

Elisabeth Dos Santos¹,
Isabelle Péron¹ et
le groupe "Douleurs aiguës
de la personne âgée"²

Élaboration de protocoles antalgiques pour le sujet âgé

L'expérience d'un groupe pluridisciplinaire

Summary

The elaboration of analgesic protocols for the elderly The experience of a multidisciplinary group

Taking into consideration the pain This has become a right for the patient, an ethical and deontological necessity for the physician, and a near-judicial obligation for care centres. The current regulations authorise nurses to apply analgesic treatments, within the framework of written protocols, signed and dated by the physician.

A new method In order to determine the main acute pains of the elderly in institutions and to develop analgesic protocols permitting rapid and efficient relief, with priority given to non-medical treatments, a multidisciplinary group consisting of nurses and non-nursing care workers has been made up. Training tools have been created and distributed.

Concrete results After 14 months' work, the initial objective has been reached. Five analgesic protocols taking into account acute pain in the elderly have been drawn-up. All the care workers have been trained by their nursing colleagues. Following validation, the protocols have been applied for the past year in the department and are now being circulated to other care structures.

Résumé

La prise en considération de la douleur Elle est devenue un droit pour les patients, un impératif déontologique et éthique pour les médecins, une quasi-obligation juridique pour les établissements de santé. La réglementation actuelle autorise les infirmières à appliquer des traitements antalgiques, dans le cadre de protocoles écrits, datés et signés par le médecin.

Une nouvelle méthode Afin de recenser les principales douleurs aiguës du sujet âgé en institution, et d'élaborer des protocoles antalgiques permettant un soulagement rapide et efficace, avec une priorité aux traitements non médicamenteux, un groupe pluridisciplinaire, avec des soignants et des non-soignants a été constitué. Des outils didactiques ont été créés et diffusés.

Des résultats concrets Après 14 mois de travail, l'objectif initial a été atteint : 5 protocoles antalgiques prenant en compte les douleurs aiguës du sujet âgé ont été élaborés. Tous les professionnels de soins ont été formés par leurs collègues de travail. Les protocoles, après validation, sont en application depuis près d'un an dans le service et sont en cours de diffusion sur d'autres structures de soins.

1 - Service de
gériatrie 4
(Dr JP Vincent),
Pavillon Calmette
Hôpital Émile Roux,
Limeil-Brévannes (94)

Correspondance :
Elisabeth Dos Santos
Hôpital Émile Roux
Pavillon Calmette
1 Avenue de Verdun
94456 Limeil-Brévannes
Tél. : 01 45 95 82 84
elisabeth.dos-santos@
erx.ap-hop-paris.fr

E. Dos Santos, I. Péron
et le groupe "Douleurs aiguës de la personne âgée"
Presse Med 2004 ; 33 : 797-802 © 2004, Masson, Paris

La douleur est le principal symptôme dont se plaignent les personnes âgées, en particulier en institution. En l'absence de prise en charge, elle est source, pour le patient et son entourage, de dépression, de repli sur soi, et du syndrome d'immobilisation avec ses complications redoutables, aussi bien sur les plans fonctionnel, social, qu'économique.

Face aux phénomènes douloureux, les équipes soignantes, en première ligne, se retrouvent impuissantes faute d'armes thérapeutiques et de formation spécifique. L'élaboration de protocoles antalgiques pour les sujets âgés se heurte à plusieurs obstacles liés à la complexité du terrain : la co-existence de pathologies multiples, la polymédication, les difficultés de dépistage et d'évaluation de la douleur, le fatalisme des aînés face à

une douleur souvent considérée comme normale avec le vieillissement.

Contexte

Le service de Gériatrie 4 du Centre hospitalier Émile Roux, Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), à Limeil-Brévannes (94), regroupe, au sein du pavillon Calmette, 206 lits se répartissant en 73 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) et 133 lits de soins de longue durée (SLD). Il accueille des patients dont l'âge moyen est de 83,5 ans pour les femmes, et 82,7 ans pour les hommes.

