HAL
open science

Le placebo a-t-il sa place dans la relation soignant–soigné à l'hôpital ?

M. Tacheau, J. Reny, E. Crépin, M. Akhdari, Anne Héron

To cite this version:

M. Tacheau, J. Reny, E. Crépin, M. Akhdari, Anne Héron. Le placebo a-t-il sa place dans la relation soignant–soigné à l'hôpital ?. Éthique & Santé, 2017, 14 (1), pp.4 - 10. 10.1016/j.etiqe.2016.10.001 . hal-01599215

HAL Id: hal-01599215

https://hal.science/hal-01599215v1

Submitted on 1 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Éthique et santé (2017) 14, 4-10
http://www.em-consulte.com/article/1107680/article/le-placebo-a-t-il-sa-place-dans-la-relation-soigna

LE PLACEBO A-T-IL SA PLACE DANS LA RELATION SOIGNANT/SOIGNE A L'HOPITAL ?

M. Tacheau[a], J. Reny[b], E. Crépin[c], M. Akhdari[d], A. Héron[e,f,*]

[a] *Comité d'éthique, centre hospitalier Victor-Jousselin, 44, avenue du Président-Kennedy, 28100 Dreux, France*
[b] *Équipe mobile de soins palliatifs/psychologie, comité d'éthique, centre hospitalier Victor-Jousselin,*
[c] *Service de médecine physique et de réadaptation, comité d'éthique, centre hospitalier Victor-Jousselin,*
[d] *Service d'anesthésie, comité d'éthique, centre hospitalier Victor-Jousselin,*
[e] *URC28, unité de recherche clinique et d'évaluation scientifique, comité d'éthique, centre hospitalier Victor-Jousselin,*
[f] *Université Paris Descartes, physiologie humaine, 4, avenue de l'Observatoire, 75006 Paris, France*
*Auteur correspondant. *Adresse e-mail :* aheron@ch-dreux.fr / anne.heron@parisdescartes.fr

RESUME : Certaines plaintes, certains maux des patients, conduisent les soignants à utiliser des placebos. Qu'elle est l'intention du soignant dans ce cas ? Le placebo est-il compatible avec la relation de confiance soignant-soigné nécessaire au soin ? Peut-on parler de mensonge « bienveillant » ? N'y aurait-il pas confusion entre placebo et effet placebo ? Les représentations sociales et médico-soignantes des soins sont imprégnées de la culture du faire. La valeur accordée à la réponse immédiate par le biais d'une molécule chimique est importante. Redonner une place à l'information et à la parole dans l'acte de soin permettrait-il de limiter l'utilisation du médicament en général et du placebo en particulier ? Cet article montre comment le travail en équipe et la collégialité, les temps d'échange et de partage des charges émotionnelles générées par le prendre soin peuvent permettre de moins recourir à la chimie et de se questionner sur l'intention qui sous-tend la mise en place du placebo.

MOTS CLEFS : placebo, confiance, pratiques, équipes, collégialité, information

WHAT IS THE PLACE FOR PLACEBO

IN HOSPITAL PRACTICE ?

ABSTRACT: Some complaints and some diseases lead caregivers to use placebos. What is the caregiver's intention in this case? Is placebo compatible with the confidence inherent to the relationship between medical team and patient? Could it be considered as a "benevolent lie"? Would it be confusion between placebo and placebo effect? Social and medical representations of care are impregnated with the culture of action. Pharmacological treatment is currently the preponderant response to illness. Would it be possible to limit drug administration and placebo prescription in giving a real place to information and words in healthcare? In the present article, we propose that teamwork, collegiality, exchanges about experiences and emotional charges could reduce use of drugs and placebos.

KEY WORDS: placebo, confidence, practices, teams, collegiality, information

Le Centre Hospitalier de Dreux se situe en Eure et Loir. Il s'agit d'un Centre Hospitalier Général dispensant des soins en Médecine, Chirurgie et Obstétrique, et des soins de longue durée en Psychiatrie, MPR[a], SSR[b] et EHPAD[c].

Un comité d'éthique y a été créé en 2002. Il s'agit d'un groupe ouvert qui a pour vocation de nourrir la réflexion éthique, tout en respectant les pratiques. Il garde à l'esprit que les réponses apportées ne sont pas figées.

