

## Historique de la prise en charge de la douleur par les infirmiers(es) en urgence

B. GARRIGUE

« On ne connaît pas complètement une science tant qu'on n'en sait pas l'histoire. »

Auguste Comte

### 1. Introduction

En ce début du XXI<sup>e</sup> siècle la prise en charge de la douleur bénéficie d'un arsenal thérapeutique appuyé par un support juridique qui devrait permettre une approche optimale des patients douloureux. Dans la pratique quotidienne notamment dans les services d'urgence cette vision optimiste ne reflète pourtant pas toujours la réalité. Au travers de ce rapide historique de la prise en charge de la douleur et de l'implication des infirmières dans celle-ci nous tenterons de comprendre pourquoi il est si difficile sur le terrain d'appliquer des principes qui paraissent évidents en théorie.

Avant de remonter le cours du temps attardons-nous sur la définition de la douleur, ou plus exactement sur une des définitions reconnues par l'International Association for the Study of Pain. (IASP) : « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage ». Cette définition résume bien les dimensions multifactorielles des douleurs et laisse présumer qu'il n'existe pas un unique remède universel mais de multiples traitements agissant sur toutes les composantes de celle-ci.

Correspondance :

## 2. La préhistoire de la douleur

Aussi loin que l'on puisse remonter le cours de l'histoire, la maladie a existé. Pour tenter de comprendre comment les hommes se soignaient il faut interroger les ossements et les objets que nous a légué la Préhistoire. Les vestiges d'ossements et de dents retrouvés au travers des siècles prouvent que certains états pathologiques étaient fréquents. Ainsi des tumeurs osseuses, des excroissances sont fréquemment retrouvées sur des squelettes du néolithique. La connaissance du corps humain à l'époque repose sur des hypothèses tirées de l'interprétation des gravures rupestres. Les gestes quasi instinctifs de frotter un endroit douloureux, de lécher une blessure, d'avoir recours au froid pour soulager une douleur sont pour certains auteurs à rapprocher des comportements des animaux.<sup>1</sup>

En recherchant des moyens permettant de faire face aux problèmes et aux divers maux de l'existence l'homme primitif a trouvé des solutions qui n'ont pas forcément aujourd'hui perdu de leur efficacité pour soulager certaines souffrances. Ces pratiques sont le plus souvent confiées à un guérisseur dont les pratiques ne reposent sur aucun fondement rationnel ou pharmacologique.

## 3. Les civilisations anciennes

### 3.1. L'Amérique précolombienne

En 1519 les conquistadors dont Hernan Cortés traversent le golfe du Mexique. Ils s'attendent à trouver des primitifs indigènes et au lieu de cela ils découvrent le peuple aztèque dont les connaissances notamment en matière de médecine sont surprenantes. Une seule et même personne cumule le rôle de sorcier, de soignant et de prêtre. Les pratiques magiques et chamaniques cohabitent avec des techniques dont l'expérimentation a démontré leur efficacité.

Ainsi par exemple on retrouve des vestiges de bains de vapeur destinés au traitement des douleurs rhumatismales et des névralgies.

Chez les Incas, des traces de cocaïne sont retrouvées dans les cheveux de momies très anciennes. L'usage de cette substance est rapporté au travers de gravures et documents de l'époque. On utilise également les champignons hallucinogènes pour aider la réalisation de certaines interventions chirurgicales. On pratique à l'époque la trépanation avec des cas de survies après l'intervention prouvées par les traces de cicatrisation.

### 3.2. L'Égypte ancienne

La pharmacopée égyptienne est très vaste, la plupart des médicaments et plantes que l'on retrouvera plus tard dans la pharmacopée hébraïque, arabe et persane viennent d'Égypte. Les modes d'administration sont divers : pilules, bains, lave-

1. Albert S. Lyons, J Petrucelli. Histoire illustrée de la médecine, Presses de la renaissance 1979.

ments, fumigation. Les produits dérivés du pavot sont connus depuis le second millénaire avant Jésus-Christ et la scopolamine est décrite pour provoquer un demi-sommeil notamment en obstétrique.

