

NOTE AUX LECTEURS :

« Il s'agit d'un travail personnel et ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur »

Remerciements :

Je remercie avant tout mes parents et amis qui m'ont soutenue tout au long de ma scolarité et qui m'ont toujours encouragée.

Je remercie également tous les formateurs qui nous ont accompagné, et tout particulièrement Madame ROBERT Florence, Madame BESSIRARD Christine ainsi que Madame ASCHEHOUNG Isabelle pour l'aide apportée pour ce mémoire qui achève nos trois années d'étude.

Je remercie enfin toutes les autres personnes qui m'ont aidée à construire ce mémoire, Ophélie, Madame PISOT, les bibliothécaires, ainsi que tous les membres du corps soignant pour m'avoir accordé du temps et apporté leurs témoignages.

Notre roi qui est un dieu affirme que, s'il ne faut pas guérir les yeux sans la tête, et la tête sans les yeux, il ne faut pas non plus traiter la tête sans l'âme [...] En effet, c'est de l'âme que surviennent pour le corps et pour l'homme tout entier, tous les maux et tous les biens, ils en découlent comme ils découlent de la tête dans les yeux. C'est donc l'âme qu'il faut avant tout soigner si l'on veut que la tête et les yeux soient en bon état

Socrate

*« Sois sage, ô ma Douleur, et tiens-toi plus tranquille.[...]
Sous le fouet du Plaisir, ce bourreau sans merci,
Va cueillir des remords dans la fête servile,
Ma Douleur, donne-moi la main ; viens par ici »*

Recueillement, Charles Baudelaire, Les Fleurs du Mal

« Celui qui ne se soucie pas des souffrances d'autrui ne vaut pas mieux qu'un meurtrier »

Péladan

Sommaire

1. Introduction	3
2. Synthèse du cheminement à la situation d'appel.....	4
3. Cadre Théorique.....	7
3.1. La douleur et sa prise en charge	7
3.1.1. La douleur.....	7
3.1.2. L'évaluation de la douleur.....	8
3.1.3. Le rôle infirmier dans la gestion de la douleur.....	9
3.1.4. Les traitements de la douleur	10
3.2. Placebo, effet placebo et effet nocebo	12
3.2.1. Le Placebo	12
3.2.2. L'effet Placebo.....	13
3.2.3. L'effet Nocebo	15
3.3. L'éthique.....	16
3.3.1. Les problèmes éthiques	16
3.3.2. Place des valeurs infirmières.....	17
4. Projet de mise en œuvre de la recherche	20
4.1. Choix de l'outil.....	20
4.2. Enquête et population	21
5. Conclusion	22
6. Bibliographie	23
7. Annexe.....	27
ANNEXE I	28
ANNEXE II	29
L'Échelle Numérique (EN)	29
L'Échelle Visuelle Analogique (EVA)	29
L'Échelle Verbale Simple (EVS)	29
Le Neonatal Facial Coding System (NFCS)	30
Échelle Doloplus 2	31
ANNEXE III	33

1. Introduction

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient hospitalisé, la gestion de la douleur est devenue une priorité dans les structures de soins. Le plan de gestion de la douleur à l'hôpital a permis d'en changer la vision auprès des équipes, et de la mettre au centre du soin. Depuis l'Antiquité, des molécules sont identifiées pour leurs propriétés antalgiques. L'Opium, nommée également « Plante de la Joie », fut la première plante utilisée pour ses propriétés antalgiques en 3500 avant Jésus-Christ. Parmi les plus connues, la Morphine, découverte en 1804, est utilisée dans les douleurs intenses, ou encore le Paracétamol, majoritairement utilisé en automédication pour les douleurs faibles à modérées. Plus récemment, les laboratoires Pasteur ont isolé une molécule dans la salive humaine, l'Opiorphine, qui serait plus efficace que la Morphine, avec moins d'effets indésirables. Cependant, la réponse médicamenteuse n'est pas systématique et c'est le soulagement du patient qui est avant tout recherché. Ainsi, des actions mécaniques peuvent être utilisées, tel le massage. Mais une alternative existe, mettant en avant la relation soignant soigné. Le placebo peut être utilisé dans le traitement de la douleur à l'hôpital ou dans d'autres structures de soin avec un taux moyen de 40% d'efficacité.

Lors d'un stage en deuxième année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers¹ en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes², j'ai pu rencontrer une situation qui m'a interpellée. Un placebo non prescrit a été donné à une patiente pour une douleur diffuse. Malgré cela, l'apaisement de la douleur a été observé, ce qui lui a permis de s'endormir, ce qui me conduit à la problématique suivante :

En quoi le rôle de l'infirmière lors de la mise en œuvre d'un traitement par placebo permet-il d'améliorer la gestion de la douleur ?

Dans une première partie, je déterminerai la question de départ. Dans une seconde partie, je traiterai la problématique où seront abordés la douleur, le placebo ainsi que l'éthique. Enfin, une troisième partie sera consacrée au projet de mise en œuvre de la recherche.

¹ Institut de Formation en Soins Infirmiers dont l'abréviation est IFSI

² Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes dont l'abréviation est EHPAD

2. Synthèse du cheminement à la situation d'appel

Lors de la fin de mon second stage en EHPAD, une situation m'a interpellée.

Je termine mon stage par quinze jours de nuit afin de comprendre la prise en soin des résidents et les différentes organisations des équipes. L'équipe de nuit est composée de deux Aides-soignantes³ par service et d'une infirmière⁴ pour les quatre services de l'EHPAD. L'IDE me confie la prise en charge de quatre résidents, en plus de la dispensation des traitements pour la nuit de dix autres résidents du service.

Madame M., âgée de 83 ans, est entrée depuis trois ans suite à une altération de son état général avec baisse de l'autonomie sur les conseils de ses proches. En 2008, elle présente un syndrome de glissement suite au décès de son mari, ainsi qu'une arthrose et une obésité avec un Indice de Masse Corporelle⁵ à 32,5, ce qui majore sa perte de mobilité et sa fatigue. Elle se déplace en fauteuil roulant. Malvoyante, elle se dit souvent « *aveuglée par la lumière du soleil* » et demande à ce qu'on lui ferme les stores afin d'être dans la pénombre. Dans une chambre à deux lits, son besoin d'obscurité rend la cohabitation difficile avec sa voisine. Elle refuse cependant de participer aux activités thérapeutiques et reste donc souvent seule.

A la fin des transmissions vers 21h30, j'effectue la dispensation des médicaments ainsi que les changes avec les AS. Alors que nous disons au revoir aux deux patientes de la chambre, Madame M. m'interpelle et me demande si elle peut « *avoir le médicament contre la douleur* ». Je lui demande « *où elle a mal, et à combien elle l'évaluerait sur l'échelle numérique de zéro à dix.* » Elle me répond qu'elle a « *mal partout, et au moins à cinq sur dix* ». Je regarde la prescription médicale⁶, un gramme de Paracétamol est prescrit si besoin⁷ est, jusqu'à quatre fois par jour. Je constate qu'elle n'a pas reçu de traitement antalgique ce jour. Je déconditionne la première gélule de Paracétamol de 500 mg et au moment de faire de même avec la seconde, C., l'une des AS, me la prend des mains et vide son contenu dans l'évier. Elle me dit que « *cela ne sert à rien pour cette patiente, même un bonbon à la menthe aurait le même effet* », et va donner la gélule vide à la patiente qui s'endort.

L'AS continue le tour et ne note aucune transmission concernant l'administration de la gélule dans le suivi du traitement.