Une situation clinique a amené le comité d'éthique à s'interroger sur la place du placebo dans les pratiques quotidiennes de soin au Centre Hospitalier de Dreux. Pour soutenir et élargir cette réflexion éthique, le comité a mis en place une étude sur les pratiques professionnelles en collaboration avec l'Unité de Recherche Clinique de l'hôpital. Cette étude concernait l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux[d]. Elle avait pour objectif d'évaluer les circonstances de délivrance des placebos et le sens associé à cette thérapeutique. Des interrogations ont été soulevées : l'utilisation du placebo est-elle un test thérapeutique, un mensonge nécessaire ? Son utilisation est-elle bienveillante ? Les modalités d'utilisation ne contreviennent-elles pas au contrat de confiance nécessaire à la relation entre les professionnels de santé et les patients ? Quelles peuvent être les conséquences de l'utilisation du placebo sur la relation de soin et sur les équipes ?

A partir des résultats de l'étude, au travers de nos regards croisés, nous proposons dans le présent article une réflexion sur l'utilisation du placebo en milieu hospitalier. Nous tenterons ici d'appréhender l'impact possible des représentations sociales et médico-soignantes sur les actes de soins ainsi que les enjeux éthiques de l'utilisation du placebo. Nous interrogerons également le positionnement qu'il conviendrait d'avoir dans le cadre de ces pratiques et de la relation soignant-soigné.

---

[a] Médecine Physique et de Réadaptation
[b] Soins de Suite et de Réadaptation
[c] Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
[d] Le nombre de professionnels concernés a été estimé à 1280 personnes. Leur ont été soumis un questionnaire en 15 items (en ligne ou au format papier), auquel il convenait de répondre anonymement. Les résultats de l'étude ont été obtenus sur la base de l'analyse des réponses de 390 professionnels (soient 30.5% de l'ensemble du personnel médico-soignant de l'hôpital).

1. Les circonstances qui amènent à proposer un placebo

a. Pourquoi certaines plaintes, certains maux, conduisent à la mise en place d'un placebo ?

« Le placebo est un moyen construit pour simuler une thérapeutique médicale, alors qu'il n'est pas scientifiquement censé posséder de propriétés thérapeutiques spécifiques sur la cible choisie » [1]. Selon les résultats de l'étude proposée au sein de notre établissement, les soignants, toutes catégories professionnelles confondues, administrent des placebos. Notons que cette pratique n'est pas spécifique à notre établissement. Elle se retrouve dans la majorité des centres de soins locaux ou internationaux, bien que taboue et controversée [2]. Les professionnels déclarent utiliser le placebo en cas de douleur, d'insomnie ou d'anxiété, le plus souvent la nuit et chez des patients dits « *difficiles* ». Qu'entend-on par patients « *difficiles* » ? Nous nous interrogeons : Sont-ce les patients qui sont difficiles ou bien est-ce la situation qui est difficile pour les soignants, les patients étant généralement très demandeurs de soins dans ces cas ?

Le patient émet une plainte qualifiant un de ses symptômes de douleur, d'insomnie ou d'anxiété et le soignant entend cette plainte. Il l'entend mais la reconnait-il ? Il n'existe pas, pour la douleur, l'insomnie ou l'anxiété, de marqueurs biologiques qui valident l'atteinte somatique. Pourtant, le professionnel se doit d'apporter une réponse. Notre expérience nous a amené à constater que, dans le cadre de la prise en charge de la douleur, le soignant administre souvent le placebo pour discriminer une plainte et pour apporter une réponse à une douleur pressentie comme « *fausse* ». Dans les indications retenues, telles que la douleur, l'idée est souvent de différer l'administration du médicament dans « *l'intérêt* » du patient. Les justifications données sont soit la crainte des effets secondaires des antalgiques, soit la plainte jugée exagérée voire fictive. Dans notre étude, 59 à 83 % des soignants consultés déclarent que dans le cas où le placebo fonctionne, c'est-à-dire exerce un effet thérapeutique, la plainte est considérée comme liée à l'esprit et non au corps. Le Pr Carbajal précise « *Nous ne pouvons plus défendre l'idée que toute douleur soulagée après un traitement placebo est le fruit de l'esprit du patient, ou encore que la diminution de la douleur résulte du placebo* » [2]. « *En effet, lorsque ils ont des doutes ou ne croient pas les dires des patients qui signalent leur douleur, certains soignants vont perfuser du sérum physiologique en faisant croire au patient qu'il s'agit d'un antalgique. La diminution de la douleur après cette perfusion de « placebo » était pour ces soignant « la preuve » que la douleur était « fausse » ou juste dans l'esprit de*

ces patients. Alors que cela est en fait « la preuve » que la douleur existait bel et bien et que le soulagement était la conséquence de l'effet « antalgique » du placebo dont le patient ignorait la nature » [communication personnelle].

