]. Genève (Suisse) : OMS; 2020. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.who.int/publications/i/item/9789240017870">https://www.who.int/publications/i/item/9789240017870</a></li> </ul>

SUJET	RESSOURCE(S)
<p><b>Prise en charge de la douleur (suite)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Services de traitement de la douleur. Dans : International Association for the Study of Pain (IASP) [Internet]. Washington D.C. : IASP; c2021. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.iasp-pain.org/resources/guidelines/pain-treatment-services/">https:// www.iasp-pain.org/resources/guidelines/pain-treatment-services/</a></li> <li>▪ Organisation de services de santé (HSO). Prise en charge de la douleur pédiatrique de la HSO. Ottawa (Ontario) : HSO; Mars 2023. Disponible à : <a href="https://healthstandards.org/standards/pediatric-pain-management-can-hso-13200-2023-e/">https://healthstandards.org/standards/pediatric-pain-management-can-hso-13200-2023-e/</a></li> </ul>
<p><b>Soins palliatifs et soins de fin de vie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Approche de soins palliatifs durant les douze derniers mois de la vie [Internet] Toronto (Ontario) : AIIAO; mars 2020. Disponible à : <a href="https://rnao.ca/bpg/guidelines/palliative-approach-care-last-12-months-life">https://rnao.ca/bpg/guidelines/palliative-approach-care-last-12-months-life</a></li> <li>▪ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). End-of-life care during the last days and hours [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO; septembre 2011. Disponible à : <a href="https://rnao.ca/bpg/guidelines/endoflife-care-during-last-days-and-hours">https://rnao.ca/bpg/guidelines/endoflife-care-during-last-days-and-hours</a></li> </ul>
<p><b>Pratiques tenant compte des traumatismes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Intervention en situation de crise chez les adultes au moyen d'une approche tenant compte des traumatismes : les quatre premières semaines de gestion [Internet]. Toronto (Ontario) AIIAO; décembre 2017. Disponible à : <a href="https://rnao.ca/bpg/guidelines/crisis-intervention">https://rnao.ca/bpg/guidelines/crisis-intervention</a></li> </ul>

## Annexe C : Outil mnémotechnique d'évaluation exhaustive de la douleur (OPQRSTUV)

L'outil mnémotechnique suivant peut être utilisé pour effectuer une évaluation exhaustive de la douleur. Notez que cette évaluation n'est peut-être pas l'outil le plus approprié pour toutes les présentations de douleur.

<b>Apparition</b>	Quand la douleur a-t-elle commencé? Pendant combien de temps dure-t-elle? À quelle fréquence la douleur survient-elle?
<b>Facteurs provocants ou précipitants</b>	Qu'est-ce qui provoque la douleur? Qu'est-ce qui accentue la douleur? Qu'est-ce qui diminue la douleur?
<b>Qualité</b>	Que ressentez-vous lorsque vous avez mal? Pouvez-vous la décrire?
<b>Région, rayonnement</b>	Où se situe la douleur? Est-ce que la douleur se déplace vers d'autres endroits?
<b>Sensation de l'intensité de la douleur</b>	Quelle est l'intensité de la douleur? Évaluez votre douleur sur une échelle de 0 à 10, 0 étant l'absence de douleur et 10 la pire douleur possible.
<b>Moment/Traitement</b>	La douleur est-elle constante? Est-ce qu'elle disparaît pour réapparaître par la suite? Est-elle pire à un moment quelconque? Quels sont les médicaments que vous prenez et les traitements que vous suivez actuellement? Dans quelle mesure sont-ils efficaces? Les médicaments et les traitements causent-ils des effets secondaires?
<b>Compréhension/Répercussions sur vous</b>	Selon vous, qu'est-ce qui cause la douleur? La douleur est-elle associée à d'autres symptômes? Quel est l'effet de cette douleur sur vous et sur votre famille?
<b>Valeurs</b>	Quel est votre objectif relativement à cette douleur? Quel est votre objectif en matière de confort ou votre niveau acceptable pour cette douleur? Évaluez votre objectif sur une échelle de 0 à 10, 0 étant l'absence de douleur et 10 la pire douleur possible. Y a-t-il d'autres points de vue ou sentiments concernant cette douleur qui sont importants pour vous et pour votre famille? Y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez mentionner au sujet de votre douleur dont nous n'avons pas déjà discuté?

Source : Traduction d'un document adapté de : Fraser Health. Hospice palliative care program: symptom guidelines [Internet]. Surrey (Colombie-Britannique) : Fraser Health; 2019. Disponible à l'adresse : [https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/Health-Professionals/Professionals-Resources/Hospice-palliative-care/Sections-PDFs-for-FH-Aug31/9524-01-05-FH---Sym\\_Guide-Intro-v05FINAL.pdf](https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/Health-Professionals/Professionals-Resources/Hospice-palliative-care/Sections-PDFs-for-FH-Aug31/9524-01-05-FH---Sym_Guide-Intro-v05FINAL.pdf)

## Annexe D : Outils de dépistage et d'évaluation de la douleur

Les outils de dépistage et d'évaluation de la douleur peuvent être autodéclarés (par la personne ressentant de la douleur ou sa famille) ou observationnels (comportements observés par un prestataire de santé chez une personne incapable de communiquer ou inconsciente). La section ci-dessous décrit les outils validés qui peuvent être utilisés pour évaluer la douleur dans diverses populations et divers contextes. Cependant, cette liste n'est pas exhaustive. Veuillez suivre les politiques organisationnelles pour l'utilisation des outils de douleur. Tous les outils ne sont pas validés pour toutes les populations et tous les milieux. L'AIIAO n'approuve pas l'utilisation d'un outil particulier de dépistage et d'évaluation de la douleur.

**Tableau 12 : Échelles ou outils d'autoévaluation de la douleur (par population et contexte)**

POPULATION ET CONTEXTE	OUTILS D'AUTOÉVALUATION	OUTIL RESSOURCE
Douleur aiguë chez les enfants	<ul style="list-style-type: none"> <li>Échelle d'évaluation de la douleur Wong-Baker FACES (3 à 18 ans)</li> </ul>	Fondation Wong-Baker FACES [Internet]. Oklahoma City (Oklahoma) : Fondation Wong-Baker FACES; c2016. Disponible à l'adresse : <a href="https://wongbakerfaces.org/">https://wongbakerfaces.org/</a>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Échelle visuelle analogique (EVA) de 8 ans et plus)</li> </ul>	Centre universitaire de santé McGill, Hôpital de Montréal pour enfants. Pain assessment & measurement guidelines [Internet]. Montréal (Québec) : Université McGill; 2008. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.mcgill.ca/anesthesia/files/anesthesia/mch_pain_guidelines.pdf">https://www.mcgill.ca/anesthesia/files/anesthesia/mch_pain_guidelines.pdf</a>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faces Pain Scale Revised (FPS-R): A self-report pain intensity measure developed for use with children</li> </ul>	Faces Pain Scale – Revised. Dans : International Association for the Study of Pain (IASP) [Internet]. Washington D.C. : IASP; c2021. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.iasp-pain.org/resources/faces-pain-scale-revised/">https://www.iasp-pain.org/resources/faces-pain-scale-revised/</a>  *Nécessite une autorisation pour publier l'outil lui-même
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Échelle d'évaluation numérique (NRS)-11 (6 ans et plus)</li> </ul>	Trottier ED, Ali S, Doré-Bergeron, MJ, Chauvin-Kimoff L. Position statement: best practices in pain assessment and management for children. Paediatrics & Child Health. 2022;27(7):429 à 437. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1093/pch/pxac048">https://doi.org/10.1093/pch/pxac048</a>

POPULATION ET CONTEXTE	OUTILS D'AUTOÉVALUATION	OUTIL RESSOURCE
<b>Douleur aiguë chez les adolescents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Échelle d'évaluation de la douleur Wong-Baker FACES (3 à 18 ans)</li> </ul>	Voir ci-dessus
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Échelle visuelle analogique (EVA)</li> </ul>	Voir ci-dessus
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Échelle d'évaluation numérique (NRS)-11</li> </ul>	Voir ci-dessus
<b>Douleur aiguë chez les adultes (y compris les aînés cognitivement intacts)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inventaire bref de la douleur (BPI)</li> </ul>	The Brief Pain Inventory. Dans : The University of Texas MD Anderson Cancer Center [Internet]. [lieu inconnu] : MD Anderson Cancer Center; c2024. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.mdanderson.org/research/departments-labs-institutes/departments-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/brief-pain-inventory.html">https://www.mdanderson.org/research/departments-labs-institutes/departments-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/brief-pain-inventory.html</a>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Échelle visuelle analogique (EVA)</li> </ul>	Voir ci-dessus
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Échelle d'évaluation numérique (NRS)-11</li> </ul>	Voir ci-dessus
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Résumé des outils d'autoévaluation de la douleur chez les aînés cognitivement intacts</li> </ul>	Kang Y, Demiris G. Self-report pain assessment tools for cognitively intact older adults: integrative review. Int J Older People Nurs. Juin 2018;13(2):e12170. Disponible à l'adresse : <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5886828/pdf/nihms902431.pdf">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5886828/pdf/nihms902431.pdf</a>

POPULATION ET CONTEXTE	OUTILS D'AUTOÉVALUATION	OUTIL RESSOURCE
<b>Milieu ambulatoire et hospitalisation pour adultes et évaluation de la douleur chronique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inventaire bref de la douleur (BPI) [version abrégée]</li> <li>▪ La mesure d'évaluation de la douleur cliniquement alignée (CAPA)</li> <li>▪ Échelle d'évaluation de la douleur de la défense et des anciens combattants</li> <li>▪ La mesure de la douleur gériatrique</li> <li>▪ L'échelle PEG</li> <li>▪ Le formulaire abrégé 36 (outil de qualité de vie)</li> <li>▪ Échelle de douleur corporelle</li> <li>▪ Moniteur de douleur</li> </ul>	<p>Scher, C. Petti E, Meador L, et coll. Multidimensional pain assessment tools for ambulatory and inpatient nursing practice. Pain Manag Nurs. Octobre 2020;21(5): 416 à 422. Disponible à l'adresse : <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7554114/pdf/nihms-1579700.pdf">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7554114/pdf/nihms-1579700.pdf</a></p>

Tableau 13 : Outils d'observation (du comportement) (selon la population et le contexte)

POPULATION ET CONTEXTE	OUTILS D'OBSERVATION (DU COMPORTEMENT)	OUTIL RESSOURCE
<b>Nourrissons prématurés et nés à terme</b>	<p>Pour la douleur aiguë :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Échelle de douleur du nourrisson néonatal (NIPS) (expression faciale, pleurs, schémas respiratoires, bras, jambes, état d'excitation)</li> <li>▪ Profil de douleur chez le nourrisson prématuré (PIPP)</li> <li>▪ Profil de la douleur des nourrissons prématuré révisé (PIPP-R) (comprend des indicateurs comportementaux supplémentaires)</li> <li>▪ Échelle du visage, des jambes, de l'activité, des pleurs, de la consolabilité (FLACC ou r-FLACC) (validée de la naissance à l'adolescence)</li> </ul>	<p>UW Health Kids. Neonatal Infant Pain Scales [Internet]. Madison (Wisconsin) : University of Wisconsin; [mise à jour en juillet 2021]. Disponible à l'adresse : <a href="https://patient.uwhealth.org/healthfacts/7711">https://patient.uwhealth.org/healthfacts/7711</a></p> <p>Stevens BJ, Gibbins S, Yamada J, et coll. The premature Infant Pain Profile-Revised (PIPP-R): initial validation and feasibility. Clinical Journal of Pain Mars 2014;30(3): 238 à 243. Disponible à l'adresse : <a href="https://efsiopediatric.com/wp-content/uploads/2017/08/The-Premature-Infant-Pain-Profile-Revised-PIPP-R.pdf">https://efsiopediatric.com/wp-content/uploads/2017/08/The-Premature-Infant-Pain-Profile-Revised-PIPP-R.pdf</a></p> <p>Trottier ED, Ali S, Doré-Bergeron, MJ, Chauvin-Kimoff L. Position statement: best practices in pain assessment and management for children. Paediatrics &amp; Child Health. 2022;27(7):429 à 437. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1093/pch/pxac048">https://doi.org/10.1093/pch/pxac048</a></p>

POPULATION ET CONTEXTE	OUTILS D'OBSERVATION (DU COMPORTEMENT)	OUTIL RESSOURCE
<b>Nourrissons prématurés et nés à terme (suite)</b>	Pour la douleur postopératoire : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Échelle de douleur, d'agitation et de sédation néonatales (N-PASS) (une certaine validation de la douleur aiguë de la procédure) (pleurs/irritabilité, état de comportement, expression faciale, tonus des extrémités, signes vitaux)</li> <li>▪ Outil d'évaluation de la douleur (PAT) (posture/tonus, rythme de sommeil, expression, couleur, pleurs, respirations, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, tension artérielle, perception de l'infirmière)</li> </ul>	Hillman BA, Tabrizi MN, Gauda EB, et coll. The Neonatal Pain, Agitation and Sedation scale and the bedside nurse's assessment of neonates. <i>Journal of Perinatology</i> . 2015;35(2):128 à 131. Disponible à l'adresse : <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5526063/">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5526063/</a>  Spence K, Gillies D, Harrison D, et coll. A reliable pain assessment tool for clinical assessment in the neonatal intensive care unit. <i>JOGNN</i> . Janvier 2005;34(1): 80 à 86. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1177/0884217504272810">https://doi.org/10.1177/0884217504272810</a>
	Pour la douleur prolongée : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Échelle COMFORTneo</li> </ul>	Meesters NJ, Dilles T, van Rosmalen J. COMFORTneo scale: a reliable and valid instrument to measure prolonged pain in neonates? <i>Journal of Perinatology</i> . 2023;43:595 à 600. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1038/s41372-023-01628-1">https://doi.org/10.1038/s41372-023-01628-1</a>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Résumé des échelles d'évaluation de la douleur néonatale validées</li> </ul>	Olsson E, Ahl H, Bengtsson K. The use and reporting of neonatal pain scales: a systematic review of randomized trials. <i>Pain</i> . 2021;162(2):353 à 360. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002046">https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002046</a>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise à jour des pratiques pour l'évaluation et la prise en charge de la douleur chez les nourrissons prématurés</li> </ul>	Campbell-Yeo M, Eriksson M, Benoit B. Assessment and management of pain in pre-term infants: a practice update. <i>Children</i> . 2022; 9(2):244. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.3390/children9020244">https://doi.org/10.3390/children9020244</a>
<b>Enfants souffrant de douleur aiguë avec déficience intellectuelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Échelle révisée du visage, des jambes, des activités, des pleurs et de la consolabilité (r-FLACC)</li> <li>▪ Liste de contrôle de la douleur chez les enfants non communicants – Version postopératoire (NCCPC-PV)</li> <li>▪ Échelle d'évaluation numérique individualisée (INRS)</li> <li>▪ Profil de la douleur pédiatrique (PPP)</li> </ul>	Crosta QR, Ward TM, Walker AJ, Peters LM. A review of pain measures for hospitalized children with cognitive impairment. <i>J Spec Pediatr Nurs</i> . Avril 2014;19(2):109 à 118. Disponible à l'adresse : <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4100776/pdf/nihms-573204.pdf">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4100776/pdf/nihms-573204.pdf</a>

POPULATION ET CONTEXTE	OUTILS D'OBSERVATION (DU COMPORTEMENT)	OUTIL RESSOURCE
<b>Enfants souffrant de douleur aux soins intensifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Échelle de comportement COMFORT (COMFORT-B) (enfants intubés et ventilés, 0 à 18 ans)</li> </ul>	<p>Boerlage AA, Ista E, Duivenvoorden HJ. The COMFORT behaviour scale detects clinically meaningful effects of analgesic and sedative treatment. <i>European Journal of Pain</i>. 2015;19(4):473 à 479. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1002/ejp.569">https://doi.org/10.1002/ejp.569</a></p> <p>Sédation et sevrage chez les enfants (SANDWICH). Affiches pédagogiques COMFORT B. Belfast (Royaume-Uni) : Université Queen's de Belfast; 2018 à 2019. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.qub.ac.uk/sites/sandwich/filestore/champion-pack/Fileupload,909564,en.pdf">https://www.qub.ac.uk/sites/sandwich/filestore/champion-pack/Fileupload,909564,en.pdf</a></p>
<b>Adolescents ressentant de la douleur chronique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Questionnaire de Bath sur la douleur de l'adolescent (BAPQ)</li> <li>▪ Échelle d'interférence sur la douleur pédiatrique PROMIS (PII)</li> <li>▪ Questionnaire sur les limitations d'activités des enfants (CALQ)</li> <li>▪ Indice d'interférence de la douleur (PII)</li> <li>▪ Questionnaire sur l'expérience de la douleur (PEQ)</li> <li>▪ Liste des problèmes liés à la douleur pour les adolescents (PRBL-A)</li> </ul>	<p>Greenough MJ, Jibb L, Lewis KB, et coll. A systematic review of the biopsychosocial dimensions affected by chronic pain in children and adolescents: identifying reliable and valid pediatric multidimensional chronic pain assessment tools. <i>PAIN Reports</i>. 2023;8(6):e1099. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000001099">https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000001099</a></p>
<b>Douleur chez les adultes ayant une déficience intellectuelle et développementale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Outil HELP (santé, soutien environnemental, expérience vécue, troubles psychiatriques)</li> </ul>	<p>Surrey Place. HELP with emotional and behavioural concerns in adults with intellectual and developmental disabilities [Internet]. Toronto (Ontario) : Surrey Place; [mis à jour en juillet 2019]. Disponible à l'adresse : <a href="https://oen.echoontario.ca/media/HELP-4-BTC-in-IDD.pdf">https://oen.echoontario.ca/media/HELP-4-BTC-in-IDD.pdf</a></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Échelle de douleur chronique pour les adultes non verbaux ayant une déficience intellectuelle (CPS-NAID)</li> </ul>	<p>Centre de recherche sur la douleur pédiatrique. Échelle de la douleur chronique pour les adultes non verbaux ayant une déficience intellectuelle (CPS-NAID) [Internet]. Halifax (Nouvelle-Écosse) : Centre de recherche sur la douleur pédiatrique; 2013. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.pediatric-pain.ca/wp-content/uploads/2013/04/CPSNAID.pdf">https://www.pediatric-pain.ca/wp-content/uploads/2013/04/CPSNAID.pdf</a></p>