³ Aide-soignante dont l'abréviation est AS

⁴ Infirmière dont l'abréviation est IDE

⁵ Indice de Masse Corporelle dont l'abréviation est IMC

⁶ Prescription Médicale dont l'abréviation est PM

⁷ Si Besoin dont l'abréviation est SB

Lors du passage de l'IDE, je lui signale les douleurs de Madame M., elle me répond que *« pour cette patiente, c'était quelque chose de fréquent, mais que l'on ne notait rien, puisque rien n'était fait finalement »*. De ce fait, l'équipe utilisait l'effet placebo afin d'apaiser la douleur sans avoir recours systématiquement à une molécule active.

Je transmets ainsi dans le Dossier Patient Unique la douleur de Madame M. en début de nuit, l'évaluation par Echelle Numérique⁸, l'administration de la gélule vide et le résultat. Lors des transmissions, je le signale également afin que la prise en soin soit réadaptée.

Je me suis tout d'abord posé la question : Pourquoi est-ce l'AS qui a donné le médicament ? Pourquoi a-t-elle donné un traitement autre que celui-prescrit par le médecin et préparé par l'IDE ? Dans l'article R. 4311-4 du Code de la Santé Publique relative au travail de l'IDE en collaboration avec l'AS, une tâche peut être réalisée en collaboration uniquement lorsque l'acte fait partie du référentiel de formation de l'AS, et toujours sous la responsabilité de l'IDE. L'AS peut également administrer une substance médicamenteuse (voie orale ou rectale uniquement) si cette dernière fait partie d'un protocole. Selon l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat AS, cette dernière peut aider à la prise du traitement, toujours sous la responsabilité de l'IDE présente.

Suite à ce questionnement, je me suis également intéressée à la prise en charge de la douleur. En quoi la prise en charge de la douleur est-elle une mission prioritaire dans les structures de soins ? Comment peut-on la prendre en charge ? Quelles structures peuvent aider à la gestion de la douleur ?

Depuis la loi du 4 mars 2002 du Code de la Santé Publique relative à la prise en charge de la douleur pour la personne hospitalisée, le soulagement de celle-ci est reconnu comme un droit fondamental. L'équipe soignante doit mettre tout en place pour atténuer le plus possible la douleur. Si cela n'est pas effectué, il s'agit de non-assistance à personne en danger. Elle inclut l'évaluation de la douleur, l'action mise en place (traitement médicamenteux ou non), ainsi que l'évaluation du résultat.

De ce fait, je me suis également posé des questions sur la responsabilité des membres de l'équipe soignante. En quoi la responsabilité de l'IDE peut-elle être engagée ? Que risque-t-elle ? Quelles peuvent être les sanctions pour l'IDE et l'AS ? Quelle est la responsabilité de l'étudiant en soin infirmier dans un contexte de distribution de médicament lorsque ce dernier

⁸ Echelle Numérique dont l'abréviation est EN

n'est pas encadré ?

Malgré la présence de protocole, l'IDE doit contrôler l'état initial du patient et confirmer la prise. De plus, sa responsabilité est engagée car l'article 121-3 du code pénal stipule que « *les personnes physiques [...] qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage [...] sont responsable pénalement [...]* ». De plus, de par son statut, l'étudiant, qui est toujours en phase d'apprentissage, doit bénéficier d'un encadrement tant que ses connaissances n'ont pas été vérifiées par le personnel soignant.

Suite à cette situation, on peut également constater des anomalies dans le circuit du médicament. Comment est-il mis en place ? Qui sont les différents acteurs de ce circuit ? Comment cela est-il tracé ?

Les semainiers nominatifs sont préparés par la pharmacienne chaque semaine à partir des PM. L'IDE d'après-midi vérifie les traitements dans les piluliers nominatifs pour l'équipe de nuit, et les place dans un pot initialement prévu pour les examens urinaires, où le nom de chaque patient est inscrit. Une case supplémentaire est ajoutée pour les traitements prescrits en SB. Habituellement, en l'absence d'élève infirmier, cela permet aux AS de pouvoir administrer les traitements en même temps que les changements de protections.

Pour finir, je me suis interrogée sur le placebo. Qu'est-ce que le placebo ? Quelles sont les réglementations ? Comment agit-il ? Dans quels contextes peut-il être prescrit ?

Cette situation mobilise beaucoup de thématiques. Cependant, il m'est impossible de traiter chacun de ces sujets. C'est donc sur ce dernier point, le placebo, que j'oriente mon travail de recherche.

En quoi le rôle de l'IDE lors de la mise en œuvre d'un traitement par placebo permet d'améliorer la gestion de la douleur ?

3. Cadre Théorique

3.1. La douleur et sa prise en charge

3.1.1. La douleur

· *La douleur*

Selon Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) la douleur est définie comme étant une « *Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrite en termes d'un tel dommage* ».

Il existe quatre types de douleurs :

- La douleur dite nociceptive, correspondant à une réponse suite à la stimulation des nocicepteurs (récepteur de l'information sensitive), qui est transmise au cortex cérébral, provoquant la perception de la douleur. Cette douleur survient par exemple lors d'un traumatisme, et peut être soit aigüe, soit chronique.
- La douleur dite neuropathique, correspondant aux lésions du système nerveux périphérique, et répondant à un stimulus habituellement non douloureux. Cette douleur apparaît lors de pathologies telles que le Zona, ou encore la section d'un nerf, et peut être constante ou périodique (par poussée)
- La douleur dite idiopathique, correspondant à une origine mal connue.
- La douleur dite psychogène, correspondant aux douleurs engendrées par un évènement psychologique tel que le deuil. ⁹

Il existe cependant deux types de douleur : la douleur aigüe qui fait suite à une agression momentanée du corps et se résorbera avec le temps ; la douleur chronique qui est secondaire à une pathologie et évolue par poussée. Elle persiste dans le temps.

⁹ Classification par Laurence MOUZAT, cadre de santé du CHU de Bicêtre (94), parue dans « L'Aide-Soignante », n°83, janvier 2007, page 10 à 18

· *Physiopathologie de la douleur*

Selon la douleur ressentie, on peut déterminer deux mécanismes distincts.

- La douleur dite rapide, dont l'apparition est immédiate et localisée. Cette douleur n'apparaît que sous un stimulus douloureux mécanique, tel que l'étirement.
- La douleur dite tardive, dont l'apparition sera différée et diffuse, Elle apparaît sous l'effet mécanique, influence d'un stimulus chimique (substance algogène = bradykinine, prostaglandine, histamine¹⁰) ou thermique (température corporelle supérieure à 42°). L'information rejoint le cortex frontal qui est la zone des émotions et du comportement. Cependant, les nocicepteurs se dégradent avec le temps, et la douleur de la personne âgée sera plus difficile à exprimer et à décrire que chez le sujet jeune¹¹

3.1.2. L'évaluation de la douleur

Afin d'adapter au mieux un traitement antalgique, plusieurs moyens ont été mis en place pour qu'il soit le plus cohérent possible entre les soignants, mais également adapté au mieux au patient selon son état physique et psychique, son âge (personne âgée avec atteinte psychique, adulte, enfant, nourrisson, nourrisson prématuré). Il est régi par le code de la santé publique¹²

L'échelle la plus utilisée est l'EN consistant à demander au patient d'évaluer sa douleur en la chiffrant sur une échelle de 0 à 10, 0 étant l'absence totale de douleur, et 10 la pire douleur imaginable.