Sur le terrain, la réponse positive au placebo risque de conditionner la valeur accordée à la plainte et ancrer celle-ci dans une relation inauthentique, marquée du doute et de la suspicion chez le soignant. Le soignant est mis à mal par la plainte du patient qui vient l'impacter dans son être. Chez lui, la plainte résonne. Elle mobilise son expérience, ses connaissances et de ce fait, aussi, son jugement. Pourrait-il imaginer que la plainte exprimée n'est peut- être que le support d'une autre plainte, inexprimable, celle- là ? Il semblerait que ce soit là que les réalités se croisent ou plutôt divergent. Nous touchons à l'humanité du soignant, ses propres souffrances et ses limites.

b. Les représentations sociales et médico-soignantes des soins : une culture du faire

Derrière la thérapeutique et le médicament, se trouvent plusieurs intervenants. « Le médicament est relatif aux sociétés, aux cultures dans lesquelles il est diffusé, investi » [4]. Ainsi, quand on étudie l'acte thérapeutique, il est nécessaire de reconnaitre la dimension culturelle présente dans la perception du médicament, à la fois du côté du soignant et du côté du patient. Aujourd'hui, la société prône des valeurs de rentabilité, de performance et de bien-être. Le monde médico-soignant est donc lui aussi imprégné de ces valeurs. Les pratiques soignantes se modifient en parallèle de cette évolution culturelle et prennent de nouvelles formes. Il s'agit actuellement pour les professionnels de santé de proposer des soins rentables, de produire des actes qui ont des effets immédiats. L'exigence d'efficacité à toute épreuve est là. Nous nous trouvons face à « *une médecine occidentale fonctionnelle et objectiviste* » [4]. Ainsi, un patient qui souffre doit être soulagé… Il exige que son médecin lui trouve un traitement immédiat qui vienne l'apaiser. Le Hooper's médical dictionnary (datant du XIXème siècle) indique que *« le placebo est un qualificatif qui s'applique à toute médication prescrite davantage pour satisfaire le patient que pour lui être utile »* [5].

Certaines souffrances sont pourtant plus difficiles à soulager que d'autres. Pouvons-nous soulager tous les maux de la même manière ? La souffrance morale s'apaise-t-elle forcément par la mise en place d'un médicament ? Les pays qui disposent de systèmes de protection médico-sociale efficaces sont devenus de gros consommateurs de psychotropes, d'antidépresseurs et de tranquillisants. Pourtant, toute médication se devrait d'être « *référée à*

une conception du corps rappelant qu'entre le corps subjectif et le corps objectif se glissent des représentations différentes du corps » [4]. Dans nos institutions hospitalières, de quel corps parle-t-on ? Le corps ne serait-il pas considéré comme un corps « *machine* » au sein duquel le médicament tiendrait lieu de prothèse ? Dans ce contexte, qu'en est-il du temps propre à chaque malade et de la relation soignant-soigné ? Le placebo ne serait-il pas un moyen pour le soignant ou le médecin de proposer une réponse face à l'impuissance qu'il peut ressentir parfois, ne sachant comment composer avec la souffrance du patient et avec sa plainte ?