L'équipe médicale se compose de 7 médecins "équivalents temps plein" (ETP) et de 4 résidents en médecine.

Les professionnels de soins, encadrés par un cadre supérieur, regroupent : 1 psychologue, 4 cadres de santé, 1 cadre hôtelier, 36 infirmières, 108 aides-soignants, 34 agents hôteliers et hospitaliers, 2 secrétaires médicales, 2 hôtesses d'accueil, 1 coiffeuse, 3 secrétaires hospitalières.

Il existe également dans le service une équipe de rééducateurs comprenant des masseurs-kinésithérapeutes, des ergothérapeutes et des orthophonistes.

Chez les personnes âgées, souvent polypathologiques, la douleur est permanente : elle est mal vécue par les patients et par les équipes soignantes, souvent impuissantes. Face à l'absence de prise en charge efficace, les patients se résignent et la douleur persistante engendre progressivement dépression, repli sur soi, perte d'autonomie. Les soignants, désarmés, culpabilisent et une insatisfaction professionnelle s'installe.

C'est sur ce constat qu'un groupe de travail pluridisciplinaire s'est constitué, se donnant pour objectif la réalisation de protocoles de prise en charge des douleurs aiguës du sujet âgé. Ces protocoles devaient aboutir à une prise en charge globale du patient douloureux, favoriser systématiquement les traitements non médicamenteux administrés par des personnels formés par leurs collègues.

L'élaboration et la mise en place de ces protocoles antalgiques devait respecter la réglementation : en effet, depuis quelques années, les pouvoirs publics ont pris conscience de l'impact de la douleur et ont fait de sa prise en charge une priorité. Ils incitent les professionnels de la santé à s'engager activement dans la lutte contre cette douleur. Plusieurs textes réglementaires ont été publiés et font de la lutte anti-douleur une quasi-obligation juridique pour les établissements de santé, et recon-

naissent au patient le droit de voir sa douleur prise en compte rapidement et soulagée le mieux possible.

C'est notamment le cas de la circulaire du 11 janvier 1999, relative à la mise en place de protocoles de prise en charge des douleurs aiguës¹.

Par ailleurs, le décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier stipule, dans son article 7, que « *l'infirmier est habilité à entreprendre et à adopter les traitements antalgiques dans le cadre de protocoles pré-établis, écrits, datés et signés par un médecin* »².

Chronologie et méthodologie pour élaborer un projet

PHASE PRÉLIMINAIRE

■ Perception d'une situation de soins à améliorer et constitution d'un groupe pluridisciplinaire

Sous l'impulsion d'un médecin du service, un groupe pluridisciplinaire s'est constitué, sur la base du volontariat. Compte-tenu de l'engouement des personnels pour le projet, un tirage au sort a été nécessaire pour retenir une trentaine de professionnels (médecins, cadres de santé, infirmières, masseur-kinésithérapeutes, aides-soignants, secrétaires médicales).

■ État des connaissances et des pratiques

Ce groupe, qui s'est réuni en séances collectives et/ou en sous-groupes thématiques, a d'abord bénéficié d'une remise à niveau des connaissances scientifiques sur le thème de la douleur (définitions, neurophysiologie, détection, traitements physiques et pharmacologiques), par l'un des médecins du groupe.

PHASE D'ÉLABORATION ET DE RÉALISATION

Plusieurs phases déterminées collectivement ont été nécessaires :

- **recensement des algies aiguës**

les plus fréquemment rencontrées par les équipes soignantes ;

- **choix des situations douloureuses** devant faire l'objet d'un protocole ;

- **décision de donner une priorité** systématique aux traitements non médicamenteux ;

- **inclusion dans les protocoles des antalgiques de palier III**, y compris la morphine injectable ;

- **choix de l'architecture** des protocoles, des supports de diffusion et des modalités de formation.