La seconde est l'échelle visuelle analogique (EVA) chiffrant la douleur entre 0 à 10 à l'aide d'une règle double face avec côté patient, une ligne allant crescendo entre deux visages représentant chacun l'absence de douleur et la pire douleur imaginable, et côté soignant constitué d'une échelle chiffrée allant de 0 à 10.¹³

¹⁰ Molécules libérées suite à une lésion qui augmente la sensibilité à la douleur

¹¹ Définition inspirée du cours Bases physiopathologiques et évaluation de la douleur, Faculté de médecine de Grenoble

¹² Voir annexe I

¹³ Voir en annexe II

Cependant, ces échelles ne peuvent pas toujours être utilisées, seulement selon les personnes, mais également selon certains facteurs tels que l'état de conscience, l'âge, ou la présence ou non de pathologies psychiatriques (démences, ...)¹⁴

3.1.3. Le rôle infirmier dans la gestion de la douleur

La douleur a été perçue de manière variée au cours des années, fournissant des informations sur l'état de la personne. Elle fut tout d'abord considérée comme une épreuve divine, quelque chose qu'il fallait supporter. Puis la douleur est devenue une donnée de la pathologie en cause, son intensité donnant des informations sur l'état de l'évolution.

Aujourd'hui, la douleur est l'une des priorités de prise en charge de la personne lors de son hospitalisation. Agir sur les douleurs physiques permet d'agir sur le psychique et ainsi permet d'atténuer l'anxiété. Afin de suivre cette lutte contre la douleur, il est nécessaire de mettre en place un projet de soin. Le projet de soin est la mise en place de toutes les actions auprès du patient dans le but de guérir, de soigner, de maintenir un état de santé selon des problèmes préalablement identifiés. Il est régi par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale. Art. L. 311-3 du code de la santé publique¹⁵

L'IDE doit dépister la douleur par l'attitude du patient. Lorsque la douleur est identifiée, l'équipe soignante doit l'évaluer selon l'échelle qui semble la plus cohérente selon le patient (âge, état psychique, ...) avant de mettre en place une action. Selon cette évaluation, elle peut nécessiter une PM, notamment dans les cas de traitements médicamenteux, ou lorsqu'un acteur de soin extérieur doit intervenir (kinésithérapeute, ...). Une nouvelle évaluation sera nécessaire afin de mesurer l'efficacité de l'action qui a été mise en place, et de pouvoir la réadapter si les résultats ne sont pas satisfaisants. Il est important pour l'IDE de transmettre chacune de ces étapes pour que la douleur soit suivie tout au long de l'hospitalisation.

L'IDE doit contrôler cette douleur. Elle est l'intermédiaire privilégié entre le patient et le médecin.

¹⁴ ELMER – HAERRIG Vincent, L'évaluation de la douleur, [En ligne], mis à jour 2 août 2011, disponible sur <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/l-evaluation-de-la-douleur.html>

¹⁵ Voir Annexe III

3.1.4. Les traitements de la douleur

· *Les traitements médicamenteux*

Les traitements antalgiques sont classés en trois paliers :

- Palier I, correspondant aux antalgiques dits périphériques, utilisés pour les douleurs légères à modérées. On y retrouve le paracétamol, l'ibuprofène, l'acide acétylsalicylique.

- Palier II, correspondant aux antalgiques dits centraux faibles, utilisés pour les douleurs modérées à fortes, ainsi qu'en cas d'échec des antalgiques de palier I, et correspondent aux opiacés faibles. On y retrouve la codéine

- Palier III, correspondant aux antalgiques dits centraux forts, utilisés pour les douleurs fortes, et lorsque les antalgiques de palier II sont inefficaces. Il s'agit de la morphine.¹⁶

· *Les traitements non médicamenteux*

Ils sont nombreux et utilisés de fréquence diverse selon les services.

Le toucher est mis en avant dans certaines pathologies. Démocrite, philosophe grec vers 460 à 380 avant Jésus Christ, disait que « *L'homme implore la santé auprès des Dieux, sans toutefois penser que le pouvoir de la conserver est entre ses mains* ». Le massage est l'un des plus utilisés, notamment dans les services tels que la gériatrie ou encore la psychiatrie comme technique d'apaisement de la douleur, mais a également un rôle d'apaisement psychique (violence).

La salle *Snoezelen* est un lieu faisant appel à la vue, le toucher, l'odorat et l'ouïe permettant d'apaiser les personnes ayant un handicap mental. Par une ambiance calme, ce lieu aide le patient à se détendre. Etant moins anxieux, la douleur est moins envahissante donc plus supportable. Cette relation avec ce qui entoure le patient peut être comparable à d'autres thérapies telles que la zoothérapie, la musicothérapie, l'aquathérapie... Olivier Sacks, neurologue, a étudié la musicothérapie et son influence sur différentes pathologies.

¹⁶ Classement selon OMS

Il consacre un chapitre sur l'influence musicale chez un patient atteint du syndrome de la Tourette, où il reprend le cas de l'un de ses patients, John S., et explique que la variation de musique, par son rythme, influence l'apparition des tics. Il explique que « *La musique peut déterminer leur fréquence et leur intensité en les accélérant ou en les ralentissant selon que son tempo est rapide ou lent* »¹⁷

La cryothérapie et la thermothérapie sont des techniques particulièrement utilisées en médecine fonctionnelle, dans les centres de convalescence par exemple, afin de soulager les muscles et les articulations, mais également chez les personnes atteintes de migraines.

Depuis ces dix dernières années, on constate également une augmentation de l'utilisation de la « médecine douce », utilisant diverses techniques, comme l'acupuncture, qui consiste en l'introduction de fines aiguilles en des points précis du corps qui correspondraient aux sources énergétiques du corps selon les théories taoïques. Dans son ouvrage *Le guide des médecines naturelles*,¹⁸ Jean-Ernest ALTHERR, gynécologue et obstétricien, reprend chaque forme de médecine naturelle, allant de l'auriculopuncture à l'utilisation des plantes, et explique comment chacune peut agir sur les pathologies.

Le placebo peut avoir plusieurs fonctions, dont la sédation et l'antalgie. Il peut être sous différentes formes, comprimé pharmaceutique sans molécule active, capsule vide, ou substance pouvant donner l'illusion du médicament (ex : colorant alimentaire).⁹

Ce sera sur ce dernier que je me baserai pour la suite de mon mémoire.

¹⁷ *Musicophilia*, SACKS Olivier chapitre 18, Edition Seuil, 2009, page 226 à 233

¹⁸ -ALTHERR Jean-Ernest, *Le guide des médecines naturelles*, France, Edition Flammarion, 2006, 468 pages

3.2. Placebo, effet placebo et effet nocebo

Les placebos peuvent être utilisés dans deux contextes :

- L'étude clinique. Le plus souvent en « double aveugle », ainsi un échantillon de personne ayant une pathologie X est séparé en deux groupes : le premier reçoit le médicament à l'essai, tandis que le second reçoit un placebo. Le soignant ignore ce qu'il administre, et le patient ignore ce qu'il prend. A la fin de l'étude, les résultats sont comparés sur l'amélioration des symptômes de la maladie et l'apparition d'éventuels effets secondaires. Cela permet d'estimer au mieux l'efficacité du médicament.
- Dans les services. Bien que son utilisation reste tout de même peu fréquente, elle peut avoir plusieurs buts. Un placebo peut être donné pour un effet antalgique ou encore un effet sédatif, et est utilisé majoritairement dans les services de psychiatrie et de gériatrie. Cependant, les protocoles divergent, et ils peuvent être soit prescrits et de ce fait, être donné systématiquement comme un autre médicament, soit donnés de prime abord pour évaluer la réalité physique de la problématique, et être réajustés si besoin est par un médicament.