La réalité médico-soignante est marquée par des modèles sociétaux qui revendiquent la « *non souffrance* », « *l'activisme* » au détriment de la pensée. Au sein de notre hôpital, les transmissions des soignants sont marquées par les rubriques suivantes : « *données* », « *actions* », « *résultats* ». Ainsi, il s'agit d'un modèle très pragmatique auquel les soignants doivent se conformer. Ce modèle ne donne pas beaucoup de place à la relation d'aide et à l'éventualité de ne pas agir de suite, de ne pas avoir de résultats probants. Les équipes professionnelles transversales de prise en charge de la douleur ou de soins palliatifs ont pour particularité dans leur fonction, de ne pas être forcément armées du « *faire* », ni « *d'outils* ». Contrairement aux infirmièr(e)s ou aides-soignant(e)s qui « *font* » les toilettes, « *font* » des soins (piqûres, médicaments …). L'outil principal des équipes transversales est la parole. Cet outil peut être, à première vue, peu « rentable » à l'hôpital. Il ne donne pas de « *résultats* » immédiats la plupart du temps, tout comme le psychologue n'apaise pas toujours immédiatement le patient en difficulté. Souvent, parler de ce qui touche ne montre ses effets que plus tard, dans le temps propre au malade. Quoi de plus frustrant alors pour le soignant qui lui attend des résultats probants immédiats ? Ce constat montre comment la société et la culture médicale peuvent imprégner les manières de penser du soignant et entraver la possibilité d'un questionnement quant aux actes prodigués. Le placebo vient faire tampon dans les moments où le soignant voudrait apporter une réponse médicamenteuse sans pouvoir le faire. Il a ainsi le sentiment d'agir de manière empathique.

Dans ce contexte, les équipes transversales favorisent le questionnement auprès des équipes soignantes. Les soignants peuvent alors prendre du recul et percevoir les enjeux de la relation soignant/soigné. Ils favorisent ainsi la prise en compte de la dimension symbolique du soin.

2. Axes de réflexion éthique, discussion et principes

a. Le placebo est-il compatible avec une relation de confiance ?

L'administration de placebo serait-elle une forme de tromperie, d'illusion ou de faux-semblant ? Est-elle compatible avec les principes éthiques de la démarche de soins ? Le conseil international des infirmières de juillet 1953 (réadapté en 2012) [6] décrit les responsabilités de l'infirmière dans son code éthique. De même, pour le décret relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières de 1993 abrogé en 2004 [7]: l'éthique est présente dans la quasi-totalité des articles. Concernant la déontologie médicale, il en est de même avec, par exemple, l'article R 4127-35 du code de la santé publique qui stipule : « *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* » [8]. Le comité d'éthique de la société américaine de la douleur rappelle que les principes éthiques essentiels liés au soin incluent la fidélité, la confiance, le fait de dire la vérité, et de donner des soins respectueux [9]. La relation de confiance soignant-soigné suppose bienveillance, honnêteté et respect de l'autonomie du patient. Elle est inhérente à tout acte de soin.

L'utilisation du placebo ne serait-elle pas une forme de mensonge, même s'il se veut bienveillant ? La première spécificité du placebo réside dans son conditionnement. Cette petite gélule vidée de son contenu ou remplie de cellulose (une substance pharmacologiquement inactive), de couleur variable selon la pathologie ciblée, est destinée à suggérer au patient qu'il prend un médicament. Cela est censé répondre à son attente, au moins dans l'apparence. Le placebo tient lieu d'outil technique, tout comme la seringue par exemple. Que peut le soignant contre la perception et les représentations du patient ?

Les soignants savent que le placebo pur ne contient pas de principe actif. Son utilisation possiblement efficace est ainsi réputée comme n'ayant pas d'effets délétères. Pour certains, elle est donc une action sans risque. Aussi, quand un soignant donne un placebo pur en disant : *« vous allez vous sentir mieux »*, il n'y a pas forcément duperie car cela se produirait selon Beecher dans près de 30 % des cas [10]. L'action parait donc bienveillante aux yeux du soignant puisque le souhait est de rendre le patient confortable. Le placebo peut pourtant avoir des effets délétères : c'est l'effet *nocebo*. Le patient qui reçoit un placebo est-il donc traité selon les modalités les plus efficaces ? Y a-t-il eu une reflexion médicale quand à la meilleure manière de prendre en charge sa plainte (alors que l'on sait que les médecins ne savent pas

toujours quand le placebo est délivré dans leur service[e]) ? N'y aurait-il pas mensonge dans ce cas ?

Le principe d'autonomie[f] du patient n'est-il pas malmené en cas d'utilisation de placebos ?

Nous nous interrogeons. Pourquoi les soignants sont-ils méfiants quand le placebo est efficace et qu'il soulage un symptôme qui semble incertain ? Si l'intention du soignant est de vérifier qu'il a raison dans son évaluation professionnelle, pourquoi l'efficacité du placebo n'est-elle pas systématiquement réévaluée ?