POPULATION ET CONTEXTE	OUTILS D'OBSERVATION (DU COMPORTEMENT)	OUTIL RESSOURCE
<p><b>Douleur chez les adultes ayant une déficience intellectuelle et développementale (suite)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Outil d'évaluation de la détresse en cas d'invalidité (DisDAT)</li> </ul>	<p>Comment utiliser DisDAT. Dans : Hospice St Oswald. Newcastle upon Tyne (Royaume-Uni) : Hospice St Oswald; [date inconnue]. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.stoswaldsuk.org/how-we-help/we-educate/education/resources/how-to-use-disdat/">https://www.stoswaldsuk.org/how-we-help/we-educate/education/resources/how-to-use-disdat/</a></p> <p>Hospice St Oswald. DisDAT : outil d'évaluation de la détresse et de l'inconfort [Internet]. Version 22. Newcastle upon Tyne (Royaume-Uni) : Hospice St Oswald; 2022. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.stoswaldsuk.org/wp-content/uploads/2022/11/disdat-22.pdf">https://www.stoswaldsuk.org/wp-content/uploads/2022/11/disdat-22.pdf</a></p>
<p><b>Adultes aux soins intensifs (intubés et ventilés)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Échelle de douleur comportementale (BPS ou BPS-NI)</li> <li>▪ Outil d'observation de la douleur en soins intensifs (CPOT ou CPOT-Neuro)</li> </ul>	<p>Gélinas C, Joffe AM, Szumita PM et coll. A psychometric analysis update of behavioural pain assessment tools for non-communicative, critically ill adults. AACN Advanced Critical Care. 2019;30(4):365 à 387. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.4037/aacnacc2019952">https://doi.org/10.4037/aacnacc2019952</a></p> <p>Gélinas C, Bérubé M, Puntillo KA et coll. Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool-Neuro in brain-injured adults in the intensive care unit: a prospective cohort study. Critical Care. 2021;25(1):142. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1186/s13054-021-03561-1">https://doi.org/10.1186/s13054-021-03561-1</a></p>

POPULATION ET CONTEXTE	OUTILS D'OBSERVATION (DU COMPORTEMENT)	OUTIL RESSOURCE
<p><b>Personnes âgées atteintes de démence (douleur aiguë et chronique)*</b></p> <p>*Les prestataires de santé doivent également demander au résident d'autodéclarer sa douleur (avez-vous de la douleur ou des douleurs?) et ils doivent observer le résident pendant les mouvements si possible, et pas seulement au repos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Outil d'évaluation de la douleur dans les cas de démence avancée (PAINAD)</li> </ul>	<p>Geriatric Pain. Échelle Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) [Internet]. Iowa City (Iowa) : l'Université de l'Iowa; [date inconnue]. Disponible à l'adresse : <a href="https://geriatricpain.org/sites/geriatricpain.org/files/2020-06/PAINAD.pdf">https://geriatricpain.org/sites/geriatricpain.org/files/2020-06/PAINAD.pdf</a></p> <p>Nathan K. The Highly Accurate PAINAD Scale: Pain Assessment in Advanced Dementia Scale. Dans : Académie de gériatrie [Internet]. [lieu inconnu] : Académie de gériatrie; 30 juin 2023. Disponible à l'adresse : <a href="https://geriatricacademy.com/painad-scale/">https://geriatricacademy.com/painad-scale/</a></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Outil de liste de contrôle pour l'évaluation de la douleur pour les aînés ayant une capacité limitée de communiquer (PACSLAC et PASSLAC II)</li> </ul>	<p>Geriatric Pain. The pain assessment scale for seniors with severe dementia (PACSLAC). Iowa City (Iowa) : l'Université de l'Iowa; [révisé en mars 2019]. Disponible à l'adresse : <a href="https://geriatricpain.org/sites/geriatricpain.org/files/2023-06/PACSLAC_Final%20with%20logo2.pdf">https://geriatricpain.org/sites/geriatricpain.org/files/2023-06/PACSLAC_Final%20with%20logo2.pdf</a></p> <p>Geriatric Pain. Pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate-II (PACSLAC-II). Iowa City (Iowa) : l'Université de l'Iowa; [révisé en novembre 2023]. Disponible à l'adresse : <a href="https://geriatricpain.org/sites/geriatricpain.org/files/2023-12/Clinicians%20PASLAC%20II%20Instructions%20and%20Tool%20%282023%29.pdf">https://geriatricpain.org/sites/geriatricpain.org/files/2023-12/Clinicians%20PASLAC%20II%20Instructions%20and%20Tool%20%282023%29.pdf</a></p> <p>Geriatric Pain. Pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). Iowa City (Iowa) : l'Université de l'Iowa; [date inconnue]. Disponible à l'adresse : <a href="https://geriatricpain.org/sites/geriatricpain.org/files/2020-06/PACSLAC.pdf">https://geriatricpain.org/sites/geriatricpain.org/files/2020-06/PACSLAC.pdf</a></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation de la douleur dans les troubles cognitifs (PAIC15)</li> </ul>	<p>Kunz M, de Waal MWM, Achterberg WP, et coll. The pain assessment in impaired cognition scale (PAIC15): a multi-disciplinary and international approach to develop and test a meta-tool for pain assessment in impaired cognition, especially dementia. <i>European Journal of Pain</i>. Janvier 2020;24(1):192 à 208. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1002/ejp.1477">https://doi.org/10.1002/ejp.1477</a></p>

POPULATION ET CONTEXTE	OUTILS D'OBSERVATION (DU COMPORTEMENT)	OUTIL RESSOURCE
<p><b>Personnes âgées atteintes de démence (douleur aiguë et chronique)* (suite)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Échelle de douleur MOBID-2</li> </ul>	<p>Husebo BS, Ostelo R, Strand LI. The MOBID-2 pain scale: reliability and responsiveness to pain in patients with dementia. <i>European Journal of Pain</i>. Novembre 2014;18(10): 1419 à 1430. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1002/ejp.507">https://doi.org/10.1002/ejp.507</a></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fiche d'information sur l'évaluation de la douleur chez les aînés atteints de démence</li> </ul>	<p>Pain Assessment in Dementia. Dans : <i>International Association for the Study of Pain (IASP) [Internet]</i>. Washington D.C. : IASP; 9 juillet 2021. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/pain-assessment-in-dementia/">https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/pain-assessment-in-dementia/</a></p>
<p><b>Douleur palliative chez les adultes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Échelle d'Edmonton d'évaluation des symptômes révisée (ESAS-r)</li> </ul>	<p>Alberta Health Services. Système d'Edmonton d'évaluation des symptômes révisé (ESAS-r). Edmonton (Alberta) : Alberta Health Services; [révisé en juin 2015]. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.albertahealthservices.ca/frm-07903.pdf">https://www.albertahealthservices.ca/frm-07903.pdf</a></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acronyme d'évaluation des symptômes du programme de soins palliatifs de Fraser Health (mnémonique OPQRSTUV)</li> </ul>	<p>Fraser Health. Symptom assessment acronym [Internet]. Surrey (Colombie-Britannique) : Fraser Health; c2006 à 2019. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/Health-Professionals/Professionals-Resources/Hospice-palliative-care/SymptomAssessmentRevised_Sept09.pdf">https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/Health-Professionals/Professionals-Resources/Hospice-palliative-care/SymptomAssessmentRevised_Sept09.pdf</a></p>

ANNEXES

**Tableau 14 : Outils supplémentaires selon le type de douleur**

Les outils suivants peuvent être envisagés pour les membres de l'équipe interprofessionnelle, en particulier ceux qui travaillent dans des domaines spécialisés tels que les cliniques de la douleur et les équipes interprofessionnelles de la douleur ou dans les milieux de soins primaires.

ÉTAT CLINIQUE	OUTIL VALIDÉ	SOURCE
<b>Neuropathie périphérique diabétique</b>	BPI (neuropathie du diabète)	The Brief Pain Inventory. Dans : The University of Texas MD Anderson Cancer Center [Internet]. [lieu inconnu] : MD Anderson Cancer Center; c2024. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.mdanderson.org/research/departments-labs-institutes/departments-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/brief-pain-inventory.html">https://www.mdanderson.org/research/departments-labs-institutes/departments-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/brief-pain-inventory.html</a>
<b>Douleur neuropathique causée par l'herpès zoster (zona)</b>	BPI (zona)	The Brief Pain Inventory. Dans : The University of Texas MD Anderson Cancer Center [Internet]. [lieu inconnu] : MD Anderson Cancer Center; c2024. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.mdanderson.org/research/departments-labs-institutes/departments-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/brief-pain-inventory.html">https://www.mdanderson.org/research/departments-labs-institutes/departments-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/brief-pain-inventory.html</a>
<b>Syndrome douloureux régional complexe (CRPS)</b>	Critères Budapest	Mesaroli G, Hundert A, Birnie KA et coll. Screening and diagnostic tools for complex regional pain syndrome: a systematic review. Pain. Mai 2021;162(5):1295 à 1304. Disponible à l'adresse : <a href="https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002146">https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002146</a>

## Annexe E : Résultats de l'examen de la portée : Approches non pharmacologiques de la prise en charge de la douleur

Au total, 146 ES ont été compris dans l'examen de la portée (165 à 310). Les ES comprenaient des plans d'étude qui étaient principalement des essais comparatifs randomisés et certaines échelles d'évaluation numérique. Les ES comprenaient chacun entre 3 et 2 115 études primaires menées à l'échelle mondiale, le plus souvent en Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest. Les INP ont été dispensées en milieu hospitalier (unités ou cliniques pour patients hospitalisés) et dans la communauté (soins primaires, soins à domicile ou soins de longue durée). Vingt-six examens ont porté sur la population pédiatrique (c.-à-d. de 0 à 18 ans) (175, 177, 178, 181, 191, 193 à 195, 197, 201, 205, 211, 213, 230, 231, 236, 244, 245, 261, 276, 277, 281, 287, 293, 295, 310), 116 examens ont porté sur des adultes (c.-à-d. 18 à 64 ans) (165 à 172, 174, 176, 179, 180, 182 à 184, 186 à 190, 192, 196, 198 à 200, 202 à 204, 206, 210, 212, 214 à 218, 220 à 229, 232 à 235, 237 à 243, 246 à 252, 254 à 260, 262, 275, 278, 280, 282, 286, 288 à 292, 294, 296 à 309) et seulement quatre examens ont porté sur les aînés vivant en milieu collectif (c.-à-d. >60 ans) (173, 185, 219, 253). Certains examens portant sur des enfants et des adolescents comprenaient également des études menées dans des populations adultes, selon le contexte de l'examen (168, 179, 271, 275, 279). Dans les examens compris, des INP ont été délivrées pour une variété de cas de douleur, y compris la douleur aiguë (c.-à-d. la douleur associée à des conditions médicales particulières, la douleur postopératoire chirurgicale et la douleur associée aux tests et aux procédures médicales), la douleur chronique, la douleur neuropathique et la douleur nociceptive.

Une gamme d'INP physiques (165 à 167, 170, 171, 174, 179, 180, 182, 183, 185 à 187, 190, 196, 200, 202 à 204, 207, 214, 215, 218, 220, 222, 223, 225, 226, 229, 232 à 235, 239, 241 à 243, 246, 248 à 250, 254, 256, 258 à 260, 262, 266 à 268, 272, 274, 278, 282, 285, 286, 288, 289, 291, 292, 294, 296, 298, 299, 302, 304, 308), deux interventions d'ergothérapie (210, 247) et un large éventail d'interventions psychologiques non pharmacologiques (168, 178, 181, 191, 192, 195, 197, 199, 201, 205, 206, 208, 212, 216, 224, 227, 230, 231, 236, 237, 244, 245, 261, 270, 271, 277, 280, 281, 283, 287, 293, 295, 309, 310) ont été délivrées dans les 146 ES. Les stratégies physiques d'INP comprenaient l'exercice, les conditions aérobiques, l'entraînement de la force et de l'équilibre, l'aquathérapie et les exercices de respiration (165, 171, 174, 179, 180, 183, 186, 187, 196, 200, 202, 204, 214, 215, 220, 225, 229, 239, 241, 242, 246, 248, 249, 256, 260, 266 à 268, 278, 282, 285, 288, 290 à 292, 294, 297, 302) et certaines comprenaient un élément d'éducation et d'autogestion. Les INP physiques ont été administrées seules ou en conjonction avec des stratégies pharmacologiques de prise en charge de la douleur. Les stratégies psychologiques comprenaient l'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale, de la thérapie d'acceptation et d'engagement et de diverses approches comportant des techniques de distraction et d'autres interventions psychologiques (168, 178, 181, 191, 192, 195, 197 à 199, 201, 205, 206, 208, 212, 216, 224, 227, 230, 231, 236, 237, 244, 245, 261, 270, 271, 277, 280, 281, 283, 287, 293, 295, 309, 310). Parmi les autres interventions psychologiques, mentionnons des interventions réconfortantes telles que la musicothérapie, l'allaitement, la méthode kangourou ou les interventions assistées par les animaux (175, 181, 193, 194, 211, 213, 219, 224, 227, 238, 240, 251, 269, 273, 275, 279, 300, 305). Voir le **tableau 15** pour plus de détails.

**Tableau 15 : Nombre d'examens systématiques axés sur les approches non pharmacologiques (INP) de la prise en charge de la douleur : Type d'INP et population**

Intervention non pharmacologique	GROUPES VISÉS			Nombre total d'examens systématiques
	Enfants et adolescents	Adultes	Adultes plus âgés	
Physiothérapie		66	1	67
Ergothérapie		2		2
Énergie psychologique	18	17		35
Autres INP psychologiques (p. ex., musique, musicothérapie ou médecine musicale, thérapie assistée par les animaux, réconfort [allaitement, allaitement au saccharose, méthode kangourou, repli facilité], jeu thérapeutique)	7	10	1	18
Autogestion et éducation*		2		2
Mixte (physique + psychologique)	1	19	2	22
<b>Nombre total d'examens systématiques</b>	<b>26</b>	<b>116</b>	<b>4</b>	<b>146</b>

\*Dix examens systématiques ont indiqué que l'éducation était une stratégie complémentaire à l'INP primaire

Dans les examens compris, les INP ont été délivrées pour diverses expériences de douleur. 54 examens ont examiné les INP pour la prise en charge de la douleur aiguë (douleur associée à des conditions médicales particulières, douleur chirurgicale postopératoire et douleur anticipée ou associée à des tests et procédures médicaux) (168, 171, 172, 175, 177, 178, 180, 181, 188, 191, 193, 197, 201, 211, 213, 216, 218, 221, 223 à 226, 230, 231, 236, 238, 240, 243, 245, 248, 250, 252, 258, 261, 263, 269, 271 à 273, 279 à 281, 284, 287, 293, 295, 297, 300, 303 à 305), 66 examens ont examiné l'utilisation des INP pour la prise en charge de la douleur chronique (y compris les examens d'INP pour la douleur neuropathique et la douleur nociceptive) (165 à 167, 169, 170, 173, 176, 179, 184 à 187, 189, 190, 192, 195, 198, 199, 202 à 208, 210, 214, 215, 217, 219, 220, 228, 229, 232 à 235, 237, 239, 241, 246, 249, 256, 257, 259, 260, 264, 267, 268, 270, 275, 276, 278, 282, 283, 288 à 291, 298, 302, 306 à 310) et 26 examens ont examiné l'utilisation des INP pour des problèmes de santé ou des expériences qui comprenaient de la douleur aiguë et chronique (174, 182, 183, 194, 196, 200, 209, 212, 222, 227, 242, 247, 253 à 255, 262, 265, 266, 274, 285, 286, 292, 294, 296, 299, 301). Cinq examens ont examiné des études portant sur la douleur aiguë ou chronique chez les adultes et les enfants (168, 179, 271, 275, 279). Voir le **tableau 16** pour plus de détails.

**Tableau 16 : Nombre d'examens systématiques axés sur les approches non pharmacologiques : Type de douleur et population**

Groupes visés	TYPE DE DOULEUR			Nombre total d'examens systématiques
	Douleur aiguë	Douleur chronique	Douleur aiguë et chronique	
Nourrissons, enfants (y compris les adolescents)	21	4	1	26
Adultes	30	57	24	111
Adultes plus âgés		3	1	4
Enfants et adultes	3	2		5
<b>Nombre total d'examens systématiques</b>	<b>54</b>	<b>66</b>	<b>26</b>	<b>146</b>

Les INP ont également été classées selon l'étiologie de la douleur (p. ex., douleur musculo-squelettique) ou le contexte dans lequel l'INP a été administrée (p. ex., avant et pendant les interventions médicales douloureuses). 65 des examens compris ont fourni une gamme d'interventions pour traiter la douleur ressentie par les personnes vivant avec la douleur musculosquelettique (165, 169, 171, 172, 174, 176, 179, 180, 182 à 184, 186, 190, 196, 200, 202, 204, 206, 207, 209, 212, 214, 215, 217, 220, 222, 225, 226, 229, 232, 234, 241, 242, 246, 246 à 250, 252, 256, 257, 259, 260, 262, 264, 266, 268, 270, 274, 282, 283, 285, 286, 288 à 291, 294, 296, 306, 308). 50 examens ont porté spécifiquement sur les interventions disciplinaires physiques ou physiothérapeutiques (p. ex., exercice supervisé) pour une variété de problèmes de santé qui causent de la douleur musculosquelettique (p. ex., arthrite) (165, 171, 179, 180, 182 à 184, 186, 190, 196, 200, 202, 204, 207, 214, 215, 220, 222, 225, 226, 229, 232, 234, 241, 242, 246 à 250, 254, 256, 259, 260, 262, 266 à 268, 274, 278, 282, 285, 286, 288 à 291, 294, 296, 308), quatre examens ont examiné l'administration d'INP psychologiques pour la douleur musculosquelettique (206, 212, 270, 283), un examen a examiné l'utilisation des INP d'autogestion pour la douleur musculosquelettique (306) et dix examens ont examiné une combinaison d'INP physiques et psychologiques pour traiter la douleur musculosquelettique (169, 172, 176, 179, 184, 217, 252, 253, 257, 306).