### 3.3. L'Inde ancienne

En Inde le traitement de la douleur est grandement conditionné par les thèses bouddhistes qui prêchent que la souffrance ne vient que d'une envie insatiable de satisfaction corporelle. Supprimer le désir c'est supprimer la souffrance. La pharmacopée reste néanmoins impressionnante et les techniques chirurgicales exemplaires malgré une mauvaise connaissance de l'anatomie par les praticiens du fait de l'interdiction de la dissection. Il est intéressant d'observer la création des premiers hôpitaux dans les inscriptions d'Asoka le grand roi de la dynastie Maurienne (III<sup>e</sup> siècle avant JC). Il existait des maternités, des salles d'examen, des lieux de préparation des médicaments et des salles d'opération. Il est fait mention de personnel « apprentis » qui examine les malades avant d'en référer aux instances supérieures. Le personnel doit être propre, correct, capable de dispenser aux patients soins et hygiène.

### 3.4. La Chine ancienne

Dans la civilisation chinoise le traitement de la douleur repose entre autre sur des méthodes d'acupuncture et de moxibustion alliées à une pharmacopée importante (en 2800 avant JC on retrouve la description de 365 drogues toutes testées par l'empereur Chen Nong).

### 3.5. La Grèce

Vers 460 avant JC, Hippocrate traite les douleurs grâce aux écorces de saule (Salix Alba précurseur de l'aspirine). Dans le corpus hippocratique, il observera que « De deux douleurs simultanées mais non dans le même lieu la plus forte obscurcit l'autre ».

### 3.6. Le Moyen Âge

Durant cette période s'étendant sur près de dix siècles d'importants changements se sont établis notamment dans l'empire romain. La religion chrétienne s'est imposée et l'importance de celle-ci sera fondamentale dans la prise en charge de la douleur. La douleur est fréquemment présentée comme rédemptrice de fautes commises et assimilée à un châtement divin. La médecine et la religion s'opposent fréquemment.

## 4. De la Renaissance à nos jours

Les conflits sont permanents à cette époque et les nouvelles techniques guerrières apportent leur lot de blessures et de souffrances. Ambroise Paré va révolutionner

la prise en charge des blessés par des techniques chirurgicales innovantes. Il décrit les « anodins », médicaments et techniques destinés à supprimer la douleur. On y trouve les « stupéfactifs et narcotiques » ainsi que les « ligatures extrêmes destinées à ôter la sensation d'une partie avant amputation ».

Il faudra attendre 1730 pour que Paracelse décrive les propriétés anesthésiantes de l'éther, découvert sous le nom de Vitriol doux en 1540 par Valerius Cordus.

En 1565 Nicolas Monardes, médecin espagnol, propose d'introduire la cocaïne importée d'Amérique du Sud comme médicament.

Au XVI<sup>e</sup> siècle la culture de du pavot et le commerce de l'opium deviennent monopole d'État en Inde.

Thomas Sydenham, médecin anglais, étudie l'action de l'opium et met au point une nouvelle formulation du « Laudanum » vers 1655. D'après lui « sans l'opium la médecine serait manchote et bancale ».

En 1772, on découvre le protoxyde d'azote d'abord réservé à des pratiques ludiques. Il faudra attendre 1844 pour en exploiter les propriétés analgésiques.

Toujours en parallèle des conflits d'importants progrès sont réalisés par Dominique Larrey avec la création des ambulances volantes armées par un corps d'infirmiers militaires chargés de soulager et de ramasser les blessés sur les champs de bataille. Il décrit le traitement chirurgical de la douleur.

Le XIX<sup>e</sup> siècle verra l'essor de la chimie qui permettra d'extraire puis de synthétiser certaines molécules antalgiques comme la salicyline, la morphine, la cocaïne.

Dans les années 1850 la cocaïne remporte un franc succès dans son utilisation dans le domaine médical. Son efficacité est d'ailleurs fréquemment testée par les prescripteurs eux-mêmes.