Tous ces arguments alimentent le doute quant à l'utilisation bienveillante du placebo et la relation de confiance qui y est associée. Ce n'est pas seulement le consentement éclairé du patient qui est nié dans ce cas, mais aussi l'intégrité de la personne qui administre le placebo, qui doit soit mentir, soit cacher la vérité. Comme le dit Eric Fiat : « *Le mensonge est contradiction entre la parole et la pensée […], il ruine l'essence même de la parole qui est la confiance* » … « *Mentir, c'est violer l'essence même de la parole, laquelle devrait être le moyen d'expression de la pensée...* » « *Il faut ensuite remarquer que le menteur ne veut pas qu'on lui mente. Mentir, c'est s'arroger un droit que l'on refuse à autrui...* » [11].

Paradoxalement, dans notre étude, 60% à 79% des soignants pensent que donner un placebo ne remet pas en cause la relation de confiance soignant soigné. Il y a peu de publications qui concernent l'utilisation actuelle du placebo en France. Il s'agit d'une pratique taboue, non tracée. Ce « *mensonge* » serait utile pour les soignants en milieu hospitalier. Tandis que les patients font la plupart du temps confiance aux soignants, nous pouvons nous interroger sur la réciprocité de cette confiance. Bien souvent, les soignants doutent de la plainte et des symptômes évoqués par le patient. L'efficacité du placebo est parfois interprétée par le soignant comme la preuve que le patient ment ou que son mal est imaginaire. La parole du patient est alors discréditée aux yeux de l'ensemble de l'équipe soignante. Celle-ci peut alors désinvestir le patient qui, selon elle, demandait une attention « injustifiée ». L'énergie soignante se détourne alors de la réelle souffrance du patient. En conséquence, on peut craindre que le patient ait le sentiment de ne pas être entendu. Tout cela entrave la relation soignant-soigné.

---

[e] Dans notre étude, à la question « *quand le placebo est-il le plus souvent utilisé »,* 46% des médecins utilisateurs de placebo répondent ne pas savoir à quel moment le placebo est dispensé (les réponses possibles étaient : « *Matin », « Après-midi », « Nuit », « Je ne sais pas »*).

[f] Principe d'autonomie : autodétermination, consentement éclairé

b. N'y aurait-il pas confusion entre *Placebo* et *Effet placebo ?*

« *Le placebo opère comme moyen de convaincre le malade que l'on prend soin de lui, et cette conviction intervient dans la façon dont il vit, et même perçoit sa maladie et ses signes. Même s'il n'a pas d'action thérapeutique, il a une activité physiologique, il déclenche des effets secondaires, et c'est la perception de ces effets* (l'effet placebo) *qui convainc le malade qu'il a reçu un médicament »…* « *Le principe actif est porteur d'une espérance de guérison, de soulagement puisqu'il est considéré comme actif. L'objectivation du placebo comme objet de la technique par la science ne permet pas d'expliquer la part d'irrationalité de l'effet placebo » [11].* « *L'illusion en médecine porte le joli nom de placebo* » [12]. *L'effet placebo quant à lui consiste en tout effet attribuable à un médicament, une médication, une exploration, un acte, un geste, indépendamment de ses propriétés pharmacologiques ou spécifiques. L'effet placebo n'est pas toujours lié à un procédé thérapeutique, il peut résulter de la qualité relationnelle soignant-patient [1].*

L'effet placebo se définit donc comme l'écart positif entre le résultat thérapeutique observé et l'effet thérapeutique prévisible, en fonction des données strictes de la pharmacologie [13]. La confusion vient du fait que le terme effet placebo est aussi employé pour qualifier l'effet psychophysiologique produit par le médicament placebo qui se traduit par une amélioration de l'état du patient. Par extension, nous pouvons dire que l'effet placebo est une action que toutes les thérapeutiques ont en commun, impliquant alors que tout médicament possède un effet placebo. L'effet placebo, c'est d'abord, le résultat produit par la relation de confiance qui s'est installée entre un patient et un soignant à un moment donné. Le patient a naturellement tendance à accorder sa confiance au soignant. Le contexte est la confusion entre placebo et effet placebo qui induit l'erreur et la méprise. L'effet placebo n'a pas toujours besoin d'un support médicamenteux pour être retrouvé et vécu : un regard bienveillant ou l'intime conviction du prescripteur de l'efficacité de la thérapeutique employée peut suffire pour que se mette en place la satisfaction d'une attente fondée sur des promesses. De même dans le cas de la tisane, qui n'est pas un sédatif, l'effet qu'elle peut produire (apaisement et peut être endormissement) est obtenu sans tromperie. Délivrée dans une relation de soin empathique et de confiance, elle verra son action valorisée et amplifiée [14]. Lemoine dans son ouvrage sur « le mystère du placebo » [12] s'interroge de savoir comment, sans action chimique, un tel pouvoir de guérison peut-être possible ? Nous savons que l'effet placebo n'est pas forcément reproductible, ni avec un même soignant, ni dans une situation similaire. L'effet placebo