PHASE DE VALIDATION ET D'IMPLANTATION

Avant leur validation, les protocoles et les travaux du groupe, appuyés par la coordonnatrice générale des soins, ont été présentés à diverses instances, notamment au Comité de lutte contre la douleur (Clud) et à l'Inter-Clud gériatrique de l'Assistance publique.

La mise en application a été précédée de deux étapes essentielles : la validation, qui s'est faite selon la réglementation en vigueur, et la formation des personnels. Cette formation avait notamment pour objectif de préciser à chaque professionnel sa place et son rôle dans la démarche collective : détection, signalement des cas de douleurs aiguës, décision éventuelle d'appliquer l'un des protocoles, évaluation.

Résultats dans notre expérience

LA CRÉATION DE PROTOCOLES ANTALGIQUES

Les travaux ont débuté en janvier 2002 et la validation solennelle des protocoles est intervenue le 28 mars 2003. Le groupe s'est réuni une à deux fois par mois en séances plénières, et en sous-groupes thématiques. Les décisions et les choix retenus se sont faits sur le mode consensuel, après débats et auto-critiques.

Il est rapidement apparu qu'il n'était pas réaliste d'élaborer un protocole "global" de prise en charge des douleurs aiguës, mais au contraire indispensable de pouvoir répondre de manière spécifique à chaque situation. Il a donc été retenu et élaboré 5 protocoles antalgiques différents selon l'origine de la douleur (douleurs de l'appareil locomoteur, post-traumatiques, abdominales et pelviennes, dentaires, céphalées), complétés par un 6^e protocole relatif à la titration de la morphine.

Pour faciliter leur mémorisation et leur mise en pratique, ces protocoles sont construits selon une démarche identique, au centre de laquelle l'infirmière est le pivot :

- **détermination** du type de douleur ;
- **recherche d'allergies** ou de contre-indications ;
- **évaluation de la douleur** ;
- **traitement physique** systématique, en première intention ;
- **traitement médicamenteux** éventuel ;
- **validation par le médecin**, dès que possible.

LA RÉALISATION DE SUPPORTS

La mise en place de protocoles a conduit à une véritable campagne de communication. Afin que chacun s'approprié le projet élaboré par les membres du groupe, il a été nécessaire de multiplier les outils dont chacun a été pensé, construit et validé par le groupe.

Un poster : visuel, il reprend brièvement la philosophie des protocoles sous forme de schémas, dessins, tableaux riches en couleurs.

Un livret de poche : individuel, il est composé d'informations pratiques et concrètes pour l'application des protocoles. Il est distribué à chaque professionnel, à la fin de la séance de formation.

Un classeur : il consolide le travail du groupe en reprenant sa constitution, l'approche juridique, théorique

et pratique, la validation des protocoles : c'est l'outil de référence, qui complète le livret. Il est à consulter sur place au niveau des différents postes de soins et à la direction des soins infirmiers; des exemplaires sont également présents à la pharmacie de l'hôpital et au Clud local.

Un outil moderne de formation : le contenu de la formation a été construit et validé par les membres du groupe sur la base d'un kit pédagogique (CD rom et classeur avec commentaires). Les membres ont aussi fait le choix d'assurer eux-mêmes les formations à l'ensemble de leurs collègues.

Constituées de 8 à 10 personnes et de deux formateurs par session d'une heure et demie, les formations, qui sont obligatoires, font l'objet d'un calendrier prévisionnel intégrant l'ensemble des personnels (médical, paramédical et administratif). Des sessions régulières sont organisées pour les nouveaux agents.

Après formation de tous les professionnels, les protocoles sont appliqués dans le service depuis le 1^{er} juin 2003.

Points clés

LES AVANTAGES DE LA PLURIDISCIPLINARITÉ DU GROUPE DE TRAVAIL

Chaque professionnel perçoit la douleur du sujet âgé selon plusieurs facteurs : sa fonction, son rôle, son horaire de travail, son vécu personnel... Par ailleurs, l'expression, par le patient, de la plainte douloureuse diffère selon le moment, les circonstances et son interlocuteur (*voir annexe*).