Friedrich Wohler en 1860 décrit les effets anesthésiants locaux de la cocaïne par contact direct avec les terminaisons nerveuses de la langue.

La cocaïne est utilisée comme remède universel y compris chez l'enfant chez qui elle calme la douleur et ...améliore l'humeur.

La morphine isolée dans l'opium en 1803 rentre dans la composition de nombreux remèdes.

En 1870 l'utilisation massive de la morphine durant les guerres de sécession entraînera les premières grandes pharmacodépendances.

Il faudra attendre 1970 pour que les lois américaines réglementent l'usage des stupéfiants.

## 5. La profession infirmière et le traitement de la douleur

La fonction de soigner est étroitement liée à l'histoire de l'homme, c'est pour cela que nous avons fait un bref retour en arrière. « La souffrance physique est

aussi vieille que le monde, le désir d'y porter remède est aussi ancien que la douleur »<sup>2</sup>.

On retrouve la trace de corps d'infirmiers attachés aux armées dans les légions romaines ils sont alors le plus souvent esclaves, ou plus tard employés au sein d'ordres guerriers hospitaliers comme les chevaliers de l'ordre de Malte.

Dans les sociétés occidentales, les soins d'entretien de la vie et de confort sont l'apanage des femmes. « L'origine des infirmières la plus identifiable en tant que groupe social dans les pays d'Occident est celle des ordres religieux liés à l'histoire du christianisme, la vie est sacrée il faut secourir l'homme pour l'amour de Dieu »<sup>3</sup>.

Lorsque l'acte de charité ne suffit plus et que les soins demandent une certaine organisation Saint Vincent de Paul crée en 1633 la compagnie des filles de la charité qui vont consacrer leur vie à donner des soins aux indigents. L'acte de soigner est totalement bénévole, l'infirmière est prise en charge par l'institution car le soin n'a pas encore de valeur économique, cette image à tendance à persister dans certains esprits aujourd'hui !

Le statut des hôpitaux est modifié par la Révolution française de 1789. Les administrations recrutent massivement parmi les couches sociales défavorisées moyennant un salaire de misère sans formation professionnelle associée.

En 1878 les premiers enseignements en école voient le jour pour aboutir à un brevet de capacité professionnelle en 1922. La formation dure deux ans avec un programme officiel d'enseignement

La Croix-Rouge jouera un rôle très important dans la formation des bénévoles recrutés pour apporter des soins aux blessés de guerre.

L'évolution vers une certaine autonomie infirmière est encore illusoire. Ainsi l'union des femmes françaises définit en 1920 le rôle de l'infirmière : « le rôle de l'infirmière hospitalière est de servir le malade en veillant constamment sur lui et tout ce qui l'entoure et principalement en secondant assidûment et docilement le médecin ».

Dans les différents ouvrages supports de formation des infirmières de l'époque, il n'y a pas de chapitre spécifique sur le traitement de la douleur. Souvent les consignes sont données afin d'économiser les traitement coûteux comme ceux à base de cocaïne<sup>4</sup>.

Dans d'autres ouvrages on stigmatise les effets des analgésiants « *le danger est tellement réel que la toxicomanie débute le plus souvent à la suite d'un traitement médical destiné à calmer une douleur trop vive. C'est d'abord le médecin qui fait la piqûre puis le malade ne peut plus s'en passer et continue ses injections à l'insu du médecin. Sur 186 toxicomanies étudiées dans une*

2. R Dumesnil, F Bonnet-Roy. Les médecins célèbres, Édition D'art Lucien Mazenot 1947.

3. C Mordacq. Pourquoi les infirmières ?, Paris, Le centurion 1972.

4. L Chaptal. Le livre de l'infirmière, Masson, 1925.

enquête de 1924, 112 avaient pris naissance à l'occasion d'un traitement médical... Les milieux médicaux fournissent à cause de la facilité qu'ils ont de se procurer à bon compte les stupéfiants, un pourcentage important du bataillon des toxicomanes ; près de la moitié de ceux-ci se rencontreraient dans leur sein (médecin, étudiants, infirmières) »<sup>5</sup>. Ce genre de publications est assez courant et le thème du risque de toxicomanie après un traitement antalgique est encore de nos jours brandi comme une menace.