s'exerce « à un moment donné », le *kairos*[g], le juste moment, pas l'instant d'avant, ni celui d'après, ce juste instant ressenti, celui où la confiance est installée.

3. Des alternatives au placebo existent

a. Redonner une place à l'information et à la parole dans l'acte de soin

Selon l'étude, chez plus de 70% des professionnels utilisateurs de placebo, le patient n'est pas informé qu'il reçoit un placebo. L'infirmière, comme le médecin, lui doivent une information loyale et claire inscrite dans leur code de déontologie [6 ; 7]. Notre étude révèle aussi que, dans l'idéal du soignant, la relation de confiance est basée sur l'écoute empathique et l'honnêteté et est associée à l'information du patient[h]. Ce sont, pour eux, les ingrédients d'un contrat de confiance.

Chaque patient est unique, chacun va réagir différemment. Certains patients peuvent être sensibles à la suggestion, à la manière dont les informations leur sont données. La simple explication d'un traitement peut favoriser l'efficacité du médicament chez ces patients. Tandis que d'autres préfèreront garder une certaine liberté. Il convient de prendre en compte dans notre pratique clinique, la notion de subjectivité et de contexte, car nous sommes en face d'êtres humains et non face à « *l'homme machine* ». Tout est rassurant dans la technique tandis que tout peut être inquiétant dans l'humain. L'effet placebo vient montrer la complexité de la médecine et du rapport au sujet. « *Et pourquoi donc les médecins exploitent-ils si peu, ou avec tant de mauvaises conscience ce phénomène où l'on découvre d'étranges pratiques, tenues secrètes par la corporation médicale, et l'alliance inattendue de la médecine et de la magie.* » [12] Quelle réflexion éthique est possible ? Serait-elle de redonner de la place à la parole dans les soins ?

Durant la restitution de l'enquête, un médecin a pu nous dire qu'il lui est arrivé d'administrer un placebo à un enfant, pour calmer l'angoisse des parents demandeurs d'une réponse médicale. Sa réponse lui semblait se situer dans l'agir. A cet instant, il ne lui a pas semblé envisageable de donner une réponse argumentée et non médicamenteuse. Que fait-on de la

---

[g] Socrate nommait le Kaïros, le moment opportun, l'occasion propice.

[h] A la question « *Parmi les termes proposés lequel vous parait le plus nécessaire à une relation de confiance soignant/soigné ?* », les termes cités en tête sont l'écoute (pour 57% des professionnels) et l'honnêteté (pour 10%). « *Ceux que vous placeriez en position N°2* » : l'empathie (pour 19%) et l'information (pour 19% également).

parole, de l'importance des mots ? Le professeur Sicard disait dans son rapport sur la fin de vie [15] que la médecine ne prête plus attention à la parole. Pourtant la parole singulière est aussi une parole collective qui nous relie les uns aux autres. L'échange avec les proches, la confrontation des points de vue sont fondamentaux et cela même quand ils semblent inenvisageables. Pourquoi s'arrêter à une prescription, à un acte technique, à un colmatage par un placebo ? S'agit-il de combler le vide, le manque de mots ? Aujourd'hui, la grande difficulté est que les soignants utilisent de moins en moins la parole. Pourtant, la parole est un acte de soins même si elle n'entre pas dans les codifications de la tarification à l'acte et n'est pas valorisée.