3.2.1. Le Placebo

Le placebo, du latin *placere*, « je plairai », est défini comme étant une « *préparation pharmaceutique (pilule, cachet, potion, etc.) dépourvue de tout principe actif et ne contenant que des produits inertes* »¹⁹

Cependant, on trouve diverses définitions à travers les époques, mais c'est à partir de 1785 dans le dictionnaire médical *Motherby* que le terme de « placebo » traduit une « *médecine banale* ». En effet, le mot placebo venait du culte des morts dans la religion catholique,

¹⁹ Définition du *Dictionnaire illustré des termes de médecine*, Garnier-Delamare, France, Edition Maloine, 30^{ème} édition

« *Placebo Domino in regione vivorum* », « *Je plairai au Seigneur chez les vivants* ». Puis, en 1811 dans le dictionnaire de *Hooper*, le placebo devient un traitement utilisé plus pour satisfaire le patient que soigner la maladie elle-même. Ce n'est qu'à la fin du XIX^{ème} siècle que la notion de produit inerte apparaît.²⁰

C.Guy-Coichard²¹, médecin spécialisé dans les douleurs cancéreuses, définit deux sortes de placebos : « *les placebos dits « purs », étant une substance inerte comme le sérum physiologique, et les placebos dits « impurs », étant une substance inactive sur la pathologie traitée* ». Les placebos impurs sont utilisés afin de provoquer des effets secondaires afin d'éviter au patient de découvrir le leurre mis en place.

Le traitement placebo n'a pas de réglementation particulière. Sa production est régie par les mêmes règles de bonne pratique de fabrication que pour toutes les formes orales sèches.

On retrouve deux formes principales : la forme orale liquide, essentiellement utilisée en pédiatrie, qui est composée de sucre ; la forme orale sèche, qui est composé de lactose.

Cependant, le placebo n'étant pas un médicament car dénué de principe actif, il n'a pas besoin d'Autorisation de Mise sur le Marché.

3.2.2. L'effet Placebo

On entend par effet placebo tout effet bénéfique pour une personne suite à un soin prodigué (administration d'un médicament placebo par exemple). Le physicien Shapiro le définit comme étant « *l'effet psychologique, physiologique ou psychologique de toute médication ou procédé donné avec une intention thérapeutique qui est indépendante, ou très faiblement reliée aux effets pharmacologiques de la médication ou des effets spécifiques du procédé qui opère au travers d'un mécanisme psychologique* ». ²²Malgré une définition ancienne, elle est toujours utilisée de nos jours.

Pour Pichot, psychiatre, il s'agit de la différence entre l'évolution naturelle de la maladie et l'effet du traitement placebo.²³

²⁰ DE ABAJO Francisco ; GRACIA Diego Éthique et placebo [en ligne], référence du 28 mai 2000, disponible sur <http://wij.free.fr/ethique.htm>

²¹ GUY-COICHARD C. et BOUREAU F. *Comprendre l'effet placebo pour mieux traiter la douleur*, « la revue de médecine interne », revue mensuelle n°26 de novembre 2005, page 228 à 232

²² SHAPIRO AK, *Factor contributing to the placebo effect*, American Journal of Psychotherapy, 1964, page 73 à 88

²³ PICHOT P., *A propos de l'effet placebo*, Revue médicale psychosomatique, 1961, page 37 à 40

Cependant, l'effet placebo peut également être obtenu avec un médicament, lorsque le patient se dit être soulagé rapidement après l'administration, alors que le délai d'action est plus long, par exemple un comprimé de paracétamol qui soulage le patient instantanément, alors que le délai d'action est de trente minutes.

L'effet placebo tient également à la confiance que le patient a envers le médecin et les soignants, à l'atmosphère régnant autour de lui, ainsi qu'à la compréhension de sa pathologie et de son traitement.²⁴

En dehors de la croyance de « prendre un médicament », la forme et l'aspect jouent un rôle sur la représentation qu'en a la personne. Ainsi, un comprimé plus gros lui paraîtra plus efficace car il contient plus de principe actif, et il associe également la couleur à l'effet recherché : le bleu pour les anxiolytiques, le rose ou le jaune pour l'effet stimulant. Dans une étude menée en 1972 par B. Blackwell, les effets d'un traitement placebo étaient plus efficaces si l'on donnait deux gélules plutôt qu'une.

De plus, la voie d'administration a également une incidence sur l'efficacité, un traitement par voie injectable lui paraîtra plus efficace qu'un traitement per os, et administré à l'hôpital plus actif qu'à domicile. P. Kinnaert²⁵ affirme qu'un patient suivant son traitement placebo rigoureusement sera plus à même de présenter des effets placebos.

Selon Patrick LEMOINE²⁶, le placebo permet de « *déplacer des montagnes pathologiques, de renverser les dogmes thérapeutiques, de décontenancer les plus cartésiens d'entre nous* »

Sur les études menées, on estime qu'un patient répond au traitement placebo dans 35% des cas, bien que Beecher²⁷ souligne, après avoir repris quinze études différentes, qu'il ne s'agit là que d'une moyenne, et que le nombre de personnes répondant au placebo varie selon les études entre 15 et 53%. Kinnaert souligne également qu'un traitement placebo n'est actif que sur une durée limitée, de quelques jours à quelques semaines, bien que dans certains traitements de la phobie sociale ou de dépression sévère, les effets aient été définitifs, et on parle alors de guérison.

²⁴ Voir annexe IV

²⁵ KINNÆRT P., *Placebo et effet Placebo*, Revue Médicale de Bruxelles, 2006, page 499 à 504

²⁶ LEMOINE Patrick, *Le mystère du placebo*, Edition Odile Jacob, 2^{ème} édition, 2006, page 14

²⁷ BEECHER HK, *The powerful placebo*, Journal of American Medical Association, vol. 159, numéro 17, 24 décembre 1955, page 1602 à 1606

Haygarth, suite à des expérimentations de traitement de la douleur par électricité, a obtenu des résultats similaires selon que l'action ait été réelle ou simulée, conclut que « *l'esprit exerce des effets puissants sur l'état de l'organisme. Ce facteur est fréquemment passé inaperçu dans le traitement des maladies* ». ²⁸

3.2.3. L'effet Nocebo

A contrario, l'effet nocebo, du latin « *je vais faire du mal* », est l'apparition d'effets néfastes pour le patient, le reliant à des effets secondaires, avec une récurrence semblable aux patients traités par médicaments. Le terme «Nocebo » est donné en 1961 par Walter Kennedy. Chez certains patients dont la douleur était traitée par un placebo, il a été constaté une dépendance avec des signes de manque en cas de non prise de celui-ci, bien que les signes fussent moins prononcés qu'avec un médicament.

Tout comme pour l'effet placebo, l'effet nocebo dépend de l'environnement dans lequel évolue le patient, l'anxiété qu'il peut subir ou encore son isolement.

Robert Hahn, anthropologue au Centre de Prévention et de Contrôle des maladies, donne une nuance à ce terme, expliquant qu'il ne faut l'utiliser que lorsque les symptômes sont constatés.

Giuliana Mazzoni met en parallèle le droit de savoir ce à quoi l'on peut s'attendre, et le risque que cette connaissance des potentiels effets secondaires puisse les déclencher. ²⁹

²⁸ DE ABAJO Francisco ; GRACIA Diego Éthique et placebo [en ligne], référence du 28 mai 2000, disponible sur <http://wjj.free.fr/ethique.htm>

²⁹ SCHMIT Geneviève, L'effet Nocebo, [En ligne] Référence du 19 juillet 2009 Disponible sur <http://methodesimonton.wordpress.com/2009/07/19/leffet-nocebo/>

3.3.L'éthique

3.3.1. Les problèmes éthiques

De plus en plus, l'éthique est mise au cœur du soin. Il s'agit de faire un compromis entre la demande du patient, et ce qui nous semble être le meilleur. Selon A. de BOUVET³⁰, « *l'idéal éthique des soins se traduit par le souci de la bienfaisance apporté à autrui souffrant* ». C'est donc le confort qui est apporté au patient qui est mis au centre du soin. Le placebo pose ainsi un certain nombre de problèmes éthiques, ce qui peut mettre en difficulté les soignants lorsqu'ils sont confrontés à cette PM.