Cinq examens ont examiné les INP pour traiter la douleur neuropathique (166, 192, 235, 239, 302), trois ont porté sur les interventions physiques (235, 239, 302), un a examiné une intervention psychologique (192) et un examen a examiné une approche mixte (166). Dix examens ont examiné les INP des personnes atteintes de cancer (167, 170, 189, 227, 228, 238, 245, 255, 279, 300), et quatre examens ont examiné l'utilisation d'approches physiques et psychologiques pour traiter ce type de douleur (167, 189, 228, 255). Trente des examens ont examiné une gamme d'INP visant à traiter la douleur anticipée ou ressentie pendant les interventions de soins de santé (168, 175, 177, 178, 181, 191, 193, 194, 197, 201, 211, 213, 216, 218, 221, 230, 231, 236, 244, 250, 251, 261, 263, 271, 273, 277, 281, 287, 293, 295).

Dix examens ont examiné l'utilisation des INP en contexte préopératoire ou postopératoire (172, 224, 240, 243, 269, 280, 284, 297, 301, 304). Ces interventions étaient psychologiques, physiques, combinées ou faisaient appel à la musicothérapie. Quinze des examens ont porté sur les INP des personnes vivant avec des troubles de la douleur généralisée ou chronique (p. ex., fibromyalgie) (187, 194, 195, 198, 203, 210, 219, 270, 275, 276, 283, 288, 299, 307, 309). Il s'agissait de dix examens portant sur des interventions physiques ou psychologiques, ou les deux en combinaison (187, 198, 203, 270, 276, 283, 288, 299, 307, 309); deux examens ont examiné les interventions en ergothérapie, en particulier l'utilisation de la stimulation (195, 210); et les autres examens ont examiné d'autres stratégies, comme la musicothérapie ou la thérapie assistée par les animaux, pour traiter les états de douleur généralisée ou chronique (194, 219, 275). Enfin, six examens ont examiné des interventions physiques pour divers autres états tels que l'endométriose, les maux de tête aigus et la douleur post-partum (208, 226, 258, 272, 298, 303) et un examen a utilisé une approche psychologique pour traiter la douleur chronique causée par une lésion cérébrale (237). Veuillez consulter le **tableau 17** pour tous les détails.

Tableau 17 : Nombre d'examens systématiques axés sur les approches non pharmacologiques (INP) : Type d'INP et étiologie ou contexte de la douleur

TYPE D'INP	ÉTIOLOGIE ET CONTEXTE DE LA DOULEUR							NOMBRE TOTAL D'EXAMENS SYSTÉMATIQUES
	DOULEURS MUSCULO-SQUELETTIQUES	DOULEUR NEUROPATHIQUE	DOULEUR ONCOLOGIQUE	DOULEUR LIÉE À L'INTERVENTION	DOULEUR PRÉOPÉRA-TOIRE ET POSTOPÉRA-TOIRE	DOULEUR CHRONIQUE GÉNÉRALE	AUTRES EXPÉRIENCES DE DOULEUR	
Énergie physique	50	3	1	1	2	4	6	67
Ergothérapie						2		2
Énergie psychologique	4	1	3	20	3	5	3	39
<b>Autres INP psychologiques :</b>								
Musicothérapie			1	4	2	1		8
Confort				3				3
Thérapie assistée par les animaux						2		2
Jeu thérapeutique				1				1
Psychologie et autres INP			1					1
Mixte (physique et psychologique)	10	1	4	1	3	1	1	21
Autogestion	1						1	2
<b>Nombre total d'examens systématiques</b>	<b>65</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>30</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>146</b>

Le **tableau 18** approfondit les INP particulières à la prise en charge de la douleur par population dans les 146 examens. Les interventions physiques ont été principalement réalisées pour la population adulte (mais il y a eu un examen pédiatrique) et comprenaient une gamme d'approches offertes par des physiothérapeutes ou d'autres prestataires de santé, y compris du personnel infirmier. Les interventions actives comprenaient des séances structurées qui comprenaient la marche, les exercices, le conditionnement aérobique, l'entraînement de la force et de l'équilibre et diverses autres interventions telles que le relâchement myofascial, l'aquathérapie et les exercices de respiration (165, 171, 174, 179, 180, 183, 186, 187, 196, 200, 202, 204, 214, 215, 220, 225, 229, 239, 241, 242, 246, 248, 249, 256, 260, 266 à 268, 278, 282, 285, 288, 290 à 292, 294, 297, 302). Certaines interventions comprenaient un volet éducatif dans l'intervention offerte par le prestataire de santé. Les INP physiques passives comprenaient l'acupuncture (170, 223, 232 à 235, 254, 286, 298, 299), la puncture physiothérapique avec aiguilles sèches (207, 258, 262, 289), l'acupression (301), l'échographie thérapeutique (190, 296), la stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS) (203, 222, 259, 274), la stimulation nerveuse électrique percutanée (PNS) (259), l'application de chaleur ou de froid (182, 226, 250, 272) ou une combinaison d'interventions actives ou passives utilisées ensemble (185). Une intervention physique a été examinée dans le cadre d'un examen incluant la population pédiatrique (179) et un examen a examiné une combinaison d'interventions physiques chez les aînés (185). Il convient de noter que le massage a été examiné dans un examen systématique en soins intensifs postopératoires pour adultes (243), et qu'il s'agissait également d'une INP qui a été saisie dans treize examens où des interventions physiques passives et actives ont été utilisées en combinaison ou dans des examens où un certain nombre d'approches physiques de prise en charge non pharmacologique de la douleur ont été comprises dans le contexte de chaque examen (173, 185, 188, 189, 243, 252, 255, 265, 278, 284, 288, 301, 303, 304).

Les INP psychologiques pour traiter la douleur ont fait l'objet de dix examens qui ont examiné spécifiquement la thérapie cognitivo-comportementale ou la thérapie d'acceptation et d'engagement dans les populations adultes et pédiatriques (178, 195, 198, 208, 212, 237, 270, 280, 283, 309). La plupart des approches psychologiques ont été menées en milieu pédiatrique et comprenaient l'utilisation de méthodes de distraction pour traiter la prise en charge de la douleur vécue par les enfants (168, 191, 197, 201, 216, 230, 231, 236, 244, 245, 261, 271, 277, 281, 287, 293). Les méthodes de distraction comprenaient l'utilisation de technologies de réalité virtuelle, notamment la ludification (191, 192, 199, 201, 206, 216, 230, 231, 236, 244, 245, 271, 277, 281, 293), l'imagerie guidée (168), les jeux vidéo interactifs (261), les appareils vibratoires (287), la clownthérapie (197) et l'utilisation de la manœuvre de Valsalva (218). Les interventions de distraction comprenaient également d'autres éléments d'intervention importants tels que la relaxation (224) et le soutien social (parents ou prestataires de soins) (175, 181, 193, 211, 213).

Le **tableau 18** présente d'autres INP pour la prise en charge de la douleur, y compris l'utilisation de la musicothérapie chez les adultes (221, 238, 240, 251, 269, 273, 279, 300) et la musicothérapie chez les aînés pour traiter les expériences douloureuses (219). D'autres interventions comportaient des stratégies de réconfort et ont été menées en milieu pédiatrique, notamment l'allaitement maternel (175, 193), l'alimentation au saccharose (193, 213), la méthode kangourou ou le repli facilité (213) pour traiter l'expérience ou l'expérience anticipée de la douleur. De plus, en milieu pédiatrique, un examen a examiné l'utilisation du jeu thérapeutique pour traiter la douleur (211). Deux examens en milieu adulte ont porté sur les INP pour traiter la douleur à l'aide de la relaxation ou de l'art-thérapie (224, 227).

**Tableau 18 : Nombre d'examens systématiques axés sur les approches non pharmacologiques (INP) : Sous-type et population d'INP**

TYPE D'INP		GROUPES VISÉS			NOMBRE TOTAL D'EXAMENS SYSTÉMATIQUES
		ENFANTS ET ADOLESCENTS	ADULTES	ADULTES PLUS ÂGÉS	
<b>Physiothérapie</b>					
<b>Active</b>	Exercice (marche, aérobic, renforcement et équilibre, relâchement myofascial, respiration, etc.)	1	36		37
	Aquathérapie (exercice)		2		2
<b>Passive</b>	Acupuncture		10		10
	Puncture physiothérapique avec aiguilles sèches		4		4
	Acupression (auriculaire)		1		1
	Massage		1		1
	Échographie thérapeutique		2		2
	TENS/PNS		4		4
	Application froide/chaude		4		4
	Interventions passives multiples		1		1
	Interventions actives et passives			1	1
<b>Interventions physiques multiples</b>			3		3
<b>Ergothérapie</b>					
	Rythme, exercice, amplitude de mouvement, AVQ, appareils fonctionnels		2		2
<b>Approches psychologiques</b>					
	Thérapie cognitivo-comportementale/thérapie d'acceptation et d'engagement/pleine conscience, méditation	2	8		10
<b>Approches de distraction (cette intervention comprend également la relaxation, le soutien social et peut inclure le parent ou l'aidant)</b>	Réalité virtuelle, ludification	12	3		15
	Imagerie guidée	1			1
	Jeux vidéo interactifs	1			1
	Appareils vibratoires	1			1
	Clownthérapie	1			1
	Manœuvre de Valsalva		1		1
	Thérapie assistée par les animaux	2			2

TYPE D'INP		GROUPES VISÉS			NOMBRE TOTAL D'EXAMENS SYSTÉMATIQUES
		ENFANTS ET ADOLESCENTS	ADULTES	ADULTES PLUS ÂGÉS	
<b>Confort</b>	Allaitement, alimentation au saccharose, méthode kangourou, repli facilité	3			3
	Toucher ou distraction visuelle	1			1
	Jeu thérapeutique	1			1
	Relaxation		1		1
	Art-thérapie		1		1
<b>Multipl méthodes psychologiques</b>		4			4
<b>Mixte (physique et psychologique)</b>		1	16	2	19
<b>Autres INP</b>					
<b>Musicothérapie</b>			8	1	9
<b>Autogestion</b>			2		2
<b>Musique psychologique</b>		1			1
<b>Nombre total d'examens systématiques</b>		<b>32</b>	<b>110</b>	<b>4</b>	<b>146</b>

## Annexe F : Ressources supplémentaires pour la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur tout au long de la vie

ORGANISATION	RESSOURCE(S)
<b>Action Cancer Ontario</b>	<p>Fournit un algorithme exhaustif de prise en charge des symptômes* pour l'évaluation de la douleur chez les adultes atteints de cancer.</p> <p>*Veuillez noter que cet algorithme est en cours de révision.</p> <p>Action Cancer Ontario (ACO). Algorithme de prise en charge des symptômes : douleur chez les adultes atteints de cancer [Internet]. Toronto (Ontario) : ACO; [date inconnue]. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.cancercareontario.ca/fr/symptom-management/3121">https://www.cancercareontario.ca/fr/symptom-management/3121</a></p>
<b>Hospital for Sick Children</b>	<p>Renseignements destinés aux parents sur la manière de gérer la douleur de leur enfant à l'hôpital et à domicile.</p> <p>Personnel de SickKids. Soulagement de la douleur : trousse de réconfort. Dans : SickKids [Internet]. Toronto (Ontario) : SickKids; [mis à jour le 18 décembre 2018]. Disponible à l'adresse : <a href="https://www.aboutkidshealth.ca/healthaz/pain/anaesthesia/pain-relief-comfort-kit/?language=fr">https://www.aboutkidshealth.ca/healthaz/pain/anaesthesia/pain-relief-comfort-kit/?language=fr</a></p>
<b>Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation en soins de longue durée de l'Ontario (CARI)</b>	<p>Cours en ligne gratuits pour les prestataires de soins réglementés et non réglementés sur la douleur dans le milieu des soins de longue durée.</p> <p>LTCO. Managing Pain and Distress in Long-Term Care (Clinical Team Members). Dans : Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation en soins de longue durée de l'Ontario (CARI) [Internet]. [lieu inconnu] : CARI; c2024. Disponible à l'adresse : <a href="https://learn.clri-ltc.ca/courses/ltco-managing-pain-and-distress-in-long-term-care-clinical-team-members/">https://learn.clri-ltc.ca/courses/ltco-managing-pain-and-distress-in-long-term-care-clinical-team-members/</a></p>

ANNEXES

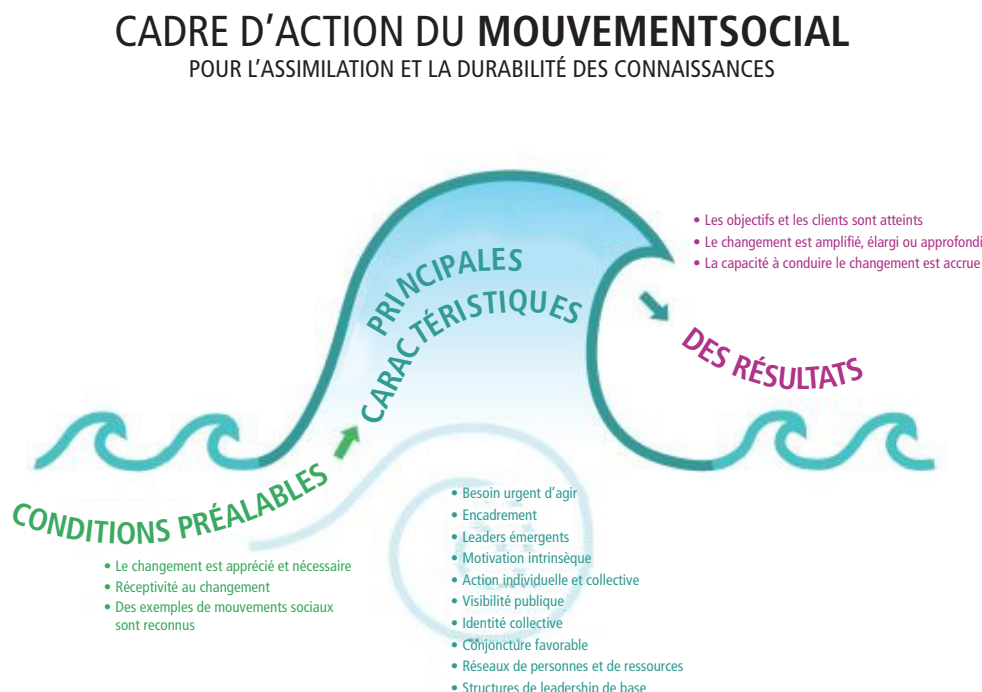
## Annexe G : Description de la Boîte à outils pour la conduite du changement

La mise en place et le maintien réussis des LDPE reposent sur une planification, des ressources et un soutien organisationnel et administratif adéquats, en plus d'une facilitation appropriée. L'engagement et la participation actifs des leaders officiels et officiels (p. ex., les agents de changement et les pairs champions) sont également essentiels. Pour encourager la mise en œuvre réussie et la durabilité, un groupe international d'experts composé d'infirmières et d'infirmiers, de chercheurs, de défenseurs des droits des patients et des personnes, d'activistes de mouvements sociaux et d'administrateurs a élaboré la [Boîte à outils pour la conduite du changement](#) (4). La boîte à outils est basée sur les données probantes, les perspectives théoriques et le consensus. Nous recommandons la Boîte à outils pour la conduite du changement pour guider la mise en œuvre de toute LDPE dans les organisations de soins de santé ou de services sociaux, y compris les centres universitaires.

La Boîte à outils de la conduite du changement comprend deux cadres, le cadre d'action du [mouvement social \(AMS\)](#) (1,2) et le cadre d'application des [connaissances \(AC\)](#) (3), qui s'adressent aux agents du changement et aux équipes de changement qui dirigent la mise en œuvre et la durabilité des LDPE. Les deux cadres décrivent le concept de mise en œuvre et ses composantes interdépendantes. À ce titre, l'un ou l'autre cadre (AMS ou AC) peut être utilisé pour orienter les initiatives de changement, y compris la mise en œuvre des LDPE. L'utilisation des deux cadres sert à améliorer et à accélérer le changement (1).

Le [cadre d'AMS](#) comprend des éléments des mouvements sociaux pour l'assimilation et la durabilité des connaissances qui ont démontré des retombées puissantes et des effets à long terme. Basé sur les résultats d'une analyse conceptuelle, le cadre comprend 16 éléments classés comme conditions préalables (c.-à-d. ce qui doit être en place avant l'apparition du mouvement social), les caractéristiques clés (c.-à-d. ce qui doit être présent pour que le mouvement social se produise) et les résultats (c.-à-d. ce qui découlera probablement du mouvement social) (1, 311). Les trois catégories et éléments du [cadre d'AMC](#) sont présentés à la [figure 3](#).

Figure 3 : Cadre d'action du mouvement social



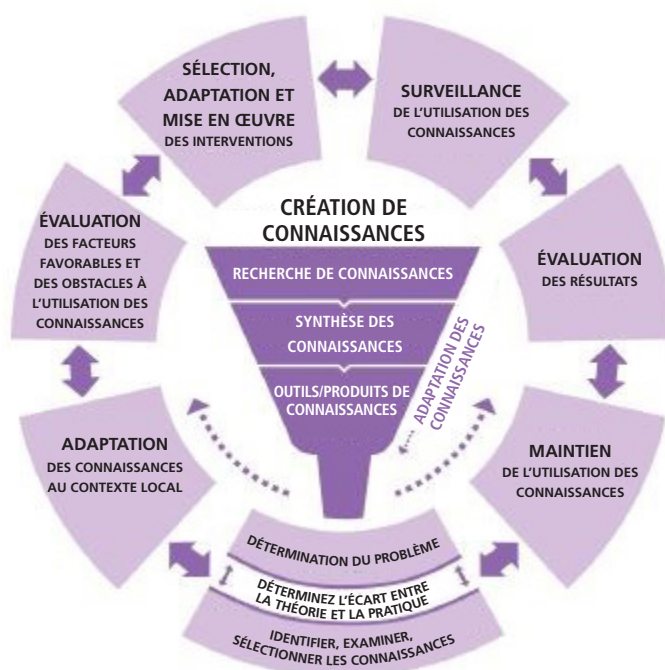
Source : Reproduit avec la permission de : Grinspun D, Wallace K, Li SA, et coll. Exploring social movement concepts and actions in a knowledge uptake and sustainability context: a concept analysis. *Int J Nurs Sci.* 2022 Oct;9(4):411 à 421.

Grinspun D, Wallace K, Li SA, et coll. Leading change through social movement. *RNJ.* 2020. 32(1) : 15.