Il y a une souffrance inhérente au métier de soignant qui demande de reconnaître ses forces et ses failles. Cela permettrait d'accepter de relayer et de ne pas « se mentir à soi-même » en se cachant derrière une molécule. Mais, les soignants peuvent prendre la position défensive de moins échanger pour se protéger. Ils ont alors le sentiment de mieux maitriser la situation, mais cela n'a qu'un temps. En effet, nous sommes des êtres de langage, les mots nous animent et nous y reviendrons toujours. En témoignent les pratiques actuelles et les résultats escomptés des disciplines telles que l'hypnose et la relaxation. Il s'agit de techniques de soins qui reposent sur la relation de suggestion et sur la parole.

b. L'importance du travail en équipe et de la collégialité

À la manière dont Winnicott, pédiatre, psychanalyste, [16] a pu mettre en évidence qu'un bébé n'existe pas seul, nous pouvons dire qu'un professionnel seul n'existe pas non plus. Aucun professionnel ne peut tenir seul cette fonction de contenir les souffrances de l'autre. Ou bien, il le peut pendant un temps, mais au détriment de sa propre santé psychique. Ainsi, le travail en équipe doit être pensé comme un levier favorisant le travail de lien. Il est important de s'interroger sur le fonctionnement de nos équipes qui sera le garant de la démarche éthique dans la relation de soins. Si ce travail de groupe ne se fait pas, le risque est grand d'en arriver à des situations de passages à l'acte, de débordement, comme l'utilisation hâtive de placebos. Ces manifestations sont le signe d'une « *décharge* », d'un trop de souffrances emmagasinées et non pensées par le groupe. Dans ce « *corps à corps* » soignant/soigné, les temps d'échanges et de partage d'expériences émotionnelles en équipe permettent un éclairage sur la situation vécue. Ainsi, le travail en équipe vient être le garant de la pratique éthique dans la relation soignant/soigné. Cela passe par des temps de staffs, de réunions de synthèse où nous pouvons aborder avec l'ensemble des professionnels les situations « *difficiles* ». Dans le contexte

actuel, où les exigences économiques sont du côté de l'activité et de la rentabilité, il nous semble important de continuer à s'interroger sur nos actions pour accompagner du mieux possible le patient.

Dans le monde hospitalier, l'expression des ressentis peut être vécue comme un obstacle, le signe d'une trop grande vulnérabilité. Mais comme l'a souligné Agatha Zielinski, professeur d'éthique et de philosophie : *« c'est l'expérience de notre propre vulnérabilité qui nous ouvre à une sollicitude peut-être plus ajustée » [17]*. Ainsi, les soignants, les médecins, les psychologues et autres professionnels de santé sont aussi des êtres vulnérables. C'est ce qui permet d'être au plus près de la relation. *« La vulnérabilité peut être une vertu éthique »*, elle nous permet de nous tourner vers autrui. [17]. Le risque si l'on dissimule les ressentis est de provoquer un épuisement professionnel qui se répercute sur la relation soignant/soigné. Les professionnels deviennent alors des « *automates* » qui se « *blindent* » et ne pensent plus leur pratique. Même si comme le souligne le Pr Scherrer : « *Une décision prise en équipe ne comporte en elle-même aucune garantie absolue de qualité ni de vérité* » [18]. Argumenter son point de vue, se positionner en tant que soignant est un travail délicat, car il demande de pouvoir entendre les points de vue des autres et de se respecter. Parfois, nous pouvons nous trouver frustrés face à une décision. Mais le fait d'avoir pu la discuter en collégialité permet de donner du sens à la décision prise même si elle ne nous convainc pas.

En tant que soignant et dans une démarche éthique, nous nous devons d'aller plus loin, en développant une réflexion approfondie et un questionnement pluridisciplinaire cohérent. Par exemple, les psychologues sont peu sollicités et informés au sujet de ces patients qui reçoivent des placebos. L'utilisation des placebos semble peu engagée dans une réflexion d'équipe. Elle est plutôt cachée. Notre étude montre que ces actes sont très peu tracés et ne font rarement l'objet de discussion d'équipe (seulement dans 25-28% des cas). Ne sommes-nous pas là en train de minimiser une pratique de soins qui risque de mettre à mal la relation soignant/ soigné ? L'éthique ne propose pas de méthodes toutes faites, elle propose surtout de pouvoir échanger à plusieurs, d'argumenter les points de vue de chacun pour pouvoir trouver la moins mauvaise des solutions dans une situation spécifique, à un moment donné.