Francisco De ABAJO³¹ avance ainsi trois principaux problèmes éthiques lors de la mise en place d'un traitement placebo:

- Il identifie tout d'abord le problème de la tromperie. En effet, l'efficacité du placebo repose sur la croyance du patient selon laquelle le soin qui lui est prodigué sera efficace sur la douleur. Cependant, s'il vient à savoir qu'il ne s'agit que d'un comprimé de lactose, il ne croira plus en l'efficacité du traitement. De plus, l'article 35 du Code de déontologie médicale ainsi que l'article L. 1112-1 du Code de la Santé Publique³² stipulent que le patient a le droit à une information claire et précise.
- Ensuite, le second problème éthique qu'il identifie est le dommage direct créé par l'administration du placebo. Afin que le patient croie réellement au traitement, il est informé des éventuels effets secondaires que cela peut produire. Cependant, il arrive que le patient soit confronté à l'effet nocebo, pouvant être plus ou moins important (nausées, syndrome de sevrage). De plus, certains placebo nécessitent la réalisation d'acte invasif (injection), où les risques sont les mêmes que pour un traitement médicamenteux (douleur lors de l'injection, hématome)

³⁰ DE BOUVET A., *Penser autrement la pratique infirmière*, Edition De Beck Université, 2005, page 3

³¹ DE ABAJO Francisco ; GRACIA Diego Éthique et placebo [en ligne], référence du 28 mai 2000, disponible sur <http://wjj.free.fr/ethique.htm>

³² Voir Annexe V

- Enfin, le troisième problème qui est identifié est le dommage indirect créé par la non administration du traitement potentiellement bénéfique. Lors de la mise en place d'un placebo, on ignore s'il sera efficace ou non. Cependant, si le placebo à visée antalgique n'est pas efficace, la personne souffre et pense le traitement inefficace.

Il y a également une forme de deshumanisation du patient. Canguilhem, philosophe et médecin français du XX^{ème} siècle, explique « *Si l'on veut définir la maladie, il faut la déshumaniser [...] Dans la maladie, ce qu'il y a de moins important, au fond, c'est l'homme. Ce n'est donc plus la douleur ou l'incapacité fonctionnelle et l'infirmité sociale qui fait la maladie, c'est l'altération anatomique ou le trouble physiologique* »³³ La personne n'est ainsi plus traitée dans sa globalité, mais est dissociée. Bien que ce philosophe ait écrit son ouvrage en 1972, certains médecins pensent toujours qu'il est nécessaire de dissocier la maladie de la personne afin de mieux la prendre en charge.

Cependant, le placebo est mis en place de la même manière qu'un traitement médicamenteux. Il est prescrit en vue de soigner un problème de santé qui a été identifié. De plus, la convention d'Helsinki prévoit « *Les avantages, les risques, les contraintes et l'efficacité d'une nouvelle méthode doivent être évalués par comparaison avec les meilleures méthodes diagnostiques, thérapeutiques ou de prévention en usage. Cela n'exclut ni le recours au placebo, ni l'absence d'intervention dans les études pour lesquelles il n'existe pas de méthode de diagnostic, thérapeutique, ou de prévention prouvée* »³⁴

Dans cet article, le placebo trouve sa place dans le projet de soin, le résultat étant placé en avant, lorsqu'il est estimé que le placebo est la meilleure méthode de diagnostic ou curative.

3.3.2. Place des valeurs infirmières

Selon P Svandra, « *Les valeurs se présentent alors comme des étalons de mesure qui transcendent les évaluations individuelles mais elles restent également liées à des préférences personnelles* »³⁵ Les valeurs sont dictées par notre pratique soignante.

³³ CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*, Presses universitaires de France 1972, page 73

³⁴ Article 29 de la convention de Helsinki

³⁵ SVANDRA P., *Comment développer la démarche éthique en unité de soins?* Edition Estem, 2005, page 4

Bien que les valeurs soignantes soient très similaires aux valeurs personnelles, on peut constater que les valeurs que l'on a, ne sont pas toutes identiques selon les personnes.

L'infirmière devient de plus en plus actrice dans le soin. En effet, elle a un rôle de second contrôle en cas d'erreur de PM. Elle doit également alerter en cas de dégradation de l'état général du patient.

Chaque valeur est importante, il y en a cependant trois que j'aimerais traiter.

- Tout d'abord, la valeur de bienveillance, est celle qui semble primordiale lorsque l'on demande aux patients la première chose qu'ils attendent d'une infirmière. Selon Patrick LEMOINE³⁶, ce que le patient recherche avant tout chez son médecin, c'est « *sa capacité à être bienveillant, à comprendre, à rassurer, à établir un lien, en un mot, être empathique* ». En effet, l'infirmière mettra tout en œuvre pour favoriser le confort du patient. Ainsi, chaque geste qui est réalisé pour le patient a pour objectif de le soulager : l'aider à manger pour apaiser sa faim, l'aider à se mobiliser pour l'aider à trouver une position confortable et l'aider à conserver son autonomie... Cette valeur est importante dans l'administration d'un placebo car ce qui est recherché est le soulagement de la douleur du patient. Or, si l'infirmière pense que le traitement ne sera pas efficace, elle sera contre car elle ne respectera plus cette valeur de bienveillance.
- Ensuite, la seconde valeur qui me paraît importante dans la mise en place du traitement de la douleur par placebo est la discrétion. En effet, plusieurs éléments sont à prendre en compte pour que le placebo fonctionne. Madame Marie-Elisabeth FAYMONVILLE, médecin anesthésiste spécialisée dans l'hypnose, explique qu'il y a plusieurs éléments essentiels pour favoriser l'efficacité du placebo, dont le milieu environnant³⁷. La discrétion de l'infirmière est donc nécessaire. Le patient se sentira plus en confiance lorsque l'infirmière le laissera parler, mais également lorsqu'il sait

³⁶ LEMOINE P., *Le mystère du placebo*, édition Jacob, 2^{ème} édition, 2006, page 15

³⁷ FAYMONVILLE M-E, 7^{ème} congrès annuel pour la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD)

qu'il n'entendra pas des propos de patients dans les couloirs. Il doit se sentir en confiance et la discrétion de l'infirmière aide le patient.

- Enfin, la troisième valeur qui me semble essentielle est le respect. Il faut que le patient comprenne que les soignants entendent le problème de santé dont il leur fait part, mais également que ces derniers cherchent à traiter ce problème. Le respect de la personne soignée permet de favoriser la relation soignant-soigné. Bien que cette relation soit plus ou moins profonde selon les personnes, elle reste primordiale pour la création de l'alliance thérapeutique. C'est un concept qui fut défini par Freud en 1937 comme un pacte créé entre le patient et le thérapeute³⁸. En 2001, Ricœur introduit la notion de « *pacte de soin* », basée sur la présence, la confiance et la conscience, où ce pacte est une union entre le soignant et le soigné contre la maladie.

Suite à ces différentes recherches, je me suis aperçue que le placebo pouvait être prescrit pour différentes problématiques de santé. J'ai pu identifier entre autres la problématique de l'anxiété ou encore des difficultés d'endormissement. Ayant pour projet professionnel de travailler en psychiatrie, il m'a donc semblé cohérent d'orienter ma question de recherche en psychiatrie. De plus, lors de mes stages, j'ai pu voir à plusieurs reprises l'utilisation de placebo en cas d'anxiété.

³⁸ FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana, Les concepts en soins infirmiers, ARSI, France, Edition Mallet Conseil, 2009, page 66

4. Projet de mise en œuvre de la recherche

Je me suis de nouveau interrogée sur la place du placebo dans les autres contextes de soins. Je suis arrivée à la question de recherche suivante :

En quoi le rôle de l’infirmière est-il important lors de la mise en place d’un traitement placebo dans le traitement de l’anxiété dans un service de psychiatrie ?