Le [cadre d'AC](#) est une approche cyclique planifiée du changement qui intègre deux composantes connexes : la création de connaissances et le cycle d'action. Le processus de création de connaissances est ce que les chercheurs et les concepteurs de lignes directrices utilisent pour repérer les résultats de données probantes critiques afin de créer un produit de connaissance, comme une LDPE de l'AIIAO. Le cycle d'action comprend sept phases au cours desquelles les connaissances créées sont mises en œuvre, évaluées et maintenues (3). Bon nombre des phases du cycle d'action peuvent se produire ou doivent être considérées simultanément. Le [cadre d'AC](#) est illustré à la **figure 4** (4).

Figure 4 : Cadre d'application des connaissances

## CADRE D'APPLICATION DES CONNAISSANCES



Source : Adapté avec la permission de : Graham ID, Logan J, Harrison MB, et coll. Lost in translation: time for a map? J Contin Educ Health Prof [En ligne]. 2006;26(1):13 à 24. Disponible à l'adresse : [https://journals.lww.com/jcehp/Abstract/2006/26010/Lost\\_in\\_knowledge\\_translation\\_Time\\_for\\_a\\_map\\_.3.aspx](https://journals.lww.com/jcehp/Abstract/2006/26010/Lost_in_knowledge_translation_Time_for_a_map_.3.aspx)

La mise en œuvre et le maintien des LDPE afin d'apporter des changements de pratique réussis et des résultats positifs pour la santé des patients, des personnes et de leurs familles, des fournisseurs, des organisations et des systèmes représentent une entreprise complexe. La [Boîte à outils pour la conduite du changement](#) est une ressource de mise en œuvre fondamentale permettant de diriger ce processus.

# Équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO

## Équipe d'élaboration de la ligne directrice

**Lauren Bailey**, inf. aut., B.Sc.inf., B.A.(H), M. en santé publique

Méthodologiste chargée de l'élaboration de lignes directrices  
Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

**Deborah Flores**, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf.

Méthodologiste chargée de l'élaboration de lignes directrices  
Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

**Courtney Braun**, inf. aut., B.Sc., M.Sc.

Méthodologiste chargée de l'élaboration de lignes directrices  
Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

**Glynis Gittens**, B.A.

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice  
Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

**Christine Buchanan**, inf. aut., B.Sc., M.Sc.inf.

Gestionnaire principale par intérim,  
Élaboration de lignes directrices et recherche  
Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

**Nafsin Nizum**, inf. aut., BScN, MN

Directrice associée, Recherche et élaboration des lignes directrices  
Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

## Équipe d'évaluation et de suivi Christina Medeiros

inf.aut., B.Éd.Phys., B.Éd. Santé, B.Sc.inf., M.Sc.inf., Ph. D.

Gestionnaire principale, Évaluation et suivi  
Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

**Shanoja Naik**

B.Éd., M.Sc. (mathématiques), M.Stat., M.Phil., Ph. D.  
Scientifique principale

Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

**Verity Scott**, B.Sc.

Coordonnatrice de projet  
Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

## Direction exécutive

**Michelle Rey**, B.Sc.S., M.Sc., Ph. D.

Directrice  
Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

**Doris Grinspun**, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., Ph. D., LLD (hon.), Dr(hc), DHC, FAAN, FACS, O.ONT

Directrice générale  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

## Remerciements

L'AIIAO tient à remercier les membres suivants du personnel de l'AIIAO pour leur contribution à l'élaboration de la présente LDPE : Amy Burt, Lyndsay Howitt, Darian Cheng et Heather McConnell.

L'AIIAO tient également à remercier les membres suivants du personnel de l'AIIAO qui ont examiné la présente LDPE avant sa publication : Juliane Judge, Julia Mason, Susan McNeill, Julia Fineczko et Hagar Elsarty.

Examen externe des méthodes GRADE fourni par :

### **Nancy Santesso, Dt.P., M. Bibl., Ph. D.**

Professeure agrégée  
Department of Health Research Methods, Evidence and Impact, Université McMaster  
Directrice adjointe, Cochrane Canada

Recherche systématique effectuée par :

### **UHN HealthSearch**

# Groupe d'experts sur les lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO

## Céline Gélinas, inf. aut., Ph. D., FCAN

Coprésidente du groupe d'experts  
Professeure titulaire  
École des sciences infirmières Ingram, Université McGill  
Chercheuse principale  
Centre for Nursing Research and Lady Davis Institute,  
Hôpital général juif  
Montréal (Québec)

## Lindsay Jibb, inf. aut., Ph. D.

Coprésidente du groupe d'experts  
Chercheuse scientifique  
Hospital for Sick Children  
Toronto (Ontario)

## Mary Aubin Cadet

inf. aut., B.Sc. inf., MHM, PECE, CCNE  
Superviseure des pratiques exemplaires en soins infirmiers  
VHA Home HealthCare  
Durham (Ontario)

## Sally Baerg, PHC-NP, M.Sc., M.Sc.inf., PECE(C)

Infirmière praticienne en soins de santé primaires  
Services de soutien à domicile et en milieu communautaire  
de Niagara (HNHB LHIN)  
St. Catharines (Ontario)

## Marsha Campbell-Yeo

inf. aut., NNPBC, M.Sc.inf., Ph.D., FAAN  
Professeure et clinicienne-chercheuse  
École des sciences infirmières, Faculté de la santé  
et départements de pédiatrie, de psychologie et de  
neurosciences  
Université Dalhousie  
Halifax (Nouvelle-Écosse)

## Mahoganie Hines, inf. aut., B.Sc.inf., PECE(C), M.Sc.s.

Infirmière clinicienne spécialisée, Soins palliatifs  
Hôpital St. Peter's, Hamilton Health Sciences  
Hamilton (Ontario)

## Samuel Jennings, inf. aux. aut.

Infirmier soignant  
Hôpital Juravinski  
Hamilton (Ontario)

## Nicolas Joachimides

inf. aut., B.Sc., M.Sc.cl., M.Sc. M. évaluation de la  
santé(c), NSWOC, CHE,  
CpedN(C), IIWCC  
Gestionnaire, Équipe de réadaptation des lésions cérébrales  
Hôpital de réadaptation pour enfants Holland Bloorview  
Toronto (Ontario)

## Rachel Jones, inf. aut., M.Sc.inf.

Infirmière autorisée  
Réseau universitaire de santé  
Toronto (Ontario)

## Salima S. J. Ladak, inf.prat., Ph. D.

Infirmière praticienne, service de douleur aiguë et  
transitionnelle  
Responsable de la qualité de la douleur, Service d'anesthésie  
et du programme de la douleur de l'Hôpital général de  
Toronto  
Coordonnatrice, Réseau des infirmières et infirmiers de  
pratique avancée de la douleur du UHN  
Clinicienne-chercheuse, Research Institute Organization de  
l'Hôpital général de Toronto  
Chargée de cours auxiliaire, Faculté des sciences infirmières  
Lawrence S. Bloomberg de l'Université de Toronto  
Toronto (Ontario)

## Jordan Miller, B.Sc., M.Sc., Ph. D.

Professeur agrégé, scientifique agrégé, directeur de la  
recherche IMMPaCT  
Université Queen's  
Kingston (Ontario)

## Crystal Nikolich, B.Sc., LL. B.

Aidant familial, Expérience vécue  
Oakville (Ontario)

**Melanie Noel, Psych. aut., Ph. D.**

Professeure agrégée de psychologie clinique  
Université de Calgary  
Calgary, (Alberta)

**Georgina Redsky, inf. aut., B.Sc., CFNHM**

Directrice adjointe des Services de santé  
Soins familiaux Dilico Anishinabek  
Première Nation de Fort William (Ontario)

**Jennifer Reguindin, inf. aut., M.Sc.inf.,  
GNC(C), CCNE**

Bourses d'éducation axée sur la pratique et de pratique  
académique collaborative  
Réseau universitaire de santé  
Toronto (Ontario)

**Courtney E. Sullivan**

**inf.aut., Ph. D., CPNP-AC, CPHON, FAAN**

Professeure adjointe  
Michigan State University, College of Nursing  
East Lansing, Michigan, États-Unis

**David Williamson, B. Pharm, M.Sc., Ph. D.**

Professeur clinique titulaire, Faculté de pharmacie, Université  
de Montréal  
Pharmacien CIUSSS-Nord-de-l'Île-de-Montréal-Hôpital du  
Sacré-Cœur  
Chercheur, Centre de recherche CIUSSS-NIM  
Hôpital du Sacré-Cœur  
Montréal (Québec)

**Liping Zheng, M.Sc.inf.**

Infirmière superviseuse responsable, Secrétaire  
d'enseignement en sciences infirmières  
Hôpital Dongzhimen affilié à l'Université de médecine  
chinoise de Beijing  
Beijing, Chine

## Réviseurs externes

Dans le cadre du processus d'élaboration de la ligne directrice, des rétroactions ont été obtenues des participants d'un large éventail d'organismes de services de santé, d'établissements universitaires, de domaines de pratique et de secteurs. Les participants comprenaient des infirmières et infirmiers et des membres de l'équipe interprofessionnelle, des enseignants, des étudiants, des personnes ayant une expérience vécue, des administrateurs compétents et des bailleurs de fonds de services de santé. Des **réviseurs externes**<sup>G</sup> représentant divers points de vue ont également été sollicités pour donner leurs commentaires. L'AIIAO tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à l'évaluation de la présente LDPE. Les réviseurs externes ont donné leur consentement à la publication de leurs noms et des renseignements pertinents dans la présente LDPE.

### Morayo Adenuga, étudiant au B.Sc.inf.

Externe clinique  
Trillium Health Partners  
Mississauga (Ontario)

### Rachael Beaver, inf. aut., B.Sc.inf., MHI(c)

Infirmière autorisée  
Unity Health  
Toronto (Ontario)

### Elizabeth Aigbomian, inf. aut., B.Sc.inf.

Services périopératoires  
Erie Shores Health care  
Leamington (Ontario)

### Emma Bingham, inf. aut., M.Sc.inf., CNN(c)

Infirmière soignante  
Réseau universitaire de santé  
Toronto (Ontario)

### Jeff Andrews, inf. aux. aut., MSPNC(C)

Spécialiste des applications (Epic)  
Hamilton Health Sciences  
Hamilton (Ontario)

### Kimberley Bowen,

inf. aut., B.Sc.inf., M.A. (AHSc en sciences  
infirmières)

Infirmière clinicienne spécialisée  
Niagara Health  
St. Catharines (Ontario)

### Sheren Anwar Siani, inf. aut.(EC), M.Sc.inf.- inf. prat.

Infirmière praticienne  
Hamilton Health Sciences  
Hamilton (Ontario)

### Keyanna Brown

Étudiante en soins infirmiers  
Collège Saint-Laurent  
Kingston (Ontario)

### Veron Ash, inf. aut., M.Sc. inf.

Directeur des soins aux résidents  
IOOF Seniors Homes Inc.  
Barrie (Ontario)

### Janet Brown, inf. prat.

Hamilton (Ontario)

### Andrea Atkinson, inf. aut., M. Sc. inf.

Infirmière soignante  
Équipe de santé familiale de Thamesview  
Chatham (Ontario)

### Sherry Campbell

inf. aut., B.Sc.inf., B.Éd., (Adulte), M.Sc.inf.  
Chef de la pratique clinique, Soins intensifs et pratique  
interprofessionnelle  
Responsable de l'OVPE  
Lakeridge Health  
Oshawa (Ontario)

### Selvi Baijnauth, inf. aut., M.Sc.inf.

Gestionnaire de soins de longue durée  
Hôpital Baycrest  
Toronto (Ontario)

**Maria Carney, inf. aut.**

Étudiante externe clinique  
Centre régional de santé de Peterborough  
Peterborough (Ontario)

**Angela Chan, inf. aut., M.Sc.inf., GNC(C)**

Gestionnaire, Pratique professionnelle et formation  
Mackenzie Health  
Richmond Hill (Ontario)

**Disa Clifford,**

**inf. aut., B.A., B.Sc.inf., M.Sc.inf., PECI(C)**

Consultante en soins palliatifs et en prise en charge des symptômes  
Le centre de soins palliatifs Dorothy Ley  
Toronto (Ontario)

**Tia Cooney, inf. aut., M.Sc.inf.,**

**docteure en pratique infirmière**

Professeure  
Confederation College  
Thunder Bay (Ontario)

**Paulina Costa, inf. aut., B.Sc.**

Analyste en informatique clinique  
Système de santé William Osler  
Brampton (Ontario)

**Kaithlyne Covacha, inf. aut., B.Sc.inf.**

Infirmière soignante  
Hamilton Health Sciences  
Hamilton (Ontario)

**Cassandra Cristello, inf.aux.aut.**

Infirmière autorisée candidate  
Hôpital de réadaptation pour enfants Holland Bloorview  
Toronto (Ontario)

**Patrick Cuaresma, inf. aut., M.Sc.inf.**

Infirmière clinicienne enseignante  
Unity Health Toronto, St. Joseph's Health Centre  
Toronto (Ontario)

**Kimberly Daffern, inf. aut.**

Gestionnaire des programmes cliniques  
Emily's House  
Toronto (Ontario)

**Morgan Dehmel, inf. aut.**

Infirmière autorisée  
Hospital for Sick Children  
Toronto (Ontario)

**Sépelene Deonarine,**

**inf. aut., B.Sc.inf., MAÉd**

Éducatrice en diabète  
Diabetes Canada, Central East Self Management Program  
Ajax (Ontario)

**Amarjit Dhillon,**

**inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf. M.Sc-Santé**

Infirmière bioclinique enseignante  
Centre de soins de santé West Park  
Toronto (Ontario)

**Lucy Doan, M.Sc.inf.**

Infirmière praticienne  
Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse  
Halifax (Nouvelle-Écosse)

**Xinman Dou, Ph. D.**

Infirmière en chef, professeure  
The Second Hospital, Clinique de l'Université Lanzhou  
Lanzhou City, Chine

**Mathieu Duguay, inf. aut., B.Sc.inf.**

Infirmier autorisé  
Services aux Autochtones Canada  
Ontario

**Heather Ead, inf. aut., M.Sc.S.**

Éducatrice clinique  
Trillium Health Partners  
Mississauga (Ontario)

**Janet Elder, inf. aut., B.Sc.inf., PECI(C), PPSMC**

Programme de consultation en soins palliatifs et en prise en charge des symptômes  
SW Lasalle (Ontario)

**Norshia Fenton, inf. aut., B.Sc.**

Infirmière autorisée  
St. Michael's Hospital  
Toronto (Ontario)

**Karen Fleming, inf. aut., M. Sc. inf., M.Sc.S.**

Infirmière clinicienne spécialisée  
Réseau universitaire de santé  
Ajax (Ontario)

**Jill Frook, inf. aut.**

Infirmière autorisée éducatrice  
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario  
Ottawa (Ontario)

**Tammy Gallagher, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf.**

Directrice des services chirurgicaux, Femmes et enfants et  
paramédicaux  
Hôpital communautaire de Cornwall  
Cornwall (Ontario)

**Joanne Harmon**

**Inf. aut., B.Sc.inf. (avec distinction), B.Sc.app.,  
MACN, M.D., Ph.D.**

Chargée de cours en sciences infirmières à l'unité des  
sciences cliniques et de la santé  
Université d'Australie du Sud  
Adélaïde, Australie

**Lorrie Hudd, RN(EC), M.Sc.inf., IP-adultes, CCNE**

Infirmière praticienne, Centre de santé et de réadaptation  
Hôtel-Dieu Shaver  
Professeure, Collège Niagara  
Grimsby (Ontario)

**Lallu Sara John**

**Inf.aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., CHE, CPPS, CPHQ,  
CRN(C), GNC(C)**

Directrice adjointe des soins  
Ville de London, Développement social et de la santé  
London (Ontario)

**Derya Kayaoglu, inf. aut.**

Infirmière clinicienne enseignante  
Système de santé William Osler  
Caledon (Ontario)

**Karen Laforet**

**inf.aut., B.A., M.Sc.Cl.-WH, CCHN(C), CVAA(c), VA-BC**

Consultante principale  
LK Professional Consultants  
London (Ontario)

**Sierra Land, inf. aut., B.Sc.inf.**

Infirmière en santé communautaire  
Services aux Autochtones Canada et Georgian Bay Family  
Care Centre  
Georgian Bay (Ontario)

**Hailey Land, inf. aut., B.Sc.inf.**

Penetanguishene (Ontario)

**Janny Lee, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., GNC(C)**

Infirmière clinicienne spécialisée  
Unity Health Toronto  
Toronto (Ontario)

**Julie Leighton-Phelps**

**inf.aut., B.Sc.inf., CHPCN(C), PECCI**

Consultante en soins palliatifs et en prise en charge des  
symptômes  
North Simcoe Muskoka Hospice Palliative Care Network  
Collingwood (Ontario)

**Marie Lewis, inf. aut., B.Sc.inf., MHM, CHE**

Infirmière spécialisée, équipe de Pratique, innovation et  
éducation  
Soins de longue durée, Services de santé Région de Peel  
Brampton (Ontario)

**Shanshan Lin, inf.prat., M.Sc.inf.**

Réseau de santé de Scarborough  
Toronto (Ontario)

**Brittni Lingwood, inf. aut., M.Sc.inf.**

Chef de la pratique clinique  
Bayshore HealthCare  
Etobicoke (Ontario)

**Madeline Logan-John Baptiste**

**inf. aut., B.Sc.inf., ENC(C), MBA, CHE**

Directrice de programme  
Mackenzie Health  
Maple (Ontario)

**Jessica Po Ying Lok,**

inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., CHE  
Pratique professionnelle  
Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences  
Whitby (Ontario)

**Robyn Luiting, PHC-NP, B.Sc.inf., M.Sc.inf.**

Infirmière praticienne  
Hamilton Health Sciences  
Hamilton (Ontario)

**Gillian Maguire,**

inf. aut.(EC), IP-adultes, M.Sc.inf.  
Infirmière praticienne  
Hamilton Health Sciences  
Hamilton (Ontario)

**Mary-Lou Martin, inf. aut., M.Sc.inf, M.Ed**

Infirmière clinicienne spécialisée  
St. Joseph's Healthcare Hamilton  
Hamilton (Ontario)

**Arlene Masaba, inf. aut., M.Sc.inf.**

Faculté, Services des sciences infirmières et des sages-femmes  
University of Doha for Science and Technology  
Doha, Qatar

**Amanda McIntyre, inf. aut., Ph. D.**

Professeure adjointe  
Université Western  
London (Ontario)

**Kevin Min, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., IPSSP**

Infirmière praticienne  
Hamilton Health Sciences  
Hamilton (Ontario)