4. Conclusion

Au travers de cet article, nous avons pu percevoir comment le monde médico-soignant est marqué par une culture du faire où la plainte du patient vient interpeller le professionnel de santé et susciter chez lui le doute, le placebo tenant lieu alors de réponse immédiate. Nous devons rester vigilant quant à cette réponse qui peut entraver la relation de confiance soignant-soigné, car même avec une bonne intention, elle revêt du mensonge. Il est souvent possible de s'abstenir d'utiliser un placebo.

Il convient de distinguer pourtant « le placebo » de « l'effet placebo » qui, lui, nait de la relation de confiance soignant-soigné. Cela demande de s'appuyer sur les valeurs éthiques et sur les réflexions d'équipe. La démarche éthique repose sur la possibilité de bénéficier d'espaces pour questionner nos pratiques au sein des institutions, même s'il n'y a pas de comité d'éthique en tant que tel. Donnons la place qui lui revient à la parole même s'il ne s'agit pas d'un acte technique mais plutôt symbolique.

L'éthique vient nous interroger sur nos modèles et nos pratiques. Il ne s'agit en aucun cas de juger mais de comprendre. Le comité d'éthique d'un hôpital peut avoir un regard sur les actes effectués, les questionner et les repenser. Le comité d'éthique peut être un garde-fou et un « empêcheur de tourner en rond ».

Suite à l'étude réalisée au sein du CH de Dreux et à l'aboutissement de réflexions pluridisciplinaires, le comité d'éthique a proposé des recommandations à l'ensemble des professionnels de l'établissement : l'utilisation du placebo n'est généralement pas recommandée. Si elle a lieu, l'utilisation du placebo doit être réfléchie, pesée et décidée en collégialité pour éviter les pratiques isolées. Elle doit faire l'objet d'une prescription médicale, être tracée dans le dossier du patient et être réévaluée afin de vérifier son efficience.

Notre prochaine étude évaluera la portée de ces recommandations…

BIBLIOGRAPHIE

1. Société française d'étude et de traitement de la douleur, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. La douleur. 2e éd., 2008, 96 pages.
2. Fässler M, Meissner K, Schneider A, Linde KB. Frequency and circumstances of placebo use in clinical practice--a systematic review of empirical studies. BMC Med. 2010; 8:15.

3. Price DD. New facts and improved ethical guidelines for placebo Analgesia. J Pain 2005 ; 6(4) : 213-214.
4. Pierron J.P. Approche anthropologique du médicament : un objet symbolique. Ethique et santé 2009 ; 6 : 43-49.
5. Hooper R. Hooper's medical dictionary. USA : Heritage Books, 1843, 422 pages.
6. Conseil International des Infirmières. Le Code déontologique pour la profession infirmière. éd. révisée, Genève, 2012, 12 pages.
7. Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières, déontologie, abrogé le 8 août 2004. Consultable sur www.legifrance.gouv.fr
8. Code de la santé publique. Code de déontologie médicale. Devoirs envers les patients. 2012. Articles R 4127-35. Consultable sur www.legifrance.gouv.fr
9. Sullivan M, Terman GW, Peck B, Correll DJ, Rich B, Clark WC et al. APS Position statement on the use of placebos in Pain management. J Pain 2005 ; 6(4) : 215-217.
10. Beecher HK. The powerful placebo. JAMA 1955 ; 159(17) : 1602-1606.
11. Fiat E. Le mensonge, du point de vue de l'éthique. Soins Pédiatrie/Puériculture. 2001 ; 201 : 16-20
12. Lemoine P. Le mystère du placebo. Paris : Odile Jacob, 1996, 238 pages.
13. Schlatter J. Le placebo et son effet. Ethique et santé 2014; 11 : 231-235.
14. Wälti-Bolliger M. Placebo et soins infirmiers, réflexions et positionnement infirmier. Bioethica Forum 2011 ; 4(2) : 51-55.
15. Sicard D. Penser solidairement la fin de vie. Commission de réflexion sur la fin de vie en France. Paris : La Documentation française, Collection des rapports officiels, 2012, 282 pages.
16. Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Dernière éd. Paris : Payot, Collection Science de l'homme, 1989, 464 pages.
17. Zielinski A. La vulnérabilité dans la relation de soin. Fonds commun d'humanité. Cahiers philosophiques 2/2011 ; 125 : 89-106.
18. Scherrer R. Charles Fourier ou la Contestation globale (1996). Réédition corrigée et augmentée, Paris : Seguiers, collection 2000, 1996, 242 pages.