4.1. Choix de l’outil

Suite à la construction de l’outil, je demanderais un rendez-vous avec le Directeur de Coordination Général des Soins de l’hôpital psychiatrique afin de lui présenter mon projet. Je lui présenterais mon guide d’entretien, ainsi que ma question de recherche et mes objectifs d’entretien. Suite à cela, je souhaite obtenir l’autorisation de mener mon enquête dans deux unités de l’établissement, et également un lieu à disposition pour mener les entretiens.

Suite à cela, je chercherais à mener une enquête afin de pouvoir exploiter des données pour répondre à ma question de recherche.

Pour cela, je réaliserais des entretiens semi-dirigés. Cela me permettrait de mener l’enquête de façon plus interactive, mais également de pouvoir demander des précisions sur certaines réponses. Malgré plusieurs contrôles du questionnaire avant sa mise en place, il peut arriver qu’une question soit mal comprise. Ainsi, la question pourra être reformulée afin d’amener la personne sur le vrai sens de la question. De plus, ils pourraient faire partager leurs expériences et illustrer leurs propos avec des situations vécues.

D’autre part, l’entretien semi-dirigé permettrait de pouvoir l’orienter. Comme le guide d’entretien serait le même pour tous, on pourrait confronter les différentes opinions sur un même sujet.

Par l’entretien, je rechercherais un échange plus vivant que par des questionnaires. Cependant, chaque entretien se déroulerait dans un lieu clos afin que chaque propos soit anonyme. Savoir que ce qui est dit est confidentiel favorise la liberté d’expression. De plus, pour ne pas perturber l’organisation du service, chaque entretien se déroulerait entre trente à quarante-cinq minutes.

Avec l'accord de la personne interrogée, je ferais une prise de note tout au long de l'entretien. J'ai éliminé l'enregistrement car il arrive parfois qu'il ne soit pas de bonne qualité avec des difficultés de compréhension, mais peut également parfois être source d'anxiété.

4.2. Enquête et population

Pour mener à bien cette enquête, cette dernière se déroulerait dans un service Centre Et Dispositif d'Accueil Permanent (CEDAP) et un second en Unité d'Hospitalisation Psychiatrique. Mon choix se porte sur ces structures car les patients sont anxieux à cause de leur hospitalisation et leur mode de placement (sous contrainte ou à la demande d'un tiers), mais surtout de leur devenir. Ils ne savent pas s'ils pourront continuer à exercer leur profession, comment aborder le regard des autres, mais également leur devenir personnel (place de la famille).

Mon enquête se déroulerait au sein de la structure. Pour se faire, je demanderais à huit infirmières par service de répondre à un questionnaire, soit un total de seize. De ce fait, les entretiens se dérouleraient sur plusieurs jours afin d'interroger des personnes de chaque roulement. En visant un nombre d'entretien suffisamment large, si pour une raison certains infirmiers annulent, cela permettrait d'avoir malgré tout un nombre suffisamment important de témoignages pour pouvoir les exploiter.

L'objectif de cette enquête serait de connaître l'utilisation du placebo en psychiatrie. Les thématiques qui seraient abordées seraient :

- la fréquence d'utilisation
- les modalités d'administration : dans quelles circonstances utiliser le placebo ? présence de prescription médicale ou sur protocole ? sous quelle forme d'administration ?
- Autres circonstances d'administration de placebo au sein de la structure

5. Conclusion

Lors de ce travail, j'ai pu explorer les diverses problématiques que pouvait poser le placebo. Le traitement de la douleur, qui est placé au centre du soin, est devenu la mission prioritaire pour améliorer la prise en charge du patient pour ses soins lors de son hospitalisation. Malgré l'absence de toute substance active, les études ainsi que le vécu des professionnels montrent leur efficacité dans certains cas de douleurs. Cependant, le placebo reste encore controversé par l'éthique où l'on se questionne sur la justesse de cette prescription. En effet, les représentations sur ce dernier divergent, étant plus ou moins bien perçu lorsqu'il rentre dans le projet de soin.

Suite aux diverses recherches que j'ai effectuées, ainsi que lors de mes expériences vécues en stages, j'ai pu m'apercevoir que le traitement placebo pouvait également être prescrit dans des contextes d'anxiété ou encore pour certaines difficultés d'endormissements. En lien avec mon projet professionnel, il m'a paru pertinent d'élaborer une enquête sur la fréquence de ces derniers dans les services de psychiatrie, mais également leurs modalités d'administration.

Ce travail m'a beaucoup apporté tant par les recherches que j'ai effectuées que par les personnes que j'ai rencontrées et qui ont accepté de m'exposer tant le circuit du placebo que leur perception de ce dernier. De plus, je me suis moi-même interrogée sur ce dernier, et grâce à de nouveaux éléments, cela m'a permis de nuancer mon point de vue. J'étais tout d'abord pour le placebo, car il est favorable au patient puisqu'il ne présente pas de risque de toxicité avec un résultat qui est souvent présent ; mais également parce qu'il permet un contact différent avec le patient. Au cours de ce travail, je me suis rendue compte que la réponse à la douleur ne devait pas être systématiquement un traitement administré puisqu'il peut malgré tout présenter un effet nocebo.

De plus, ce travail m'a permis de me questionner sur ma pratique. En effectuant une posture réflexive, je m'interroge également sur mes valeurs, afin de les adapter au mieux à ma pratique soignante.

6. Bibliographie

Ouvrages

- FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana, *Les concepts en soins infirmiers*, ARSI, France, Edition Mallet Conseil, 2009, 292 pages
- LEMOINE Patrick, *Le mystère du placebo*, France, Editions Odile Jacob, 2^{ème} édition, 2006, 230 pages
- AULAUS J-J. *Placebo, Chronique d'une mise sur le marché*, édition Science infuse, 2ème édition, Paris, 2005, 223 pages
- BERNARD Claude, *Petite encyclopédie critique du médicament*, France, Editions de l'Atelier, 2002, 335 pages
- ALTHERR Jean-Ernest, *Le guide des médecines naturelles*, France, Edition Flammarion, 2006, 468 pages
- SACKS Olivier, *Musicophilia*, France, Edition Seuil, 2009, 482 pages
- GARNIER-DELAMARE, *Dictionnaire illustré des termes de médecine*, France, Edition Maloine, 2009, 30^{ème} édition, 1054 pages
- QUENEAU P., OSTERMANN G., GRANDMOTTET P. *La douleur à bras-le-corps*, France, MEDS-LINE Editions, 2001, 170 pages
- SVANDRA Philippe, *Comment développer la démarche éthique en unité de soins ?* Edition Estem, 2005, 245

Articles de revues

- HARDY Ludovic, *Enjeux éthique de l'utilisation du placebo en recherche clinique*, « Objectif soin » n°157 de juin/juillet 2007, page 9 à 13
- GUY-COICHARD C. et BOUREAU F. *Comprendre l'effet placebo pour mieux traiter la douleur*, « La revue de médecine interne », revue mensuelle n°26 de novembre 2005, page 228 à 232