**Charlotte Munro**

Personne ayant une expérience concrète  
Stratford (Ontario)

**Jason Nguyen, inf. aux. aut.**

Infirmier auxiliaire autorisé  
Trillium Health Partners  
Mississauga (Ontario)

**Dotty Nicholas, inf. aut.**

Retraitée  
Toronto (Ontario)

**Damara Nickerson, inf. aut.**

Gestionnaire des soins cliniques et des opérations  
Soins palliatifs Journey Home  
Toronto (Ontario)

**Elizabeth Okelana,**

inf.aut. étudiante, inf.aux.aut.  
Assistante en soins de santé  
Toronto Catholic District School Board  
Toronto (Ontario)

**Jane Olsen, inf.aut.(EC)**

Baillie (Nouveau-Brunswick)

**Marilyn Ott, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., D.Ed.**

Professeure, coordonnatrice  
Collège Fanshawe  
London (Ontario)

**Rishita Peterson,**

inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., CHE  
Gestionnaire et chef des soins infirmiers interprofessionnels  
Hôpital Baycrest  
Whitby (Ontario)

**Kristin Potier, inf. aut.**

Chef de la pratique clinique  
Lakeridge Health  
Oshawa (Ontario)

**Sierra Punchard, étudiante au baccalauréat  
en sciences de la santé, préposée aux services de  
soutien à la personne**

Intervenante médicale  
Napanee (Ontario)

**Bhavleen Purba, inf. aut.**

Infirmière autorisée  
Hôpital pour enfants McMaster  
Hamilton (Ontario)

**Kayquimson-Yeung, inf. aut., M.Sc.inf.**

(Avec distinction)

Responsable des ressources cliniques  
Hôpital Michael Garron  
Newmarket (Ontario)

**Mark Raposo, inf.prat., B.Sc.inf., M.Sc.inf.**

Infirmier praticien  
Hamilton Health Sciences Corporation  
Hamilton (Ontario)

**Samantha Rasmussens, inf. aut., B.Sc.inf.**

Infirmière clinicienne enseignante  
Centre régional de santé Royal Victoria  
Barrie (Ontario)

**Jane Ren, M.Sc.inf.**

Chef de pratique avancée  
Hôpital Baycrest  
Toronto (Ontario)

**Nitha Reno, inf. aut., M.Sc.inf., GNC(C),  
CHPCN(C)**

Gestionnaire Pratique interprofessionnelle et innovation  
Municipalité régionale de Durham  
Whitby (Ontario)

**Joscelyn Robinson, inf. aut.**

Hamilton (Ontario)

**Sarah Romeril, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf.,  
PECI(C)**

Infirmière clinicienne spécialisée  
Hamilton Health Sciences  
Hamilton (Ontario)

**Jonathan Russell, inf.prat., M.Sc.(A)**

Infirmier praticien  
Toronto East Health Network  
Toronto (Ontario)

**Leigh-Anne Sinnaeve, B.Sc.inf., M.Sc.inf.,  
PHC-NP**

Infirmière praticienne  
Woodingford Lodge  
Woodstock (Ontario)

**Jon Nico Sobrecaray, inf. aut., CVAA(C)**

Infirmier autorisé  
Mount Sinai Hospital  
Toronto (Ontario)

**Gaim Son, inf. aut., B.Sc., B.Sc.inf., M.Sc.inf.**

Infirmière clinicienne enseignante  
Centre de soins de santé West Park  
Toronto (Ontario)

**Jaskanwal Sudan, inf. aut.**

Soins intensifs  
Calgary, (Alberta)

**Elaine The, M.Sc.inf., PHC-NP**

Infirmière praticienne  
Sinai Health  
Toronto (Ontario)

**Erin Temple, inf. aut., M.Sc.S.**

Infirmière autorisée et adjointe de recherche  
Hospital for Sick Children, Université de Toronto  
Toronto (Ontario)

**Helen Thoburn, inf.aux.aut.**

Infirmière auxiliaire autorisée  
Right at Home Canada  
Haldimand-Norfolk-Brant (Ontario)

**Runxi Tian, inf. aut., MMed**

Directrice adjointe du service des soins infirmiers et  
infirmière en chef  
Hôpital Dongzhimen affilié à l'Université de médecine  
chinoise de Beijing  
Beijing, Chine

**Kristina Tocco, inf. aut.**

Infirmière autorisée  
Centre de santé communautaire de Windsor Essex  
Windsor (Ontario)

**Merle Uglow, inf. aut., M.Sc.inf.**

Enseignante en systèmes cliniques  
Unity Health Toronto  
Toronto (Ontario)

**Isaac Van Geest, inf. aut.**

Soins de longue durée  
Sarnia (Ontario)

**Layla Van Meggelen**

Étudiante en soins infirmiers  
Université McMaster  
Hamilton (Ontario)

**Sarah Walker, inf. aut., M. Sc.**

Infirmière de recherche  
Université Queen's  
Kingston (Ontario)

**Kate Wiens, inf. aut., B.Sc., PEI(C)**

Infirmière consultante en soins palliatifs  
HPC Consultation Services Waterloo  
Waterloo (Ontario)

**Melissa Wilcox, inf. aux. aut.**

Équipe responsable des SLD  
BSO de Chatham-Kent  
Chatham (Ontario)

**Sarah Yip, inf. aut., M.Sc.inf., PEI(C)**

Infirmière clinicienne spécialisée  
Hôpital général de North York  
North York (Ontario)

## Références bibliographiques

1. Grinspun D, Wallace K, Li SA, et coll. Leading change through social movement. *RNJ*. 2020; 32(1):15.
2. Grinspun D, Wallace K, Li SA, et coll. Exploring social movement concepts and actions in a knowledge uptake and sustainability context: A concept analysis. *Int J Nurs Sci*. 2022 Oct;9(4):411 à 421.
3. Graham ID, Logan J, Harrison MB, et coll. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof*. 2006 ;26(1):13 à 24.
4. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), Excellence en santé Canada (ESC). La Boîte à outils pour la conduite du changement (quatrième édition) [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2024. Disponible à l'adresse : [RNAO.ca/leading-change-toolkit](https://RNAO.ca/leading-change-toolkit)
5. Brouwers M, Kho E, Browman G, et coll. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 14 décembre 2010;182(18):E839 à 42.
6. Chen Y, Yang K, Marušić A, et coll. A Reporting Tool for Practice Guidelines in Health Care: The RIGHT Statement. *Ann Intern Med*. 17 janvier 2017;166(2):128 à 132.
7. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Évaluation et prise en charge de la douleur. 3<sup>e</sup> éd. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2013.
8. Dewidar O, Lotfi T, Langendam MW, et coll. Good or best practice statements: proposal for the operationalisation and implementation of GRADE guidance. *BMJ Evid Based Med*. 2023;28(3):189 à 196.
9. Lotfi T, Hajizadeh A, Moja L, et coll. A taxonomy and framework for identifying and developing actionable statements in guidelines suggests avoiding informal recommendations. *J Clin Epidemiol*. Janvier 2022;141:161 à 171.
10. Guyatt GH, Schünemann HJ, Djulbegovic B, Akl EA. Guideline panels should not GRADE good practice statements. *J Clin Epidemiol*. Mai 2015;68(5):597 à 600.
11. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). A guideline developer's handbook [Internet]. Édimbourg (Royaume-Uni) : SIGN; novembre 2019. Disponible à : <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/sign-50-a-guideline-developers-handbook/>
12. Centre McMaster GRADE. GIN-McMaster Guideline Development Checklist (GDC) [Internet]. Hamilton (Ontario) : Université McMaster; 2 juin 2014. Disponible à l'adresse : <https://macgrade.mcmaster.ca/wp-content/uploads/2023/09/guidelinechecklistprintable.pdf>
13. Schünemann HJ, Brozek J, Guyatt G, Oxman A, éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [lieu inconnu : maison d'édition inconnue]; octobre 2013. Disponible à : <https://gdt.grade.pro.org/app/handbook/handbook.html>
14. Neumann I, Santesso N, Akl EA, et coll. A guide for health professionals to interpret and use recommendations in guidelines developed with the GRADE approach. *J Clin Epidemiol*. Avril 2016;72:45 à 55.
15. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. décembre 2005; 83(4):691 à 729.
16. VanDeVelde-Coke S, Doran D, Grinspun D, et coll. Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuiRE. *Nurs Leadersh (Toronto, Ontario)*. 2012;25(2):26 à 37.

17. Terminologie. Dans : International Association for the Study of Pain (IASP) [Internet]. Washington D.C. : IASP; 2020 [consulté le 10 septembre 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
18. Santé Canada. Un plan d'action pour la douleur au Canada [Internet]. Ottawa (Ontario) : Santé Canada; mai 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport-report-rapport-2021-fra.pdf>
19. Zimmer Z, Fraser K, Grol-Prokopczyk H, Zajacova A. A global study of pain prevalence across 52 countries: examining the role of country-level contextual factors. *Pain*. Septembre 2022;163(9):1740 à 1750.
20. Blyth FM, Schneider CH. Global burden of pain and global pain policy-creating a purposeful body of evidence. *Pain*. septembre 2018; 159 :543 à 48.
21. Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*. 2011; 11(1):770.
22. Bhadelia A, De Lima L, Arreola-Ornelas H, et coll. Solving the global crisis in access to pain relief: lessons from country actions. *Am J Public Health*. Janvier 2019;109(1):58 à 60.
23. Finley CR, Chan DS, Garrison S, et coll. What are the most common conditions in primary care? Systematic review. *Le Médecin de famille canadien* Novembre 2018;64(11):832 à 840.
24. Acute Pain. Dans : International Association for the Study of Pain (IASP) [Internet]. Washington D.C. : IASP; c2021 [consulté le 9 septembre 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.iasp-pain.org/resources/topics/acute-pain/>
25. Definitions of Chronic Pain Syndromes. Dans : International Association for the Study of Pain (IASP) [Internet]. Washington D.C. : IASP; c2021 [consulté le 9 septembre 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.iasp-pain.org/advocacy/definitions-of-chronic-pain-syndromes/>
26. Freynhagen R, Parada HA, Calderon-Ospina CA, et coll. Current understanding of the mixed pain concept: a brief narrative review. *Curr Med Res Opin*. 2019;35(6):1011 à 8.
27. Mehta A, Chan LS. Understanding of the concept of "total pain": a prerequisite for pain control. *J Hosp Palliat Nurs*. 2008; 10(1):26 à 32.
28. Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP). Manuel de développement d'un centre multidisciplinaire de traitement de la douleur de l'IASP [Internet]. Washington D.C. : IASP; 2021 [consulté le 9 septembre 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.iasp-pain.org/resources/toolkits/pain-management-center/>
29. Craig KD. Modèle de communication sociale de la douleur. *Pain*. 2015; 156(7):1198 à 9.
30. Quel est le modèle biopsychosocial de la douleur? Dans : European Pain Federation (EFIC) [Internet]. Bruxelles (BE) : EFIC; c2022 [consulté le 9 septembre 2024]. Disponible à l'adresse : <https://europeanpainfederation.eu/what-is-the-bio-psycho-social-model-of-pain/>
31. Palermo TM, Davis KD, Bouhassira D, et coll. Promoting inclusion, diversity, and equity in pain science. *Canadian Journal of Pain* 2023; 7(1):2161272.
32. Booker SQ, Bartley EJ, Powell-Roach K, et coll. The imperative for racial equality in pain science: a way forward. *The Journal of Pain*. Décembre 2021;22(12):1578 à 1585.
33. FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics*. 1<sup>er</sup> mars 2017; 18(1):19.

34. Biases and Confounding. Faculté de santé publique (FPH) [Internet]. Londres (Royaume-Uni) : FPH; c2009, 2018 [consulté le 10 septembre 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/research-methods/1a-epidemiology/biases>
35. Drépanocytose (SCD). Dans : Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis [Internet]. Atlanta (GA) : CDC; 19 septembre 2024. Disponible à l'adresse : <https://www.cdc.gov/sickle-cell/about/index.html>
36. Sabin JA. How we fail black patients in pain. Dans : Association of American Medical Colleges (AAMC). Washington D.C. : AAMC; 6 janvier 2020 [consulté le 9 septembre 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.aamc.org/news/how-we-fail-black-patients-pain>
37. Morales ME, Yong RJ. Racial and ethnic disparities in the treatment of chronic pain. Pain Medicine [Internet]. 2021;22(1):75 à 90. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa427>
38. Anastas TM, Miller MM, Hollingshead NA, et coll. The unique and interactive effects of patient race, patient socioeconomic status, and provider attitudes on chronic pain care decisions. Ann Behav Med. Octobre 2020;54(10):771 à 782.
39. Wang ML, Jacobs O. From awareness to action: pathways to equity in pain management. Health Equity. 2023;7(1):416 à 8.
40. Perry M, Tan Z, Chen J, et coll. Neonatal pain: perceptions and current practice. Crit Care Nurs, Clin, North Am., décembre 2018; 30(4):549 à 561.
41. Macgregor C, Walumbe J, Tulle E, et coll. Intersectionality as a theoretical framework for researching health inequities in chronic pain. Br J Pain. Octobre 2023;17(5):479 à 490.
42. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Left behind in pain: extent and causes of global variations in access to morphine for medical use and actions to improve safe access [Internet]. Genève (Suisse) : WHO; 2023 [consulté le 9 septembre 2024]. Disponible à l'adresse : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369294/9789240075269-eng.pdf>
43. Onwumere J, Stubbs B, Stirling M, et coll. Pain management in people with severe mental illness: an agenda for progress. Pain. Septembre 2022;163(9):1653 à 1660.
44. Ti L, Voon P, Dobrer S, et coll. Denial of pain medication by health care providers predicts in-hospital illicit drug use among individuals who use illicit drugs. Pain Res Manag. 2015;20(2):84 à 88.
45. Di Renna T, Burke E, Bhatia A, et coll. Improving access to chronic pain care with central referral and triage: The 6-year findings from a single-entry model. Canadian Journal of Pain 2024; 8(1):2297561.
46. Wiklund M, Fjellman-Wiklund A, Stålnacke BM, et coll. Access to rehabilitation: patient perceptions of inequalities in access to specialty pain rehabilitation from a gender and intersectional perspective. Glob Health Action. 2016; 9(1):31542.
47. Quiton RL, Leibel DK, Boyd EL, et coll. Sociodemographic patterns of pain in an urban community sample: an examination of intersectional effects of sex, race, age, and poverty status. Pain. Mai 2020;161(5):1044 à 1051.
48. Givler A, Bhatt H, Maani-Fogelman PA. The Importance of Cultural Competence in Pain and Palliative Care. Dans : StatPearls [Internet]. Treasure Island (Floride) : Éditions StatPearls; janvier 2024 [consulté le 9 septembre 2024]. Disponible à l'adresse : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493154/>

49. Fishman SM, Young HM, Lucas Arwood E, et coll. Core competencies for pain management: Results of an interprofessional consensus summit. *Pain Medicine*. Juillet 2013;14(7):971 à 981.
50. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). Norme d'exercice : champ d'application [Internet]. Toronto (Ontario) : OIIO; 2023. Disponible à l'adresse : <https://cno.org/globalassets/docs/prac/49041-scope-of-practice.pdf>
51. Herr K, Anderson AR, Arbour C, et coll. Évaluation de la douleur chez le patient incapable de s'autoévaluer : recommandations relatives à la pratique clinique à l'appui de l'énoncé de position de l'ASPMN 2024. *Pain Manag Nurs*. Sous presse.
52. Gai N, Naser B, Hanley J, et coll. *A practical guide to acute pain management in children*. *J Anesth*. Juin 2020;34(3):421 à 433.
53. Organisation de normes en santé (HSO). Gestion de la douleur pédiatrique [Internet]. Ottawa (Ontario) : HSO; mars 2023 [consulté le 9 septembre 2024]. Disponible à l'adresse : <https://healthstandards.org/fr/standard/gestion-de-la-douleur-pediatrique-can-hso-13200-2023-f/>
54. Sue K, Mazzotta P, Grier E. Palliative care for patients with communication and cognitive difficulties. *Le Médecin de famille canadien* avril 2019; 65(Suppl 1) :S19 à 24.
55. Arif-Rahu M, Grap MJ. Facial expression and pain in the critically ill non-communicative patient: state of science review. *Intensive Crit Care Nurs*. Décembre 2010;26(6):343 à 352.
56. Hadjistavropoulos T, Herr K, Prkachin KM, et coll. Pain assessment in elderly adults with dementia. *Lancet Neurol*. Décembre 2014;13(12):1216 à 1227.
57. Gallant NL, Peckham A, Marchildon G, et coll. Provincial legislative and regulatory standards for pain assessment and management in long-term care homes: a scoping review and in-depth case analysis. *BMC Geriatr*. 2020; 20(1):458.
58. Fraser Health. Hospice palliative care program: symptom guidelines [Internet]. Surrey (Colombie-Britannique) : Fraser Health; 2019. Disponible à l'adresse : [https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/Health-Professionals/Professionals-Resources/Hospice-palliative-care/Sections-PDFs-for-FH-Aug31/9524-01-05-FH--Sym\\_Guide-Intro-v05FINAL.pdf](https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/Health-Professionals/Professionals-Resources/Hospice-palliative-care/Sections-PDFs-for-FH-Aug31/9524-01-05-FH--Sym_Guide-Intro-v05FINAL.pdf)
59. Raja SN, Carr DB, Cohen M, et coll. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976 à 1982.
60. Bonezzi C, Fornasari D, Cricelli C, et coll. Not all pain is created equal: basic definitions and diagnostic work-up. *Pain Ther*. Décembre 2020; 9(Suppl 1) :1 à 15.
61. Hamdan A, Galvez R, Katati M. Shedding light on neuropathic pain: current and emerging tools for diagnosis, screening, and quantification. *SAGE Open Med*. 2024;12:20503121231218985.
62. Prempeh ABA, Duys R, de Vaal A, Parker R. Pain assessment and management: an audit of practice at a tertiary hospital. *Health SA*. 2020;25:1281.
63. Devlin JW, Skrobik Y, Rochweg B, et coll. Methodologic innovation in creating clinical practice guidelines: insights from the 2018 Society of Critical Care Medicine pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption guideline effort. *Crit Care Med*. Septembre 2018;46(9):1457 à 1463.
64. Shahiri S, Gélinas C. The validity of vital signs for pain assessment in critically ill adults: a narrative review. *Pain Manag Nurs*. Juin 2023;24(3):318 à 328.