L'approche pluridisciplinaire a permis de mettre en évidence des douleurs souvent méconnues, voire méprisées, mais dont le retentissement peut être sévère : c'est notamment le cas des céphalées, des douleurs dentaires et des douleurs liées à l'ankylose matinale. La pluridisci-

plinarité a favorisé le travail en équipe et la reconnaissance professionnelle de chacun.

LE TRAITEMENT PHYSIQUE, AXE PRIORITAIRE

Les molécules antalgiques modernes sont efficaces sur nombre de douleurs et constituent souvent une solution "facile". Toutefois, leur utilisation systématique, notamment chez des sujets âgés polypathologiques et polymédicamentés, n'est pas sans risques (interactions, effets indésirables). Leur développement, outre le coût économique qu'elles impliquent, nous ont fait oublier l'existence de méthodes d'antalgie physique efficaces, peu coûteuses, simples à mettre en œuvre et particulièrement adaptées aux personnes âgées.

La douleur génère de l'anxiété et l'anxiété accentue la douleur. Les traitements physiques favorisent la relation soignant-soigné, soin particulièrement recherché par la personne âgée, et contribuent à diminuer cette anxiété. Dans cette étape du traitement, la pluridisciplinarité prend toute sa valeur. Aides-soignants, infirmières, rééducateurs sont des acteurs complémentaires dans cette prise en charge. Soulignons le rôle important des kinésithérapeutes qui permettent d'intégrer des techniques antalgiques spécifiques telles que les immobilisations, les transferts, les massages, l'électrothérapie et la cryo-thermothérapie.

LE RÔLE DU MÉDECIN

Les protocoles, qui constituent des "prescriptions anticipées", laissent aux médecins un rôle prépondérant : d'une part, l'approbation, par l'intermédiaire d'une fiche spécifique, des modalités thérapeutiques initiées par l'infirmière ; d'autre part, le bilan étiologique du phénomène douloureux chez un patient dont la souffrance est apaisée, mais aussi la

prise en charge des douleurs ne relevant pas de protocoles.

DES RÉSULTATS PLUS QUE POSITIFS

Très rapidement, un véritable engouement de l'ensemble des personnels pour ce projet a été constaté. Là encore, chacun s'est senti responsabilisé dans cette prise en charge des douleurs aiguës de la personne âgée. Les entretiens annuels d'évaluation des personnels

inclure dans cette étape. Cette évaluation a porté sur la formation, les supports, la pratique et l'impact des protocoles sur la qualité des soins. Cette enquête a recueilli un taux de réponses très important soulignant l'intérêt des équipes soignantes pour le thème de la douleur et, *a posteriori*, l'attente d'un tel outil de travail.

Le constat après plusieurs mois d'application indique une constance

Une évaluation sur une plus grande durée d'application est prévue : elle permettra notamment de déterminer l'incidence et la prévalence des diverses douleurs aiguës et de préciser l'existence de douleurs non retenues au préalable, pouvant faire l'objet d'autres protocoles de prise en charge.

Notre démarche se rapproche des recommandations préconisées par certains auteurs et conseillées par la