On ne trouve que rarement de référence aux méthodes d'antalgie dans les manuels pratiques.

Ainsi en 1933 dans le manuel de l'infirmière il faut attendre la page 429 pour que la douleur soit évoquée en ces termes : « Enfin le résultat inévitable de toute opération c'est la douleur qui s'accuse presque dès le réveil et qui parfois s'exaspère au fur et à mesure que l'opéré reprend ses facultés. Il faut tout d'abord opposer à cette douleur le raisonnement, en faisant comprendre au patient que c'est là une conséquence inévitable de l'opération et en lui faisant espérer que le soulagement ne se fera pas attendre. Mais il est des cas où le remède moral est absolument illusoire et inefficace : après une grosse intervention, le chirurgien aura permis dans la plupart des cas une piqûre de morphine »<sup>6</sup>.

## 6. Évolution des décrets d'actes infirmiers

En 1961, l'arrêté du 17 juillet ancre les notions de soins infirmiers alors que l'exercice infirmier est sous la totale dépendance du corps médical.

L'année 1978 avec la loi du 31 mai verra apparaître une notion de rôle propre et une évolution considérable du métier d'infirmier vers une autonomie professionnelle. Ce rôle propre sera assujéti à une notion de responsabilité infirmière.

La notion de soulagement de la souffrance apparaît dans les textes.

Le décret du 15 mars 1993 définit ainsi les soins infirmiers :

« Les soins infirmiers ont pour but de ...

Prévenir et d'évaluer la souffrance des personnes et de participer à leur soulagement ». C'est un début timide de zone d'autonomie de prise en charge de la douleur.

En 2002 parution du décret 2002-194.

L'article 7 définit que « l'infirmier est habilité à entreprendre et adapter des traitements antalgiques dans le cadre d'un protocole ».

5. R Boisgelot. L'infirmière et sa mission dans le monde moderne. Casterman 1937, p. 182.

6. Société de soins aux blessés militaires, ouvrage collectif, manuel de l'infirmière, Croix-Rouge française, 1933, p. 429.

Enfin en 2004 le décret 2004-802, intégré au Code de la santé publique, consacre plusieurs articles à l'évaluation de la douleur dans le cadre du rôle propre infirmier (art. 4311-5).

Il précise également que l'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques selon les protocoles préétablis, écrits, datés, signés par un médecin (art. 4311-8).

## 7. Les autres supports législatifs

### 7.1. Les plans de lutte contre la douleur

Ces plans pluriannuels ont amorcé un courant de lutte contre la douleur, ils permettent aux établissements de s'appuyer sur des bases communes de prise en charge.

#### 7.1.1. Le plan de lutte contre la douleur 1998/2000<sup>7</sup>

Ce plan s'articule autour des axes suivants :

- le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins ;
- le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur ;
- la prise en compte de la demande du patient et l'information du public.

#### 7.1.2. Le plan de lutte contre la douleur 2002/2005<sup>8</sup>

Il prévoit un travail dans la continuité et trois nouvelles priorités :

Poursuivre l'amélioration de la prise en charge de la douleur notamment de la douleur chronique rebelle (lombalgies, céphalées chroniques, douleurs cancéreuses...)

- Prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie.
- Mieux prendre en charge la douleur de l'enfant.
- Reconnaître et traiter la migraine.

*Cinq objectifs*

- Associer les usagers par une meilleure information.
- Améliorer l'accès du patient souffrant de douleurs chroniques rebelles à des structures spécialisées.
- Améliorer l'information et la formation des personnels de santé.
- Amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur.