65. Stevens BJ, Harrison D, Rashotte J, et coll. Pain assessment and intensity in hospitalized children in Canada. *The Journal of Pain*. Septembre 2012;13(9):857 à 865.
66. Telusca N, Gaisey JN, Woods C, et coll. Strategies to promote racial healthcare equity in pain medicine: a call to action. *Pain Medicine*. Juillet 2022;23(7):1225 à 1230.
67. Wallace B, Varcoe C, Holmes C, et coll. Towards health equity for people experiencing chronic pain and social marginalization. *Int J Equity Health*. 2 février 2021; 20(1):53.
68. Bailey NGN, Knott R, Grenier G, et coll. Physical pain among Indigenous Peoples in Canada: a scoping review. *Can J Anesth*. 21 juin 2023; 70(6):1047 à 1063.
69. VanEvery R, Latimer M, Naveau, A. Clinical strategies to develop connections, promote health and address pain from the perspective of Indigenous youth, elders and clinicians. *Front Pain Res [Internet]*. 12 mai 2022; 3:857624. Disponible à l'adresse : <https://www.frontiersin.org/journals/pain-research/articles/10.3389/fpain.2022.857624/full>
70. Joo H, Fernández A, Wick EC et coll. Association of language barriers with perioperative and surgical outcomes: a systematic review. *JAMA Netw Open*. 11 juillet 2023; 6(7) :e2322743.
71. Making Sense of Pain Assessment After Surgery. Dans : International Association for the Study of Pain (IASP) [Internet]. Washington D.C. : IASP; c2021 [consulté le 18 septembre 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.iasp-pain.org/publications/relief-news/article/making-sense-of-pain-assessment-after-surgery/>
72. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. Health measurement scales: a practical guide to their development and use [Internet]. 6<sup>e</sup> éd. Oxford (Royaume-Uni) : Oxford University Press ; 2024. Disponible à l'adresse : [https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=pb30EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Health+Measurement+Scales:+A+Practical+Guide+to+their+Development+and+Use+\(6e+édition\)&ots=TOLL-ApfBMP&sig=djQiRnc24RWqGDdUHUVGn7HWh90](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=pb30EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Health+Measurement+Scales:+A+Practical+Guide+to+their+Development+and+Use+(6e+édition)&ots=TOLL-ApfBMP&sig=djQiRnc24RWqGDdUHUVGn7HWh90)
73. Becker S, Blyth F, Gilron I, Zinboonyahgoon N. What do we mean by integrative pain care? [Internet]. Washington D.C. : International Association for the Study of Pain; 6 avril 2023 [consulté le 9 septembre 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/what-do-we-mean-by-integrative-pain-care/>
74. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). Therapeutic nurse-client relationship, révisé en 2006 [Internet]. Toronto (Ontario) : OIIO; [mis à jour en avril 2019]. Disponible à l'adresse : [https://www.cno.org/Assets/CNO/Documents/Standard-and-Learning/Practice-Standards/51033\\_nurseclient.pdf](https://www.cno.org/Assets/CNO/Documents/Standard-and-Learning/Practice-Standards/51033_nurseclient.pdf)
75. National Academies of Science, Engineering, and Medicine. The role of nonpharmacological approaches to pain management: proceedings of a workshop. Washington D.C. : The National Academies Press; 2019. Disponible à l'adresse : <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=TNmaDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=The+Role+of+Nonpharmacological+Approaches+to+Pain+Management:+Proceedings+of+a+Workshop.&ots=NQdUxHY971&sig=xdGPN22ZccV0UFWdqNxYNIPRWNU>
76. Belzak L, Halverson J. Synthèse des données probantes – La crise des opioïdes au Canada : une perspective nationale Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. Juin 2018;38(6):224 à 233.
77. Santé Canada. La douleur chronique au Canada : jeter les bases d'un programme d'action : rapport du Groupe de travail canadien sur la douleur, juin 2019 [Internet]. Ottawa (Ontario) : Santé Canada; août 2019. Disponible à : <https://publications.gc.ca/site/fra/9.875857/publication.html>

78. Bonakdar RA. Integrative pain management. *Med Clin North Am.* septembre 2017; 101(5):987 à 1004.
79. Baker TA, Booker SQ, Janevic MR. A progressive agenda toward equity in pain care. *Health Psychol Behav Med.* 2023; 11(1):2266221.
80. Browne AJ, Varcoe CM, Wong ST et coll. Closing the health equity gap: evidence-based strategies for primary health care organizations. *Int J Equity Health.* 13 octobre 2012;11:59.
81. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIIS). Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme [Internet]. Vancouver (Colombie-Britannique) : CIHC; février 2010. Disponible à : <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf>
82. Gordon DB, Watt-Watson J, Hogans BB. Interprofessional pain education—with, from, and about competent, collaborative practice teams to transform pain care. *PAIN Reports.* Mai/juin 2018;3(3):e663.
83. Hassan S, Carlin L, Zhao J, et coll. Promoting an interprofessional approach to chronic pain management in primary care using Project ECHO. *J Interprof Care.* 2021;35(3):464 à 477.
84. Elbers S, Wittink H, Konings S, et coll. Longitudinal outcome evaluations of Interdisciplinary Multimodal Pain Treatment programmes for patients with chronic primary musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pain.* Février 2022;26(2):310 à 335.
85. Vader K, Donnelly C, Lane T, et coll. Delivering team-based primary care for the management of chronic low back pain: an interpretive description qualitative study of healthcare provider perspectives. *Canadian Journal of Pain* 2023; 7(1):2226719.
86. IASP Announces Revised Definition of Pain. Dans : International Association for the Study of Pain (IASP) [Internet]. Washington D.C. : IASP; 16 juillet 2020 [consulté le 9 septembre 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
87. Claus BB, Stahlschmidt L, Dunford E, et coll. Intensive interdisciplinary pain treatment for children and adolescents with chronic noncancer pain: a preregistered systematic review and individual patient data meta-analysis. *Pain.* Décembre 2022;163(12):2281 à 2301.
88. Connell NB, Prathivadi P, Lorenz KA et coll. Teaming in interdisciplinary chronic pain management interventions in primary care: a systematic review of randomized controlled trials. *J Gen Intern Med.* 3 mars 2022;37(6):1501 à 1512.
89. Choinière M, Peng P, Gilron I, et coll. Accessing care in multidisciplinary pain treatment facilities continues to be a challenge in Canada. *Reg Anesth Pain Med.* 2020;45(12):943 à 988.
90. McEwen V, Esterlis MM, Lorello RG, et coll. A scoping review of gaps identified by primary care providers in caring for patients with chronic noncancer pain. *Canadian Journal of Pain* 2023; 7(1):2145940.
91. Pieper MJC, van der Steen JT, Francke AL, et coll. Effects on pain of a stepwise multidisciplinary intervention (STA OPI) that targets pain and behavior in advanced dementia: a cluster randomized controlled trial. *Palliat Med.* Mars 2018;32(3):682 à 692.
92. Balice-Bourgeois C, Zumstein-Shaha M, Simonetti GD, Newman CJ. Interprofessional collaboration and involvement of parents in the management of painful procedures in newborns. *Front Pediatr.* 22 juillet 2020;8:394.

93. Bongiovanni A., Recine F., Fausti V., et coll. Ten-year experience of the multidisciplinary Osteoncology Center. *Support Care Cancer*. 16 janvier 2019; 27(9):3395 à 3402.
94. Masters S, Hogarth L. Interdisciplinary spinal pain clinics in primary care: outcomes from one service. *Aust J Gen Pract*. Mai 2019;48(5):308 à 313.
95. Witteveen H, van den Berg P, Vermeulen G. Treatment of menstrual migraine; multidisciplinary or monodisciplinary approach. *J Headache Pain*. 2017; 18(1):45.
96. Lagisetty P, Smith A., Antoku D., et coll. A physician-pharmacist collaborative care model to prevent opioid misuse. *Am J Health Syst Pharm*. 20 mai 2020; 77(10):771 à 780.
97. Tetlow J, Ainsley C., Twiddy H., et coll. Development of an interdisciplinary specialist facial pain management programme. *Br J Pain*. Avril 2022;16(2):161 à 169.
98. Papermaster AE, Whitney M, Vinas EK. Interprofessional case conference enhances group learning and the quality, safety, value, and equity of team-based care. *J Contin Educ Health Prof*. 2023 Winter;43(1):4 à 11.
99. Grona SL, Oosman S, Bath B. Bridging health care access gaps in a remote Indigenous community. *Physiotherapy Practice*. 2018;8(4):17 à 9.
100. Lee RR, McDonagh JE, Rapley T, et coll. "My gut feeling is...": an ethnographic study exploring interprofessional communication about children and adolescents with chronic musculoskeletal pain in paediatric rheumatology. *The Journal of Pain*. Décembre 2023;24(12):2257 à 2267.
101. Zimmer Z, Fraser K, Grol-Prokopczyk H, Zajacova A. A global study of pain prevalence across 52 countries: examining the role of country-level contextual factors. *Pain*. Septembre 2022;163(9):1740 à 1750.
102. Pain Education in Nursing. Dans : Centre de recherche sur la douleur Alan Edwards. Université McGill [Internet]. Montréal (Québec) : Université McGill; c2024. Disponible à l'adresse : <https://www.mcgill.ca/painresearch/education/professional-degrees/pain-education-nursing>
103. Certificat d'études supérieures en prise en charge de la douleur. Dans : Faculté de médecine de réadaptation. Université de l'Alberta [Internet]. Edmonton (Alberta) : Université de l'Alberta; C2024. Disponible à l'adresse : <https://www.ualberta.ca/en/rehabilitation/programs/certificate-programs/certificate-in-pain-management.html>
104. Cioffi I, Dale CM, Murphy L, et coll. Ten years of interfaculty pain curriculum at the University of Toronto: impact on student learning. *PAIN Reports*. 2021; 6(4) :e974.
105. Lax L, Watt-Watson J, Lui M, et coll. Innovation and design of a web-based pain education interprofessional resource. *Pain Res Manag*. 2011;16(6):427 à 432.
106. Verma A, Patyal A, Meena JK, et coll. Interactive teaching in medical education: experiences and barriers. *Adesh Univ J Med Sci Res*. 2021;3(2):69 à 73.
107. Sankey M, Birch D, Gardiner M. Engaging students through multimodal learning environments: the journey continues. Dans : Proceedings of the 27th Annual Conference of the Australasian Society for Computers in Learning in Tertiary Education (ASCILITE 2010) [Internet]. 2010 [consulté le 9 septembre 2024]. Disponible à l'adresse : <https://research.usq.edu.au/item/q026x>
108. Bouchey B, Castek J, Thygeson J. Apprentissage multimodal. *Innov Learn Environnement STEM High Educ Oppor Chall Look Forw*. 2021;35 à 54.

109. Lioffi C, Failo A, Schoth DE, et coll. The effectiveness of online pain resources for health professionals: a systematic review with subset meta-analysis of educational intervention studies. *Pain*. Avril 2018;159(4):631 à 643.
110. Moehl K, Wright RM, Shega J, et coll. How to teach medical students about pain and dementia: e-learning, experiential learning, or both? *Pain Medicine*. Octobre 2020;21(10):2117 à 2122.
111. Colleary G, O'Sullivan K, Griffin D, et coll. Effect of pain neurophysiology education on physiotherapy students' understanding of chronic pain, clinical recommendations and attitudes towards people with chronic pain: a randomised controlled trial. *Physiotherapy*. Décembre 2017;103(4):423 à 429.
112. Poulsen M, Friesgaard KD, Seidenfaden S, et coll. Educational interventions to improve medical students' knowledge of acute pain management: a randomized study. *Scand J Pain*. 2019;19(3):619 à 622.
113. Kelly MA, Slatyer S, Myers H, et coll. Using audio-visual simulation to elicit nursing students' noticing and interpreting skills to assess pain in culturally diverse patients. *Clin Simul Nurs*. Octobre 2022;71:31 à 40.
114. Hovland C, Milliken B, Niederriter J. Interprofessional simulation education and nursing students: assessing and understanding empathy. *Clin Simul Nurs*. Novembre 2021;60:25 à 31.
115. Farshbaf-Khalili A, Jasemi M, Seyyedzavvar A. Comparing the effect of electronic and lecture education of pain management on the knowledge, attitude, and practice of nurses: A randomized-controlled trial. *J Educ Health Promot*. 2021;10(1):374.
116. Meghani SH, Polomano RC, Tait RC et coll. Advancing a national agenda to eliminate disparities in pain care: directions for health policy, education, practice, and research. *Pain Medicine*. Janvier 2012;13(1):5 à 28.
117. Adams MCB, Denizard-Thompson NM, DiGiacobbe G, et coll. Designing actionable solutions and curriculum for pain disparities education. *Pain Medicine*. Février 2022;23(2):288 à 294.
118. Dale CM, Cioffi I, Novak CB, et coll. Continuing professional development needs in pain management for Canadian health care professionals: a cross-sectional survey. *Canadian Journal of Pain* 2023; 7(1):2150156.
119. Mankelow J, Ryan C, Taylor P, et coll. A systematic review and meta-analysis of the effects of biopsychosocial pain education upon health care professional pain attitudes, knowledge, behavior and patient outcomes. *The Journal of Pain*. 2022; 23(1):1 à 24.
120. Horsley TL, O'Rourke J, Mariani B, et coll. An integrative review of interprofessional simulation in nursing education. *Clin Simul Nurs*. Septembre 2018;22:5 à 12.
121. Hopkins D, éditeur. Cadre d'action sur la formation interprofessionnelle et les pratiques collaboratives [Internet]. Genève (Suisse) : Presse de l'OMS; 2010. Disponible à l'adresse : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185?sequence=1>
122. Plan du programme d'études interprofessionnel sur la douleur de l'IASP. International Association for the Study of Pain (IASP) [Internet]. Washington D.C. : IASP; c2018. Disponible à l'adresse : <https://www.iasp-pain.org/education/curricula/iasp-interprofessional-pain-curriculum-outline/>
123. Ozawa M, Yokoo K, Sumiya T, Kawano R. Effectiveness of e-learning on neonatal nurses' pain knowledge and pain measurement skills: a pilot study. *Adv Neonatal Care*. Avril 2022;22(2):132 à 139.
124. Eaton LH, Godfrey DS, Langford DJ, et coll. Telementoring for improving primary care provider knowledge and competence in managing chronic pain: a randomised controlled trial. *J Telemed Telecare*. Février 2020; 26(1-2): 21 à 27.

125. Yoo J, De Gagne JC, Kim HJ, Oh J. Development and evaluation of a web-based acute pain management education program for Korean registered nurses: a randomized controlled trial. *Nurse Educ Pract.* 2019 Jul;38:7 à 13.
126. MacDonell-Yilmaz RE, Murillo A, Welch JG. Pediatric opioid analgesia self-instruction system (PedOASIS): an effective education tool. *Pediatr Blood Cancer.* 2022; 69(Suppl 2) :S115.
127. Salim NA, Tuffaha MG, Brant JM. Impact of a pain management program on nurses' knowledge and attitude toward pain in United Arab Emirates: experimental-four Solomon group design. *Appl Nurs Res.* Août 2020;54:151314.
128. Al-Maaitah EI, Abdel Razeq NM, Obeidat HM. Nurses' improved provision of infants' procedural pain assessment and management with non-pharmacological interventions following a training program in Jordan. *J Neonatal Nurs.* 2023;29(2):356 à 360.
129. Kamm AM, Liu JB, Demitroulas K, et coll. An interdisciplinary approach to safe opioid prescribing and administration for surgical patients at an academic medical center. *J Clin Nurs.* Février 2022;31(3-4):454 à 463.
130. Leung YW, Wong J, Kiteley C, et coll. Addressing educational needs in managing complex pain in cancer populations: evaluation of APAM: an online educational intervention for nurses. *Am J Hosp Palliat Med.* Juillet 2019;36(7):587 à 597.
131. Jacobs ZG, Elnicki DM, Perera S, Weiner DK. An e-learning module on chronic low back pain in older adults: effect on medical resident attitudes, confidence, knowledge, and clinical skills. *Pain Medicine.* Juin 2018;19(6):1112 à 1120.
132. Liu X., Li L., Wang L., et coll. Implementation and evaluation of a pain management core competency education program for surgical nurses. *Int J Nurs Sci.* 10 janvier 2021;8(1):51 à 57.
133. Chu TL, Wang J, Lin HL, et coll. Multimedia-assisted instruction on pain assessment learning of new nurses: a quasi-experimental study. *BMC Med Educ.* 2019;19(1):68.
134. Anderson D., Zlateva I., Davis B., et coll. Improving pain care with project ECHO in community health centers. *Pain Medicine.* 2017;18(10):1882 à 9.
135. Kang D., Zhang L., Jin S., et coll. Effectiveness of palliative care simulation in newly hired oncology nurses' training. *Asia Pac J Oncol Nurs.* Mars 2022;9(3):167 à 173.
136. Carlin L., Zhao J., Dubin R., et coll. Project ECHO telementoring intervention for managing chronic pain in primary care: insights from a qualitative study. *Pain Medicine.* Juin 2018;19(6):1140 à 1146.
137. Ball S, Wilson B, Ober S, Mchaourab A. SCAN-ECHO for pain management: implementing a regional telementoring training for primary care providers. *Pain Medicine.* Février 2018;19(2):262 à 268.
138. Mulchan SS, Miller M, Theriault CB, et coll. A systematic approach to developing virtual patient vignettes for pediatric health equity research. *Health Equity.* 2022;6(1):862 à 872.
139. Eissa A, Rowe R, Pinto A, et coll. Implementing high-quality primary care through a health equity lens. *Ann Fam Med.* Mars 2022;20(2):164 à 169.
140. Ickmans K, Rheel E, Rezende J, Reis FJJ. Spreading the word: pediatric pain education from treatment to prevention. *Arch Physiother.* 2022;12(1):25.