Tableau 1

Principales étapes d'élaboration d'un protocole

Groupe "Douleurs aiguës" ⁵	Selon AM Bonnery et al. ⁴	Selon "Principes des protocoles"
<p>1) Perception et constitution</p> <ul style="list-style-type: none"> • Désarroi du personnel • Constitution d'un groupe pluridisciplinaire 	<p>1) Perception d'une situation de soins à améliorer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitution d'un groupe de travail 	<p>1) Identifier et analyser une situation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitution d'un groupe de travail (infirmières et experts)
<p>2) Mise à niveau des connaissances du groupe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cours sur la douleur par un médecin 	<p>2) État des connaissances et pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recherche et analyse des informations sur la situation à améliorer 	<p>2) Définir une population</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fixer des objectifs • Répertorier les ressources
<p>3) Élaboration des protocoles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recensement des situations à traiter • Priorité aux traitements non médicamenteux • Choix de l'architecture des protocoles • Élaboration des protocoles 	<p>3) Élaboration du protocole de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Délimiter le thème et la population • Déterminer des objectifs • Rédiger les protocoles 	<p>3) Élaboration du protocole de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentation • Analyse des pratiques existantes • Rédaction du protocole
<p>4) Validation et Implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentation à des instances (Clud, inter-Clud gériatrique) • Validation réglementaire • Formation des soignants par les membres du groupe • Début d'application 	<p>4) Validation et implantation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validation du contenu • Test de faisabilité • Test d'efficacité • Implantation 	<p>4) Validation et diffusion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par consensus • Test des outils
<p>5) Evaluation et réajustement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un outil : questionnaire aux soignants • Modifications mineures 	<p>5) Evaluation et amélioration</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définition de l'objectif et de l'instrument de mesure • Analyse des écarts et mise en place de corrections 	<p>5) Evaluation et amélioration</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesure de l'efficacité des techniques • Réactualiser à intervalles prédéfinis

mettent en évidence ce projet comme un des événements marquants de l'année écoulée.

Après un an d'application, une première évaluation de ces protocoles a été réalisée. Elle a été faite sur le mode d'un questionnaire adressé aux 220 professionnels de soins du service. En raison de la grande hétérogénéité des patients pris en charge, il a été décidé de ne pas les

dans l'utilisation des protocoles, une diminution des traitements médicamenteux au profit d'une utilisation accrue des traitements physiques qui se sont banalisés, une satisfaction du personnel soignant par la rapidité et l'efficacité d'intervention dans la prise en charge des douleurs aiguës. À la suite de ce premier bilan, des modifications souvent mineures sont en cours de réalisation.

Société d'étude et de traitement de la douleur^{3,5} (tableau 1).

LES LIMITES ET CONTRAINTES

La mise en application, dans une structure de soins, de protocoles antalgiques est une décision de service, avec plusieurs implications. Il faut assurer la formation des nouveaux agents et la réactualisation des connaissances pour les plus anciens.

La priorité systématique donnée aux traitements physiques entraîne l'équipement et le renouvellement en matériels antalgiques (physio-packs, attelles d'immobilisation, appareils d'électrothérapie), en plus d'un investissement initial en fours à micro-ondes et congélateurs. Pour favoriser leur utilisation, des outils de supports et de diffusion (posters, livrets et classeurs) ont été mis en place, et le groupe a fait le choix de produits de qualité. Leur acquisition et les corrections éventuelles nécessitent des moyens financiers. Le maintien de la motivation des membres du groupe est nécessaire

pour la suite du travail, ainsi que la mobilisation de tous les acteurs du service pour l'application des protocoles.

Conclusion

Les protocoles antalgiques doivent répondre à plusieurs critères : le respect de la réglementation, la lisibilité, la simplicité, la faisabilité, l'efficacité, l'adhésion de tous les acteurs..

Leur élaboration par une équipe pluridisciplinaire est essentielle pour identifier les problèmes à traiter et leur apporter des réponses pragmatiques. Par ailleurs, la sensibilisation

de tous les acteurs autour du patient implique une formation à la détection et à l'évaluation de la douleur et la maîtrise des moyens thérapeutiques nécessaires au soulagement rapide des patients.

Enfin, l'implication quasi-personnelle des instances dirigeantes est une condition essentielle du succès de leur application.