7. [http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34\\_980307.htm#Principales%20mesures](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34_980307.htm#Principales%20mesures)

8. <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/douleur/douleurinteractif.pdf>

- Renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée.

### **7.1.3. Le Plan 2006/2010**

Un plan d'amélioration de la lutte contre la douleur 2006/2010 reposant sur 4 axes a été défini<sup>9</sup> dans la continuité des précédents.

- L'amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables (enfants, personnes âgées et en fin de vie).
- La formation renforcée des professionnels de santé.
- Une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques.
- La structuration de la filière de soins.

La circulaire DGS/DH/DAS n° 99/84 du 11 février 1999 contient des éléments pour :

- Favoriser la prise en charge de la douleur dans les services d'urgence en privilégiant le travail en équipe.
- Elle incite les personnels médicaux et infirmiers à agir dans le cadre de protocoles de soins.

### **7.1.4. La charte du patient hospitalisé**

Cette charte annexée à la circulaire 95-22 du 6 mai 1995 précise déjà l'obligation pour les établissements de prendre en compte la composante douloureuse dans tous les actes de soins et pour toutes les catégories de patients.

### **7.1.5. La loi du 4 mars 2002**

Cette loi relative aux droits du patients dite loi Kouchner définit le contenu de l'obligation de prise en charge de la douleur.

L'article L. 1110-5 CSP précise que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée prise en compte et traitée ».

La prise en charge de la douleur s'impose à tous les établissements de santé publics ou privés ainsi qu'aux établissements médico-sociaux.

## **8. Conclusion**

L'histoire nous montre que la douleur a toujours existé, même si elle est ressentie différemment selon les individus, les époques, les religions, les situations.

Les moyens de prise en charge ont évolué à travers les siècles.

---

9. [http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog\\_douleur/doc\\_pdf/plan\\_douleur06\\_2010.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog_douleur/doc_pdf/plan_douleur06_2010.pdf)



La prise en charge de la douleur repose à la fois sur une volonté politique, sur un arsenal thérapeutique et essentiellement sur la volonté des acteurs d'exploiter les moyens mis à leur disposition.

C'est probablement sur cette volonté que repose l'avenir de la lutte contre la douleur. La formation initiale et continue des soignants, le partage d'expériences, la rédaction de protocoles de prise en charge et l'implication de tous sont les conditions indispensables pour que perdure et s'améliore cette priorité de santé publique. La participation active du corps infirmier aux Comités de Lutte contre la Douleur est également un point capital pour la réussite de cette prise en charge.

L'infirmier d'urgence se trouve confronté en première ligne à cette problématique et il doit contribuer à l'élaboration de protocoles spécifiques tenant compte de son mode d'exercice particulier afin que la douleur soit prise en charge le plus tôt possible dans la chaîne des soins.

L'autonomie infirmière en matière de traitement de la douleur est en évolution, appuyons-nous sur les différents supports juridiques et scientifiques à notre disposition pour améliorer nos pratiques dans le respect de la loi, afin d'affirmer notre identité professionnelle et d'offrir aux patients que nous prenons en charge la qualité de soin qu'ils sont en droit d'attendre.

## Autres références bibliographiques

1. Duboys Freney C, Perrin G. Le métier d'infirmière en France. Que sais je PUF, 2002.
2. Nappée ML. Manuel pratique de l'infirmière soignante, Masson, 1949.
3. Livre blanc de la douleur, ouvrage collectif, comité d'organisation des états généraux de la douleur, 2005.
4. Knibiehler Y. Cornettes et blouses blanches, Hachette, 1984.
5. Lebreton D. Anthropologie de la douleur, Seuil, 1995.
6. Rey R. Histoire de la douleur, Ed la découverte, 2000.
7. [http://www.institut-upsa-douleur.org/professionnels/infos\\_pratiques/plan\\_douleur/inf\\_plan\\_douleur\\_1.htm](http://www.institut-upsa-douleur.org/professionnels/infos_pratiques/plan_douleur/inf_plan_douleur_1.htm)