141. Giannitrapani KF, Ahluwalia SC, McCaa M, et coll. Barriers to using nonpharmacologic approaches and reducing opioid use in primary care. *Pain Medicine*. Juillet 2018;19(7):1357 à 1364.
142. Bushnell MC, Frangos E, Madian N. Non-pharmacological treatment of pain: grand challenge and future opportunities. *Front Pain Res [Internet]*. 2021;2:696783. Disponible à l'adresse : <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpain.2021.696783/full>
143. Becker WC, Dorflinger L, Edmond SN, et coll. Barriers and facilitators to use of non-pharmacological treatments in chronic pain. *BMC Fam Pract*. 2017; 18(1):41.
144. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19 à 32.
145. Harrison MB, Graham ID, Fervers B, van den Hoek J. Adapting knowledge to local context. Dans : Straus SE, Tetroe J, Graham ID, éditeurs. *Knowledge translation in health care [Internet]*. Chichester (Royaume-Uni) : John Wiley & Sons; 2013. p. 110 à 120. Disponible à l'adresse : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118413555.ch10>
146. Rey M, Grinspun D, Costantini L, Lloyd M. The anatomy of a rigorous best practice guideline development process. Dans : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. *Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science and evaluation*. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2018. p. 3 à 27.
147. Grinspun D. Transforming nursing through knowledge: the conceptual and programmatic underpinnings of RNAO's BPG program. Dans : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. *Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science and evaluation*. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2018. p. 3 à 27.
148. Excellence en santé Canada (ESC). *Recommandations pour la réintégration des personnes proches aidantes comme partenaires de soins essentiels : Sommaire et rapport [Internet]*. Ottawa (Ontario) : ESC; [mis à jour en septembre 2021]. Disponible à l'adresse : [https://www.healthcareexcellence.ca/media/jzsbwcv/202110\\_policyguidance\\_fr.pdf](https://www.healthcareexcellence.ca/media/jzsbwcv/202110_policyguidance_fr.pdf)
149. Agence de santé publique du Canada. *Définitions communes en matière de sécurité culturelle : Forum des professionnels de la santé de l'administratrice en chef de la santé publique*. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada; juin 2023. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/chief-public-health-officer-health-professional-forum-common-definitions-cultural-safety/definitions-fr2.pdf>
150. Stevens KR. The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *Online J Issues Nurs [Internet]*. 2013;18(2):4. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol18No02Man04>
151. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille [Internet]*. Toronto (Ontario) : AIIAO; Mai 2015. Disponible à l'adresse : [RNAO.CA/BPG/GUIDELINES/PERSON-AND-FAMILY-CENTRED-CARE](https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care)
152. L'équité en matière de santé. Dans : Organisation mondiale de la Santé (OMS) [Internet] Genève (Suisse) : OMS; c2024. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/health-topics/health-equity>
153. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). *RHPA: scope of practice, controlled acts model [Internet]*. Toronto (Ontario) : OIIO, 2014. Disponible à l'adresse : [https://neltoolkit.RNAO.CA/sites/default/files/Legislation%20and%20Regulation%20RHPA\\_Scope%20of%20Practice,%20Controlled%20Acts%20%20Model\\_Revised%20June%202014.pdf](https://neltoolkit.RNAO.CA/sites/default/files/Legislation%20and%20Regulation%20RHPA_Scope%20of%20Practice,%20Controlled%20Acts%20%20Model_Revised%20June%202014.pdf)

154. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). Travailler avec des prestataires de soins non réglementés. [Internet]. Toronto (Ontario) : OIIO, 2013. Disponible à l'adresse : [https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41014\\_workingucp.pdf](https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41014_workingucp.pdf)
155. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to Implementation Science. *Implement Sci.* 22 février 2006;1:1.
156. Nations Unies (ONU). United Nations permanent forum on Indigenous issues: who are Indigenous peoples? [Internet]. [lieu inconnu] : ONU; [date inconnue]. Disponible à l'adresse : [https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/5session\\_factsheet1.pdf](https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/5session_factsheet1.pdf)
157. Les Autochtones et leurs communautés. Dans : Gouvernement du Canada [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; [modifié le 13 juin 2024]. Disponible à : <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1100100013785/1529102490303>
158. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, et coll. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* [Internet]. Version 6.3. [lieu inconnu] : Cochrane; 2022. Disponible à l'adresse : <https://training.cochrane.org/handbook/archive/v6.3>
159. Pain Assessment and Measurements. Dans : International Association for the Study of Pain (IASP) [Internet]. Washington D.C. : IASP; c2021 [consulté le 18 septembre 2024]. Disponible à l'adresse : <https://www.iasp-pain.org/resources/topics/pain-assessment-and-measurements/>
160. Maryland Board of Nursing (MBON). Pain management nursing role/core competency a guide for nurses [Internet]. Baltimore (MD): MBON; [date inconnue]. Disponible à l'adresse : [https://mbon.maryland.gov/Documents/pain\\_management.pdf#:~:text=Pain%20management%20encom-pass-es%20various%20types%20of%20pain%20experiences,many%20symptoms%20of%20the%20patient%20receiving%20palliative%20care](https://mbon.maryland.gov/Documents/pain_management.pdf#:~:text=Pain%20management%20encom-pass-es%20various%20types%20of%20pain%20experiences,many%20symptoms%20of%20the%20patient%20receiving%20palliative%20care)
161. Pain Assessment and Management – Understanding the Requirements. Dans : The Joint Commission [Internet]. Oakbrook Terrace (Illinois) : The Joint Commission; 18 octobre 2017 [dernière mise à jour le 25 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.jointcommission.org/standards/standard-faqs/hospital-and-hospital-clinics/provision-of-care-treatment-and-services-pc/000002161/>
162. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Transitions dans les soins et les services*. 2<sup>e</sup> éd. Toronto (Ontario) : AIIAO; juin 2023.
163. Hedges C, Williams B. *Anatomy of research for nurses*. Sigma Theta Tau International; 2014.
164. Ruiz S, Brady TJ, Glasgow RE, et coll. Chronic condition self-management surveillance: what is and what should be measured? *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2014;11:130328. Disponible à l'adresse : [https://www.cdc.gov/pccd/issues/2014/13\\_0328.htm](https://www.cdc.gov/pccd/issues/2014/13_0328.htm)
165. Albuquerque MLL, Monteiro D, Marinho DA, et coll. Effects of different protocols of physical exercise on fibromyalgia syndrome treatment: systematic review and meta-analysis of random-ized controlled trials. *Rheumatol Int.* 2022; 42(11):1893 à 1908.
166. Almeida C, Monteiro-Soares M, Fernandes Â. Should non-pharmacological and non-surgical interventions be used to manage neuropathic pain in adults with spinal cord injury? - a systematic review. *The Journal of Pain.* 2022;23(9):1510 à 1529.
167. Almeida KAM, Rocha AP, Carvas N, Pinto ACPN. Rehabilitation interventions for shoulder dysfunction in patients with head and neck cancer: systematic review and meta-analysis. *Phys Ther.* 2020;100(11):1997 à 2008.

168. Álvarez-García C, Yaban Z. The effects of preoperative guided imagery interventions on preoperative anxiety and postoperative pain: a meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract*. 2020;38:101077.
169. Ampiah PK, Hendrick P, Moffatt F, Ahenkorah J. Operationalisation of a biopsychosocial approach for the non-pharmacological management of patients with chronic musculoskeletal pain in low- and middle-income countries: a systematic review. *Musculoskeletal Care*. 2020;18(3):227 à 244.
170. Anshasi HA, Ahmad M. An assessment of methodological quality of systematic reviews of acupuncture and related therapies for cancer-related pain. *Complement Ther Clin Pract*. 2018;32:163 à 168.
171. Arnold E, La Barrie J, DaSilva L, et coll. The effect of timing of physical therapy for acute low back pain on health services utilization: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2019;100(7):1324 à 1338.
172. Bakker CJ, Wise KL, Williams BR, Swiontkowski MF. Complementary and alternative medicine for postoperative pain: a systematic review. *J Bone Joint Surg Am*. 2020; 102(Suppl 1) :36 à 46.
173. Bao Z, Landers M. Non-pharmacological interventions for pain management in patients with dementia: a mixed-methods systematic review. *J Clin Nurs*. 2022;31(7-8):1030 à 1040.
174. Barnes P, Rivera M. The effect of Active Release Technique<sup>MD</sup> on clinician and patient-reported outcomes: a systematic review. *J Sport Rehabil*. 2022;31(3):331 à 336.
175. Benoit B, Martin-Misener R, Latimer M, Campbell-Yeo M. Breast-feeding analgesia in infants: an update on the current state of evidence. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2017;31(2):145 à 159.
176. Bernier Carney KM, Young EE, Guite JW, Starkweather AR. A systematic review of biological mechanisms and chronic pain outcomes during stress reduction interventions. *Biol Res Nurs*. 2020;22(2):205 à 216.
177. Bice AA, Wyatt TH. Holistic comfort interventions for pediatric nursing procedures: a systematic review. *J Holist Nurs*. 2017;35(3):280 à 295.
178. Birnie KA, Noel M, Chambers CT, et coll. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(10):CD005179.
179. Cashin AG, Lee H, Bagg MK, et coll. A systematic review highlights the need to improve the quality and applicability of trials of physical therapy interventions for low back pain. *J Clin Epidemiol*. 2020;126:106 à 115.
180. Chaibi A, Stavem K, Russell MB. Spinal manipulative therapy for acute neck pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Clin Med*. 2021;10(21):5011.
181. Cho MK, Choi MY. Effect of distraction intervention for needle-related pain and distress in children: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(17):9159.
182. Clijsen R, Stoop R, Hohenauer E, et coll. Local heat applications as a treatment of physical and functional parameters in acute and chronic musculoskeletal disorders or pain. *Arch Phys Med Rehabil*. 2022;103(3): 505 à 522.
183. Colombo C, Salvioli S, Gianola S, et coll. Traction therapy for cervical radicular syndrome is statistically significant but not clinically relevant for pain relief: a systematic literature review with meta-analysis and trial sequential analysis. *J Clin Med*. 2020;9(11):3389.
184. Comer C, Smith TO, Drew B, et coll. A systematic review assessing non-pharmacological conservative treatment studies for people with non-inflammatory multi-joint pain: clinical outcomes and research design considerations. *Rheumatol Int*. 2018; 38(3):331 à 341.

185. Coronado RA, Albers HE, Allen JL, et coll. Pain-reducing effects of physical therapist-delivered interventions: a systematic review of randomized trials among older adults with dementia. *J Geriatr Phys Ther.* 2020;43(3): 159 à 169.
186. da Silva AC, De Noronha M, Liberatori-Junior RM, et coll. The effectiveness of ischemic compression technique on pain and function in individuals with shoulder pain: a systematic review. *J Manipulative Physiol Ther.* 2020;43(3):234 à 246.
187. de Zoete RM, Armfield NR, McAuley JH, et coll. Comparative effectiveness of physical exercise interventions for chronic non-specific neck pain: a systematic review with network meta-analysis of 40 randomised controlled trials. *Br J Sports Med.* 2021;55(13):730 à 742.
188. Deniz doğan s, köse tosunöz. Effects of aromatherapy on pain and anxiety in burn patients: a systematic review and meta-analysis. *Explore.* Janv.-févr. 2023;19(1):100 à 106.
189. Eaton LH, Brant JM, McLeod K, Yeh C. Nonpharmacologic pain interventions: a review of evidence-based practices for reducing chronic cancer pain. *Clin J Oncol Nurs.* 2017;21(3):54 à 70.
190. Ebadi S, Henschke N, Forogh B, et coll. Therapeutic ultrasound for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(7):CD005179.
191. Eijlers R, Utens EMWJ, Staals LM, et coll. Systematic review and meta-analysis of virtual reality in pediatrics: effects on pain and anxiety. *Anesthesia & Analgesia.* 2019;129(5):1344 à 1353.
192. Eldaly AS, Avila FR, Torres-Guzman RA, et coll. Virtual and augmented reality in management of phantom limb pain: a systematic review. *Hand (N Y).* 2024;19(4):545 à 554.
193. Erçelik ZE, Yilmaz D. Nonpharmacological applications during the retinopathy of prematurity examination and their effects on pain control: a systematic review and meta-analysis. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2022;36(3):297 à 304.
194. Feng Y, Lin Y, Zhang N, et coll. Effects of animal-assisted therapy on hospitalized children and teenagers: a systematic review and meta-analysis. *J Pediatr Nurs.* 2021;60:11 à 23.
195. Fisher E, Law E, Dudeney J, et coll. Psychological therapies (remotely delivered) for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;(4):CD011118.
196. Fraser JJ, Corbett R, Donner C, Hertel J. Does manual therapy improve pain and function in patients with plantar fasciitis? A systematic review. *J Man Manip Ther.* 2018;26(2):55 à 65.
197. Fusetti V, Re L, Pigni A, et coll. Clown therapy for procedural pain in children: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Pediatr.* 2022;181(6):2215 à 2225.
198. Gandy M, Pang STY, Scott AJ, et coll. Internet-delivered cognitive and behavioural based interventions for adults with chronic pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain.* 2022; 163(10) :E1041 à 1053.
199. Garrido-Ardila EM, Santos-Domínguez M, Rodríguez-Mansilla J, et coll. A systematic review of the effectiveness of virtual reality-based interventions on pain and range of joint movement associated with burn injuries. *J Pers Med.* 2022; 12(8):1269.
200. Garzonio S, Arbasetti C, Geri T, et coll. Effectiveness of specific exercise for deep cervical muscles in nonspecific neck pain: a systematic review and meta-analysis. *Phys Ther.* Mai 2022; 102(5):p zac001.

201. Gates M, Hartling L, Shulhan-Kilroy J, et coll. Digital technology distraction for acute pain in children: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2020;145(2):e20191139.
202. Gava V, Ribeiro LP, Barreto RPG, Camargo PR. Effectiveness of physical therapy given by telerehabilitation on pain and disability of individuals with shoulder pain: a systematic review. *Clin Rehabil*. 2022;36(6):715 à 725.
203. Gibson W, Wand BM, Meads C, et coll. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic pain - an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;(2):CD011890.
204. Gilliam JR, George SZ, Norman KS, et coll. Mind-body exercise performed by physical therapists for reducing pain and disability in low back pain: a systematic review with meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. Mai 2023;104(5):776 à 789.
205. Gordon M, Sinopoulou V, Tabbers M, et coll. Psychosocial interventions for the treatment of functional abdominal pain disorders in children: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2022;176(6):560 à 568.
206. Grassini S. Virtual reality assisted non-pharmacological treatments in chronic pain management: a systematic review and quantitative meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(7):4071.
207. Griswold D, Learman K, Ickert E, et coll. Comparing dry needling or local acupuncture to various wet needling injection types for musculoskeletal pain and disability. A systematic review of randomized clinical trials. *Disabil Rehabil*. 2024;46(3):414 à 428.
208. Gu Q, Hou JC, Fang XM. Mindfulness meditation for primary headache pain: a meta-analysis. *Chin Med J (Angl)*. 2018;131(7):829 à 838.
209. Guerrero AVS, Maujean A, Campbell L, Sterling M. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions delivered by physiotherapists on pain, disability and psychological outcomes in musculoskeletal pain conditions. *Clinical Journal of Pain* 2018;34(9):838 à 857.
210. Guy L, McKinstry C, Bruce C. Effectiveness of pacing as a learned strategy for people with chronic pain: a systematic review. *Am J Occup Ther*. 2019;73(3):7303205060p1 à 10.
211. Halemani K, Issac A, Mishra P, et coll. Effectiveness of preoperative therapeutic play on anxiety among children undergoing invasive procedure: a systematic review and meta-analysis. *Indian J Surg Oncol*. 2022;13(4):858 à 867.
212. Hall A, Richmond H, Copsy B, et coll. Physiotherapist-delivered cognitive-behavioural interventions are effective for low back pain, but can they be replicated in clinical practice? A systematic review. *Disabil Rehabil*. 2018;40(1):1 à 9.
213. Hatfield LA, Murphy N, Karp K, Polomano RC. A systematic review of behavioral and environmental interventions for procedural pain management in preterm infants. *J Pediatr Nurs*. 2019;44:22 à 30.
214. Hawk C, Minkalis AL, Khorsan R, et coll. Systematic review of nondrug, nonsurgical treatment of shoulder conditions. *J Manipulative Physiol Ther*. 2017;40(5):293 à 319.
215. Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, et coll. Some types of exercise are more effective than others in people with chronic low back pain: a network meta-analysis. *J Physiother*. 2021;67(4):252 à 262.
216. He ZH, Yang HM, Dela Rosa RD, De Ala MB. The effects of virtual reality technology on reducing pain in wound care: a meta-analysis and systematic review. *Int Wound J*. 2022;19(7):1810 à 1820.

217. Hochheim M, Ramm P, Amelung V. The effectiveness of low-dosed outpatient biopsychosocial interventions compared to active physical interventions on pain and disability in adults with nonspecific chronic low back pain: a systematic review with meta-analysis. *Pain Pract.* 2023;23(4):409 à 436.
218. Hosseini SJ, Manzari ZS, Karkhah S, Heydari A. The effects of Valsalva maneuver on pain intensity and hemodynamic status during short peripheral cannula insertion in adults: a systematic review and meta-analysis. *J Vasc Access.* 2024;25(4):1051 à 1062.
219. Hsu HF, Chen KM, Belcastro F. The effect of music interventions on chronic pain experienced by older adults: a systematic review. *J Nurs Scholarsh.* 2022;54(1):64 à 71.
220. Hu H, Xu A, Gao C, et coll. The effect of physical exercise on rheumatoid arthritis: an overview of systematic reviews and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2021;77(2):506 à 522.
221. Hu W, Yang K, Zhang L, Lu X. Effect of media distraction (audio-visual and music) for pain and anxiety control in patients undergoing shock-wave lithotripsy: a systematic review and meta-analysis. *Exp Ther Med.* 2021;21(6):623.
222. Iijima H, Takahashi M. Microcurrent therapy as a therapeutic modality for musculoskeletal pain: a systematic review accelerating the translation from clinical trials to patient care. *Arch Rehabil Res Clin Transl.* 2021;3(3):100145.
223. Jan AL, Aldridge ES, Rogers IR et coll. Article de synthèse : l'acupuncture a-t-elle un rôle dans l'analgésie en milieu d'urgence? A systematic review and meta-analysis. *Emerg Med Australas.* 2017;29(5):490 à 498.
224. Ju W, Ren L, Chen J, Du Y. Efficacy of relaxation therapy as an effective nursing intervention for post-operative pain relief in patients undergoing abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis. *Exp Ther Med.* 2019;18(4):2909 à 2916.
225. Karlsson M, Bergenheim A, Larsson MEH, et coll. Effects of exercise therapy in patients with acute low back pain: a systematic review of systematic reviews. *Syst Rev.* 2020; 9(1):182.
226. Kim HJ, An JW, Lee Y, Shin YS. The effects of cryotherapy on perineal pain after child-birth: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery.* 2020;89:102788.
227. Kim KS, Loring S, Kwekkeboom K. Use of art-making intervention for pain and quality of life among cancer patients: a systematic review. *J Holist Nurs.* 2018;36(4):341 à 353.
228. Kumar J, Alam MM, Johnson KC. Nonpharmacological interventions for pain management in lung cancer patients: a systematic review. *Indian J Palliat Care.* 2020;26(4):444 à 456.
229. Lafrance S, Lapalme JG, Méquignon M, et coll. Advanced practice physiotherapy for adults with spinal pain: a systematic review with meta-analysis. *Eur Spine J.* 2021;30(4):990 à 1003.
230. Lambert V, Boylan P, Boran L, et coll. Virtual reality distraction for acute pain in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(10):CD010686.
231. Lauwens Y, Rafaatpoor F, Corbeel K, et coll. Immersive virtual reality as analgesia during dressing changes of hospitalized children and adolescents with burns: a systematic review with meta-analysis. *Children (Bâle) [Internet].* 2020;7(11):194. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3390/children7110194>
232. Li H, Man S, Zhang L, et coll. Clinical efficacy of acupuncture for the treatment of rheumatoid arthritis: meta-analysis of randomized clinical trials. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2022;2022:5264977.