Ce travail, qui a été récompensé par le 1^{er} Prix qualité AP-HP en 2003, est en cours de diffusion sur l'ensemble de l'établissement, et le groupe est l'objet de nombreuses sollicitations extérieures (présentations, formations, livrets et classeurs). ■

Références

- 1 Circulaire DGS/DH/DAS n° 99/84 du 11 Janvier 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.
- 2 Décret n° 2002-194 du 11 Février 2002 : relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
- 3 D'après la communication de Madame Marie Aubry, dans "Recueil des actes du congrès national de la douleur", Société d'Etude et de Traitement de la Douleur (SETD). Juin 2001, 203-13
- 4 Bonnery AM, Gaba-Leroy C, Macrez A, Marande D, Marzais M, Pauchet-Traversat AF. In: Protocoles de soins. Méthodes et Stratégies Ed. Masson 2003 – Collection l'Hôpital
- 5 Principes des protocoles Ministère de la Santé. Guide du soin infirmier. Protocoles des soins infirmiers *Bulletin Officiel* 92-13 bis.

Annexe

Le rôle de l'aide-soignant dans la prise en charge des douleurs aiguës

Isabelle Boyer¹ (aide-soignante), Blanche Marcellan¹ (aide-soignante) et le groupe "Douleurs aiguës de la personne âgée"

Confrontés chaque jour aux douleurs aiguës du sujet âgé, nous, aide-soignants, décidons de participer activement à un groupe pluridisciplinaire (médecins, cadres de santé, infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, secrétaires médicales) qui s'est constitué dans l'objectif d'élaborer des protocoles permettant de soulager immédiatement le patient.

- Bonjour, Madame Dolomoin, comment allez-vous?
- Beaucoup mieux, merci.

- Qu'est-ce qui vous est arrivé?
- Je suis mal tombée en voulant m'asseoir sur mon lit et j'ai souffert le martyr. Heureusement que, dans le service, vous utilisez les protocoles de la douleur aiguë !

- Ah bon ! Que s'est-il passé ?
- Une de vos collègues m'a trouvée sur le sol, je ne pouvais plus me relever toute seule. Elle a tout de suite alerté l'infirmière

et a demandé de l'aide pour pouvoir me relever. Annie est venue m'interroger pour savoir où j'avais mal et m'a expliqué qu'il y avait plusieurs manières de savoir combien j'avais mal. Elle m'a montré une échelle de 0 à 10; vous savez bien, 0 pas de douleur, 10 douleur maximum.

- Oui, c'est l'Échelle visuelle analogique ! (Eva)
- Mais j'ai préféré l'autre échelle avec des mots, soit douleur intense, douleur modérée, douleur faible ou pas de douleur du tout.
- Effectivement, c'est l'Échelle verbale simple. (EVS)
- C'est vraiment formidable. J'ai tout de suite dit douleur intense. Je ne crois pas que j'avais une douleur à 10. Vous savez, j'ai accouché et je m'en rappelle comme si c'était hier... C'était très dur.

- Oui, je comprends. Mais, vous savez, nous le vivons tous différemment ! Et alors, on vous a relevé ?
- Oh oui ! Reine et Brigitte sont venues. Je souffrais beaucoup. En revanche, dès qu'elles m'ont installée sur le lit, cela a déjà été un premier soulagement. Ensuite, elles m'ont donné un verre d'eau pour que je reprenne un peu mes esprits, cela m'a fait beaucoup de bien.

1 - Service de gériatrie 4 (Dr JP Vincent), Pavillon Calmette Hôpital Émile Roux, Limeil-Brévannes (94)

Correspondant :
Isabelle Boyer
Hôpital Émile Roux
1 Avenue de Verdun
94450 Limeil-Brévannes
Tél. : 01 45 95 82 84
christine.bohec@erx.ap-hop-paris.fr

- Vous savez, nous avons reçu une formation sur les techniques relatives aux transferts et aux installations. Que vous a fait Annie ?

- Beaucoup de choses. Elle m'a indiqué que j'entrais dans le cadre du protocole de la douleur aiguë et m'a expliqué que, dans un premier temps, on allait m'appliquer un traitement physique. Si cela ne me soulageait pas suffisamment, on passerait à un traitement médicamenteux. Tout s'est passé tellement vite que j'ai du mal à tout reconstituer.

- Reine, sur instruction de l'infirmière, a dû vous apporter un physiopack froid, je suppose ?