- KINNEART P., *Placebo et effet placebo : définition, aspect clinique, mécanisme*, Revue Médicale de Bruxelles, 2006, page 499 à 504
- BEECHER HK, *The powerful placebo* , dans Journal of the American Medical Association, vol. 159, no 17, 24 décembre 1955, p. 1602-1606
- PIERRON J-P., *Approche anthropologique du médicament : un objet symbolique* , 2008, texte paru dans « Ethique & santé » volume 6 n°1 de mars 2009, page 43 à 49
- MOUZAT Laurence, *Placebo et effet placebo*, « L'aide-Soignante » revue mensuelle n°83 de janvier 2007, page 10 à 18
- AULAS J-J. *L'effet placebo reste largement mystérieux*, « Sciences Humaines hors-série » n°48 mars/avril/mai 2005
- SHAPIRO AK, *Factor contributing to the placebo effect*, American Journal of Psychotherapy, 1964, page 73 à 88
- PICHOT P., *A propos de l'effet placebo*, Revue médicale psychosomatique, 1961, pages 37 à 40
- KUPERS Ron et MARCHAND Serge, *Clinical Relevance and Ethical Aspects of Placebos*, "Seminar in pain medicine" [Support électronique], volume 3, 2005 page 7 à 13 Texte intégral disponible sur <http://www.sciencedirect.com/science/journal/15375897>
- BENASSIS Françoise, *La douleur en question*, 2008 [format Pdf] Disponible sur [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La douleur en questions-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_douleur_en_questions-2.pdf)
- POULAIN Philippe, *Doit-on et peut-on utiliser un placebo dans la prise en charge de la douleur ?* Cours réalisé en 2010 [format Pdf] Disponible sur www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/poulain.pdf
- *Classification des antalgiques selon l'OMS* [format Pdf] Disponible sur <http://www.rhumato.info/Documents/Fiches/Classification%20des%20antalgiques%20selon%20l%27OMS.pdf>

- Agence Régional Rhône-Alpes, *Sécurisation du circuit du médicament dans les EHPAD*, [Format PDF] mars 2012. Disponible sur http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_hand_grand_age/Circuit_medicament_EHPAD/201203_Maquette_circuit_medicament_EHPAD.pdf

Textes législatifs

- la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale. Art. L. 311-3 du code de la santé publique. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&dateTexte=&categorieLien=id>
- Article **R4311-1 à R4312-4** du Code de la Santé Publique relatif au rôle propre infirmier. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr
- Article R 4311-4 du Code de la Santé Publique relative au travail en collaboration entre infirmière et l'aide-soignante. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913891&dateTexte=20120729>
- Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat Aide-Soignant. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000449527>
- Article 121-3 du Code Pénal relatif à la responsabilité infirmière. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417206>
- Article 35 du Code de Déontologie Médicale relative aux droits du patient. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259>

Sites internet

- DURAND Charline, *L'implication du patient dans le projet de soin*, [En ligne], référence du 28 septembre 2003, disponible sur <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article152&lang=fr>
- KNOPF Alain, KRATZ Phillippe *L'information et le consentement éclairé du patient* [En ligne] référence du 10 mars 2004 disponible sur <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article189>
- DURAND Charline, *Le rôle des valeurs dans l'activité des soins* [En ligne], référence du 15 octobre 2007, disponible sur <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article332&lang=fr>
- VENAUT Frédéric, *Donner du sens aux valeurs soignantes*, [En ligne], référence du 14 juillet 2003, disponible sur <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article142>
- ELMER – HAERRIG Vincent, *L'évaluation de la douleur*, [En ligne], mis à jour 2 août 2011, disponible sur <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/l-evaluation-de-la-douleur.html>
- PAYEN Jean-François *Bases physiopathologiques et évaluation de la douleur* [En ligne] référence de Novembre 2002 disponible sur <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/sante/corpus/disciplines/rea/anesthesie/65/lecon65.htm>
- DE ABAJO Francisco ; GRACIA Diego *Éthique et placebo* [en ligne], référence du 28 mai 2000, disponible sur <http://wjj.free.fr/ethique.htm>
- SCHMIT Geneviève, *L'effet Nocebo*, [En ligne] Référence du 19 juillet 2009 Disponible sur <http://methodesimonton.wordpress.com/2009/07/19/leffet-nocebo/>
- Définitions disponibles sur <http://www.douleurs.org/encyclopedie>

7. Annexe

ANNEXE I³⁹

Article 4311-2 (Paragraphe2)

« De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leur prescription. »

Article R4311-5 (Paragraphe 19)

« Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observation des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur. »

Article L 11-5

« [...] 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 [...] »

³⁹ Code de la Santé Publique – Disponible sur <http://legifrance.gouv.fr>

ANNEXE II⁴⁰

L'Échelle Numérique (EN)

On demande simplement au patient de noter sa douleur de 0 à 10. Zéro étant l'absence de douleur et dix, la douleur maximum imaginable. Les consignes doivent être claires et neutres (ne pas faire appel à l'imaginaire ou aux souvenirs du patient par exemple en comparant le niveau 10 à la pire douleur vécue). A partir de 7 ans

L'Échelle Visuelle Analogique (EVA)

Elle demande l'utilisation d'une règle qui comporte deux faces distinctes. Celle qui est présentée au patient représente une ligne sur laquelle le sujet va déplacer un curseur. Une extrémité de la ligne est notée « absence de douleur » alors que l'autre est notée « douleur maximale imaginable ». La face tournée vers le soignant affiche en correspondance une échelle graduée de 0 à 10 ou parfois de 0 à 100. Le chiffre le plus faible représente toujours la douleur la moins élevée. Cette méthode est souvent considérée comme la plus fiable pour évaluer la douleur, dans la mesure où elle fait intervenir un élément graphique visuel et donc très facile à comprendre pour le patient. Le soignant n'a également que peu d'explications à fournir et influe donc en moindre mesure sur la réponse du patient (le discours du soignant peut être malgré lui, orienté pendant les explications). A partir de 5/6 ans

L'Échelle Verbale Simple (EVS)

L'EVS est une variante de l'EVN. Elle propose de décrire l'intensité de la douleur sur quatre incréments : Pas de douleur, douleur faible, douleur modérée, douleur intense. Elle a l'avantage d'être très simple et très rapide à mettre en œuvre. Elle est en revanche moins précise que l'EVN et L'EVA.

⁴⁰ Source ; Dossier Evaluation de la Douleur. Disponible sur infirmier.com

Le comportement du patient apporte également bon nombre d'informations. L'expression faciale est généralement révélatrice de douleur, l'agressivité et/ou l'apathie peuvent être significatifs d'une douleur. Toute modification du comportement habituel du patient peut être le signe d'une douleur non exprimée. Ceci est particulièrement vrai chez les personnes âgées ou polyhandicapées qui n'expriment pas toujours leur douleur de façon conventionnelle. La douleur peut provoquer un repli sur soi, une inappétence, de l'irritabilité, des troubles du sommeil... Autant de signes non conventionnels qu'il convient de dépister.

Le Neonatal Facial Coding System (NFCS)

Le NFCS propose une série de 10 items à noter présents ou absents. Sur ces 10 items, quatre sont reconnus comme prépondérants. Le froncement des sourcils, le serrement des paupières, l'accentuation du sillon naso-labial, l'ouverture de la bouche. L'HAS préconise l'utilisation de cette échelle chez les nouveaux nés à terme et prématurés, jusqu'à l'âge de 18 mois.

Item	Présent / Absent
Sourcils froncés	
Paupières serrées	
Sillon naso-labial accentué	
Bouche ouverte	
Langue tendue, creusée	
Menton tremblant	
Bouche étirée en hauteur	
Bouche étirée en largeur	
Lèvres faisant la moue	
Protrusion de la langue	

Échelle Doloplus 2

Cette échelle, très utilisée chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs ou en incapacité de communiquer évalue la douleur dans sa globalité. Elle comporte 10 items en trois sous groupes. Chaque item est coté sur quatre niveaux. Cette échelle est une des rares à nécessiter une cotation en équipe afin d'être la plus précise possible. Lorsque le score est supérieur ou égal à 5/30, il existe une douleur à prendre en charge. Si un item n'est pas adapté, il faut s'abstenir de le coter (et bien évidemment en tenir compte dans le score total). Son utilisation n'est pas systématique chez la personne âgée (on peut être âgé et capable d'exprimer une douleur).