233. Li J, Dong L, Yan X, et coll. Is acupuncture another good choice for physicians in the treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome? Review of the latest literature. *Pain Res Manag.* 2020;2020:5921038.
234. Li J, Li YX, Luo LJ, et coll. The effectiveness and safety of acupuncture for knee osteoarthritis: an overview of systematic reviews. *Medicine (Baltimore).* 2019; 98(28) :e16301.
235. Li K, Giustini D, Seely D. A systematic review of acupuncture for chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Curr Oncol.* 2019; 26(2) :e147 à 154.
236. Li T, Fu Y, Yang Y, Zhou YE. Control effect of virtual reality technology on procedural pain in children's wound: a meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2022; 101(40) :E30961.
237. Li X, Feng Y, Xia J, et coll. Effects of cognitive behavioral therapy on pain and sleep in adults with traumatic brain injury: a systematic review and meta-analysis. *Neural Plast.* 2021;2021:6552246.
238. Li Y, Xing X, Shi X, et coll. The effectiveness of music therapy for patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2020;76(5):1111 à 1123.
239. Liampas A, Hadjigeorgiou L, Nteveros A, et coll. Adjuvant physical exercise for the management of painful polyneuropathy. *Postgrad Med.* 2022;134(5):458 à 462.
240. Lin CL, Hwang SL, Jiang P, Hsiung NH. Effect of music therapy on pain after orthopedic surgery-a systematic review and meta-analysis. *Pain Pract.* 2020;20(4):422 à 436.
241. Lin KY, Tsai YJ, Hsu PY, et coll. Effects of sling exercise for neck pain: a systematic review and meta-analysis. *Phys Ther [Internet].* 2021;101(8):p zab120. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab120>
242. Liu J, Sai-Chuen Hui S, Yang Y, et coll. Effectiveness of home-based exercise for nonspecific shoulder pain: a systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2022;103(10):2036 à 2050.
243. Liu M, Ni R, Huang S, et coll. Efficacy of non-pharmacological interventions in pain relief and opioid consumption after cardiac surgery: a systematic review and Bayesian network meta-analysis. *J Clin Nurs.* Août 2023; 32(15-16):4626 à 4637. Disponible à l'adresse :
244. Lluésma-Vidal M, Carcélen González R, García-Garcés L, et coll. Effect of virtual reality on pediatric pain and fear during procedures involving needles: systematic review and meta-analysis. *JMIR Serious Games.* 2022;10(3):e35008.
245. Lopez-Rodriguez MM, Fernández-Millan A, Ruiz-Fernández MD, et coll. New technologies to improve pain, anxiety and depression in children and adolescents with cancer: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(10):3563.
246. Louw S, Makwela S, Manas L, et coll. Effectiveness of exercise in office workers with neck pain: a systematic review and meta-analysis. *S Afr J Physiother.* 2017;73(1):392.
247. Marik TL, Roll SC. Effectiveness of occupational therapy interventions for musculoskeletal shoulder conditions: a systematic review. *Am J Occup Ther.* 2017;71(1):7101180020p1 à 11.
248. Matthewman G, Lee A, Kaur JG, Daley AJ. Physical activity for primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;219(3):255.e1 à 20.
249. Medrado LN, Mendonça MLM, Budib MB, et coll. Effectiveness of aquatic exercise in the treatment of inflammatory arthritis: systematic review. *Rheumatol Int.* 2022; 42(10):1681 à 1691.

250. Mohammady M, Sadeghi N. Effect of cold application on bruising and pain following heparin subcutaneous injection: a systematic review and meta-analysis. *J Nurs Scholarsh.* 2020;52(6):634 à 642.
251. Monsalve-Duarte S, Betancourt-Zapata W, Suarez-Cañon N, et coll. Music therapy and music medicine interventions with adult burn patients: a systematic review and meta-analysis. *Burns.* 2022;48(3):510 à 521.
252. Moon M, Oh EG, Baek W, Kim YM. Effects of nurse-led pain management interventions for patients with total knee/hip replacement. *Pain Manag Nurs.* 2021;22(2):111 à 120.
253. Nascimento PRCD, Costa LOP, Araujo AC, et coll. Effectiveness of interventions for non-specific low back pain in older adults. A systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy.* 2019;105(2):147 à 162.
254. Nielsen A, Wieland LS. Cochrane reviews on acupuncture therapy for pain: a snapshot of the current evidence. *Explore (New York).* 2019;15(6):434 à 439.
255. Park YJ, Lee MK. Effects of nurse-led nonpharmacological pain interventions for patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Nurs Scholarsh.* 2022;54(4):422 à 433.
256. Pieri E, Bonetti F, Pellicciari L, Scipioni F. Well-described exercises for chronic low back pain in Life Science Literature: a systematic review. *J Back Musculoskelet Rehab.* 2022;35(4):729 à 742.
257. Pitsillides A, Stasinopoulos D, Giannakou K. The effects of cognitive behavioural therapy delivered by physical therapists in knee osteoarthritis pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Bodyw Mov Ther.* 2021;25:157 à 164.
258. Pourahmadi M, Dommerholt J, Fernández-de-Las-Peñas C, et coll. Dry needling for the treatment of tension-type, cervicogenic, or migraine headaches: a systematic review and meta-analysis. *Phys Ther [Internet].* 2021; 101(5):p zab068. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab068>
259. Qiu H, Li J, Zhou T, et coll. Electrical stimulation in the treatment of hemiplegic shoulder pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Phys Med Rehabil.* 2019;98(4):280 à 286.
260. Raposo F, Ramos M, Lúcia Cruz A. Effects of exercise on knee osteoarthritis: a systematic review. *Musculoskeletal Care.* 2021;19(4):399 à 435.
261. Sajeev MF, Kelada L, Yahya Nur AB, et coll. Interactive video games to reduce paediatric procedural pain and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth.* 2021;127(4):608 à 619.
262. Sánchez-Infante J, Navarro-Santana MJ, Bravo-Sánchez A, et coll. Is dry needling applied by physical therapists effective for pain in musculoskeletal conditions? A systematic review and meta-analysis. *Phys Ther [Internet].* 2021;101(3):p zab070. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab070>
263. Şanlıalp Zeyrek A, Takmak Ş, Kurban NK, Arslan S. Systematic review and meta-analysis: physical-procedural interventions used to reduce pain during intramuscular injections in adults. *J Adv Nurs.* 2019;75(12):3346 à 3361.
264. Santos EJF, Duarte C, Marques A, et coll. Effectiveness of non-pharmacological and non-surgical interventions for rheumatoid arthritis: an umbrella review. *JBI Database Syst Rev Implement Rep.* 2019;17(7):1494 à 1531.
265. Saragih ID, Suarilah I, Son NT, Lee BO. Efficacy of non-pharmacological interventions to reduce pain in people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs.* Août 2023; 32(15-16):5286 à 5299.

266. Sbardella S, La Russa C, Bernetti A, et coll. Muscle energy technique in the rehabilitative treatment for acute and chronic non-specific neck pain: a systematic review. *Healthcare (Bâle)* [Internet]. 2021;9(6):746. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3390/healthcare9060746>
267. Shah B, Wewege MA, Gilanyi YL, et coll. Effects of a single exercise session on pain intensity in adults with chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Musculosket Sci Pract*. 2022;62:102679.
268. Shi Z, Zhou H, Lu L, et coll. Aquatic exercises in the treatment of low back pain: a systematic review of the literature and meta-analysis of eight studies. *Am J Phys Med Rehabil*. 2018;97(2):116 à 122.
269. Sibanda A, Carnes D, Visentin D, Cleary M. A systematic review of the use of music interventions to improve outcomes for patients undergoing hip or knee surgery. *J Adv Nurs*. 2019;75(3):502 à 516.
270. Simpson PA, Mars T, Esteves JE. A systematic review of randomised controlled trials using Acceptance and Commitment Therapy as an intervention in the management of non-malignant, chronic pain in adults. *Int J Osteopath Med*. 2017;24:18 à 31.
271. Smith V, Warty RR, Sursas JA, et coll. The effectiveness of virtual reality in managing acute pain and anxiety for medical inpatients: systematic review. *J Med Internet Res*. 2020; 22(11):e17980.
272. Şolt Kirca A, Korkut Öksüz S, Murat N. The effect of cold application on episiotomy pain: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2022;31(5-6):559 à 568.
273. Song M, Li N, Zhang X, et coll. Music for reducing the anxiety and pain of patients undergoing a biopsy: a meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2018;74(5):1016 à 1029.
274. Souza IG, Souza RF, Barbosa FDS, et coll. Protocols used by occupational therapists on shoulder pain after stroke: systematic review and meta-analysis. *Occup Ther Int*. 2021;2021:8811721.
275. Stensland ML, McGeary DD. Use of animal-assisted interventions in relieving pain in healthcare settings: a systematic review. *Complement Ther Clin Pract*. 2022;46:101519.
276. Suder R, DeBoth KK, Carrick A, et coll. A systematic review of occupational therapy-related interventions for pediatric chronic pain. *OTJR (Thorofare N J)*. 2023;43(1):61 à 73.
277. Suleiman-Martos N, García-Lara RA, Membrive-Jiménez MJ, et coll. Effect of a game-based intervention on preoperative pain and anxiety in children: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2022; 31(23-24):3350 à 3367.
278. Sun W, Zhang H, Lv C, et coll. Comparative efficacy of 12 non-drug interventions on non-specific chronic low back pain in nurses: a systematic review and network meta-analysis. *J Back Musculoskelet Rehab*. 2021;34(4):499 à 510.
279. Sundaramurthi T, Gallagher N, Sterling B. Cancer-related acute pain: a systematic review of evidence-based interventions for putting evidence into practice. *Clin J Oncol Nurs*. 2017;21(3):13 à 30.
280. Szeverenyi C, Kekecs Z, Johnson A, et coll. The use of adjunct psychosocial interventions can decrease postoperative pain and improve the quality of clinical care in orthopedic surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Pain*. 2018;19(11):1231 à 1252.
281. Tas FQ, van Eijk CAM, Staals LM, et coll. Virtual reality in pediatrics, effects on pain and anxiety: a systematic review and meta-analysis update. *Paediatr Anaesth*. 2022;32(12):1292 à 1304.

282. Tataryn N, Simas V, Catterall T, Furness J, Keogh JWL. Posterior-Chain Resistance Training compared to general exercise and walking programmes for the treatment of chronic low back pain in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med - Open*. 2021;7(1):17.
283. Terpstra JA, van der Vaart R, van Beugen S, et coll. Guided internet-based cognitive-behavioral therapy for patients with chronic pain: a meta-analytic review. *Internet Interv*. 2022;30:100587.
284. Tola YO, Chow KM, Liang W. Effects of non-pharmacological interventions on preoperative anxiety and postoperative pain in patients undergoing breast cancer surgery: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2021;30(23-24):3369 à 3384.
285. Toonders SAJ, van der Meer HA, van Bruxvoort T, et coll. Effectiveness of remote physio-therapeutic e-Health interventions on pain in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2023;45(22):3620 à 3638.
286. Trinh K, Zhou F, Belski N, et coll. The effect of acupuncture on hand and wrist pain intensity, functional status, and quality of life in adults: a systematic review. *Med Acupunct*. 2022;34(1):34 à 48.
287. Ueki S, Yamagami Y, Makimoto K. Effectiveness of vibratory stimulation on needle-related procedural pain in children: a systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep*. 2019; 17(7):1428 à 1463.
288. Ughreja RA, Venkatesan P, Balebail Gopalakrishna D, Singh YP. Effectiveness of myofascial release on pain, sleep, and quality of life in patients with fibromyalgia syndrome: a systematic review. *Complement Ther Clin Pract*. 2021;45:101477.
289. Valencia-Chulián R, Heredia-Rizo AM, Moral-Munoz JA, et coll. Dry needling for the management of spasticity, pain, and range of movement in adults after stroke: a systematic review. *Complement Ther Med*. 2020;52:102515.
290. van Erp RMA, Huijnen IPJ, Jakobs MLG, et coll. Effectiveness of primary care interventions using a biopsychosocial approach in chronic low back pain: a systematic review. *Pain Pract*. 2019;19(2):224 à 241.
291. Vanti C, Andreatta S, Borghi S, et coll. The effectiveness of walking versus exercise on pain and function in chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Disabil Rehabil*. 2019;41(6):622 à 632.
292. Wang H, Liu XL, Wang T, et coll. Breathing exercises for pain management in cancer survivors: a systematic review. *Pain Manag Nurs*. 2023;24(3):299 à 310.
293. Wang Y, Guo L, Xiong X. Effects of virtual reality-based distraction of pain, fear, and anxiety during needle-related procedures in children and adolescents. *Psychol frontal*. 2022;13:842847.
294. Wilhelm MP, Donaldson M, Griswold D, et coll. The effects of exercise dosage on neck-related pain and disability: a systematic review with meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2020;50(11):607 à 621.
295. Williams HM, Hunter K, Clapham K, et coll. Efficacy and cultural appropriateness of psychosocial interventions for paediatric burn patients and caregivers: a systematic review. *BMC Public Health*. 2020; 20(1):284.
296. Winkler SL, Urbisci AE, Best TM. Sustained acoustic medicine for the treatment of musculoskeletal injuries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Sports Sci Med Rehabil*. 2021; 13(1):159.

297. Wylde V, Dennis J, Gooberman-Hill R, Beswick AD. Effectiveness of postdischarge interventions for reducing the severity of chronic pain after total knee replacement: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ Open*. 2018;8(2):e020368.
298. Xu Y, Zhao W, Li T, et coll. Effects of acupuncture for the treatment of endometriosis-related pain: a systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2017;12(10):e0186616.
299. Yang J, Ganesh R, Wu Q, et coll. Battlefield acupuncture for adult pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Chin Med*. 2021;49(1):25 à 40.
300. Yangöz ŞT, Özer Z. The effect of music intervention on patients with cancer-related pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Adv Nurs*. 2019;75(12):3362 à 3373.
301. You E, Kim D, Harris R, D'Alonzo K. Effects of auricular acupressure on pain management: a systematic review. *Pain Manag Nurs*. 2019;20(1):17 à 24.
302. Zhang YH, Hu HY, Xiong YC, et coll. Exercise for neuropathic pain: a systematic review and expert consensus. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:756940.
303. Zimpel SA, Torloni MR, Porfírio GJ, et coll. Complementary and alternative therapies for post-caesarean pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;(9):CD011216.
304. Boitor M, Gélinas C, Richard-Lalonde M, Thombs BD. The effect of massage on acute postoperative pain in critically and acutely ill adults post-thoracic surgery: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Heart Lung*. 2017;46(5):339 à 346.
305. Richard-Lalonde M, Gélinas C, Boitor M, et coll. The effect of music on pain in the adult intensive care unit: a systematic review of randomized controlled trials. *J Pain Symptom Manage*. 2020; 59(6) :1304 à 1319.e6.
306. Du S, Hu L, Dong J, et coll. Self-management program for chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2017;100(1):37 à 49.
307. Geraghty AWA, Maund E, Newell D, et coll. Self-management for chronic widespread pain including fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021;16(7):e0254642.
308. Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, et coll. Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2021;(9):CD009790. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009790.pub2>
309. Williams ACC, Fisher E, Hearn L, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020;(8):CD007407. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub4>
310. Fisher E, Law E, Dudeney J, et coll. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018;(9):CD003968. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003968.pub5>
311. Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*. 6<sup>e</sup> éd., vol. 4. New York (New York) : Pearson; 2019.

312. Liu Z, Chuang TY, Wang S. Race and gender biases in assessing pain intensity and medication needs among Chinese observers. *PAIN reports*. 1<sup>er</sup> février 2025;10(1):e1231.
313. Grant AR, Westhorp G, Mardon A, et coll. Realist needs assessment investigating the factors affecting implementation of guideline-based care for chronic pain in rural Australia: program theory generation. *Int. J. Qual. Methods*. 3 janvier 2025;(24):16094069241310276.
314. Campbell N, Adair P, Doherty N, McCormack D, Walsh A. A systematic review of clinical practice guidelines for the assessment and management of pain in neonates. *J of Neonatal Nurs*. 1<sup>er</sup> avril 2025;31(2):101603.
315. Filipponi C, Masiero M, Mazzoni D, et coll. The voices of breast cancer survivors with chronic pain: a qualitative thematic analysis of patients' challenges to pain management. *J. Psychosoc. Oncol*. 2 janvier 2025; 43(1): 34 à 58.







**ia** BPG

AFFAIRES INTERNATIONALES  
ET LIGNES DIRECTRICES SUR  
LES PRATIQUES EXEMPLAIRES

TRANSFORMER LES SOINS  
INFIRMIERS À L'AIDE DES  
CONNAISSANCES

## Ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Ce projet est financé par le gouvernement de l'Ontario.

Pour obtenir de plus amples  
renseignements sur cette ligne  
directrice, visitez :



ISBN 978-1-926944-89-0



9 781926 944890



**AIIAO**

Registered Nurses' Association of Ontario  
L'Association des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario



**Ontario**