- C'est curieux, je suis très frileuse, et là le "quoi" comment vous dites ?

- Le physiopack. Ce sont des compresses contenant un gel non toxique. Une poche souple si vous préférez, utilisable à chaud ou à froid !

- Le physiopack m'a fait un bien fou sur le haut de la jambe, là où est la cuisse.

- Dix minutes après, elles ont dû revenir vous demander où en était la douleur ?

- Vous avez raison, le froid a apaisé ma douleur dans un premier temps, mais j'avais l'impression que la douleur allait revenir.

- Donc la douleur était encore intense ?

- Pas vraiment, mais j'avais encore mal. Aussi, l'aide-soignante a appelé l'infirmière pour lui dire que je n'étais pas suffisamment soulagée. Elle est donc arrivée et m'a proposé à nouveau l'échelle verbale. J'ai préféré dire que j'avais une douleur modérée mais elle était quand même là. Elle m'a tout de suite fait prendre un comprimé. Je ne sais pas ce que c'était. Elle me l'a dit mais je ne m'en rappelle plus. Cela m'a fait un bien immense. Aussi, après je me suis détendue.

- Vous n'avez pas dû vous rendre compte, mais vous avez été surveillée de près pendant que vous vous êtes assoupie. On a même dû vous réveiller assez régulièrement, on a contrôlé votre fréquence respiratoire et votre état de vigilance.

- Eh oui ! Pas moyen de dormir mais j'ai compris pourquoi. Cela fait partie de la surveillance. Elles voulaient savoir si j'avais encore des douleurs.

- Avec le protocole "douleurs aiguës" chez le sujet âgé, nous avons plusieurs possibilités pour soulager la douleur en attendant le médecin, ce qui nous permet d'être efficaces et de soulager le patient le plus rapidement possible. Nous, à notre niveau, on se sent beaucoup moins démunis. Le protocole, c'est comme une prescription médicale anticipée, avec un cadre bien précis et une traçabilité à toute épreuve. Le patient qui n'a plus de douleur peut donc attendre le docteur en toute sérénité, ne trouvez-vous pas ?

- Je vous tire mon chapeau. Mes douleurs ont cessé totalement une demi-heure après ma chute. S'il n'y avait pas eu de protocole et que le médecin n'était pas disponible à ce moment précis, j'aurais souffert le martyr. Merci pour tout. De toute façon, après l'arrivée du médecin, j'ai été rassurée, il n'y avait rien de cassé.

- Les protocoles de prise en charge de la douleur aiguë chez le sujet âgé offrent de nombreuses possibilités de soulagement qui sont souvent faciles à mettre en œuvre, en collaboration avec les infirmières et les kinésithérapeutes. Vous savez, quand il est possible d'adoucir rapidement la douleur d'un patient, on est nous-même soulagées et cela nous motive davantage.

- Je pense bien. Je vois ce qui se passe, ne vous inquiétez pas...

C'est ainsi, qu'après 14 mois de travail sur l'élaboration des protocoles antalgiques, tous les acteurs de soins (de l'hôtesse d'accueil au chef de service) formés par les membres du groupe, peuvent les mettre en application. Parmi les outils conçus par le groupe figurent: un classeur de référence mis en place dans chaque poste de soins ainsi qu'un livret de synthèse distribué à tous les professionnels. Nous pouvons constater que ce projet a renforcé l'esprit collectif et a fait reconnaître le rôle important de chacun dans la prise en charge de la douleur, et en particulier celui des aides-soignants.

Bibliographie

Arrêté du 10/01/49 portant création du grade d'aide-soignant à l'hôpital public.

Arrêté du 23 janvier 1956 du Code de santé publique portant création d'un Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant (CAFAS).

Décret n° 63-1184 du 25 novembre 1963 relatif au statut particulier des aides-soignants et des agents hospitaliers des établissements nationaux de bienfaisance.

Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n° 96-31 du 19 janvier 1996 relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puéricultures dans les établissements hospitaliers.