RENTENTISSEMENT SOMATIQUE	
<i>Plaintes somatiques</i>	
Pas de plainte	0
Plaintes uniquement à la sollicitation	1
Plaintes spontanées occasionnelles	2
Plaintes spontanées continues	3
<i>Positions antalgiques au repos</i>	
Pas de position antalgique	0
Évite certaines positions de façon occasionnelle	1
Position antalgique permanente et efficace	2
Position antalgique permanente et inefficace	3
<i>Protection des zones douloureuses</i>	
Pas de protection	0
Protection pendant les soins, mais n'empêchant pas ces derniers	1
Protection pendant les soins et les entravant	2
Protection au repos sans aucune sollicitation	3
<i>Mimique</i>	
Habituelle	0
Exprime la douleur à la sollicitation	1
Exprime la douleur, même sans sollicitation	2
Mimique inexpressive et permanente de façon inhabituelle (regard vide, atone)	3
<i>Sommeil</i>	

Habituel	0
Difficultés d'endormissement	1
Réveils fréquents	2
Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR	
<i>Toilette et/ou habillage</i>	
Possibilités habituelles inchangées	0
Possibilités habituelles peu diminuées	1
Possibilités habituelles très diminuées habillage difficile et/ou partiel	2
Toilette et/ou habillage impossible, patient opposant	3
<i>Mouvements</i>	
Possibilités habituelles inchangées	0
Possibilités actives limitées	1
Possibilités actives et passives limités (même avec aide)	2
Mouvement impossible, opposition à la mobilisation	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL	
<i>Communication</i>	
Inchangée	0
Intensifiée	1
Diminuée	2
Absence ou refus	3
<i>Vie sociale</i>	
Participation habituelle	0
Participation uniquement à la sollicitation	1
Refus partiel de participation	2
Refus de toute vie sociale	3
<i>Troubles du comportement</i>	
Comportement habituel	0
Troubles à la sollicitation et itératifs	1
Troubles à la sollicitation et permanents	2
Troubles permanents même sans sollicitation	3

ANNEXE III⁴¹

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale. Art. L. 311-3. définit le cadre du projet de soins individualisé qui repose principalement sur sept critères :

« 1° Le **respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité** ;

2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le **libre choix entre les prestations adaptées** qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un **service à son domicile**, soit dans le cadre d'une **admission au sein d'un établissement spécialisé** ;

3° Une **prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé** qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;

4° La **confidentialité des informations** la concernant ;

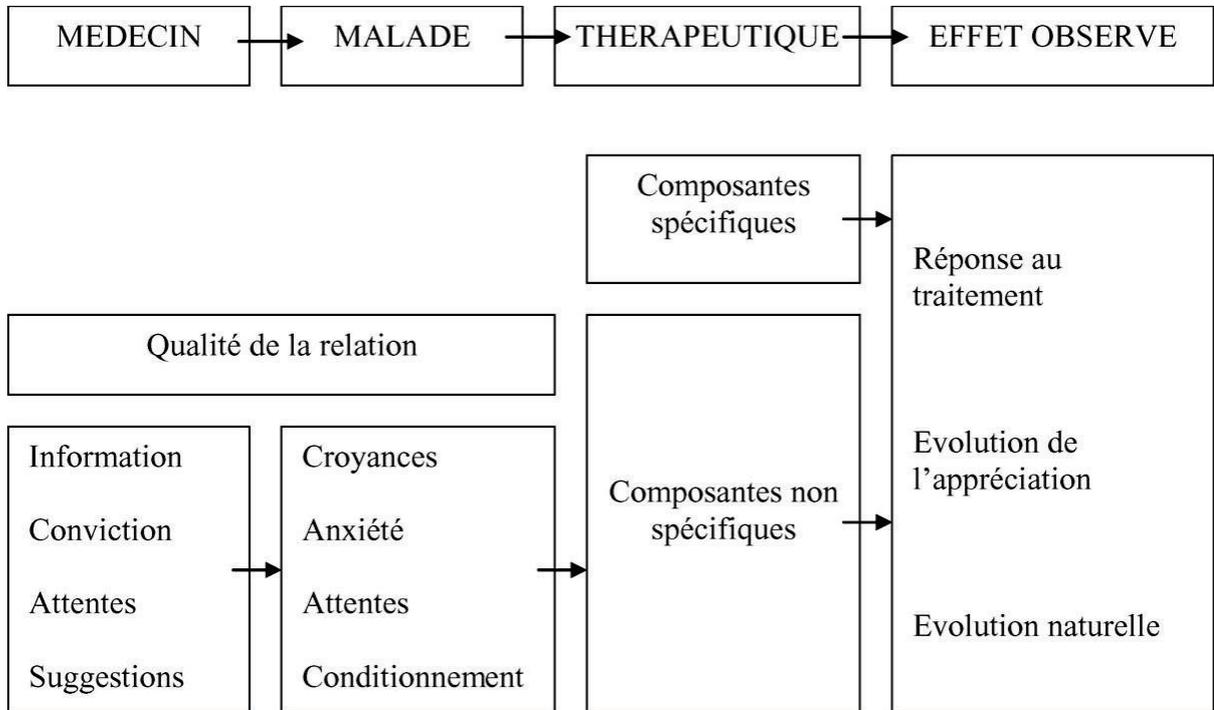
5° L'**accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge**, sauf dispositions législatives contraires ;

6° Une **information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles** dont elle bénéficie, ainsi que sur les **voies de recours à sa disposition** ;

7° La **participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.**"

⁴¹ Source : Code de la Santé Publique. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>

ANNEXE IV⁴²



- ⁴² Source : GUY-COICHARD C. et BOUREAU F. *Comprendre l'effet placebo pour mieux traiter la douleur*, « La revue de médecine interne », revue mensuelle n°26 de novembre 2005, page 228 à 232

ANNEXE V⁴³

L'article 35 du Code de déontologie médicale :

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de sa maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension... »

L'article L. 1112-1 du Code de la santé publique issu de la Loi portant réforme hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991 met l'accent sur l'information du patient : « dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements de santé publics ou privés assurent l'information des personnes soignées. »

⁴³ Source : Code de la Déontologie Médicale. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259>

L'éthique du soin dans le traitement de la douleur par placebo

The ethic of care in the treatment of pain by placebo

Mots clés : placebo, valeur, projet de soin, éthique, relation soignant soigné

Keywords : placebo, value, care project, ethic, care relationship

Résumé

Créé depuis plusieurs siècles, le médicament se présente sous différentes formes, s'adaptant aux nécessités des différents patients. Très réglementé par l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé), ses risques et bénéfices sont évalués par des essais cliniques, mis en parallèle avec un placebo.

Cependant il arrive que, dans certains cas, ce traitement placebo soit prescrit en cas de pathologie où le psychologique a une incidence sur l'amélioration de l'état de santé. Cette administration peut avoir des effets bénéfiques, nommé effet placebo, mais peut également provoquer des effets indésirables, appelés effet nocebo.

Le placebo étant un médicament sans principe actif, il est parfois associé au mensonge, susceptible d'altérer la relation soignant soigné, mais il peut également aider le médecin pour la prise en charge afin de déterminer au mieux quelle est la demande du patient.

Abstract

Created for centuries, drug appears under various forms, adapting itself to the necessities of different patients. Highly regulated by ANSM (National drug safety and health products agency), its risks and benefits are assessed by clinical trials in parallel with a placebo.

However, in some cases, this placebo treatment is prescribed for pathology where the psychological has an impact on health improvement. This administration can have beneficial effects, named placebo effect, but can also cause adverse effects, called nocebo effect.

Being a drug without active ingredient, placebo is sometimes associated with the lie, which can alter the care relationship, but it can also help doctors for the care, to determine what is the patient's request