

# Étude des freins à l'enseignement de l'effet placebo aux internes de médecine générale lors des stages ambulatoires

Virginie Ardito, Lise Querrioux

#### ▶ To cite this version:

Virginie Ardito, Lise Querrioux. Étude des freins à l'enseignement de l'effet placebo aux internes de médecine générale lors des stages ambulatoires. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00634929

#### HAL Id: dumas-00634929 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00634929

Submitted on 24 Oct 2011

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.

# UNIVERSITE JOSEPH FOURIER FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2011 N°

### ETUDE DES FREINS A L'ENSEIGNEMENT DE L'EFFET PLACEBO AUX INTERNES DE MEDECINE GENERALE LORS DES STAGES AMBULATOIRES

# THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE DIPLOME D'ETAT

Par

#### **Virginie ARDITO**

Née le 25 janvier 1982 à Echirolles (38)

Et

#### **Lise QUERRIOUX**

Née le 12 novembre 1982 à Nantes (44)

Soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble le 10 octobre 2011

Président du jury : Monsieur le Professeur BONAZ

Directeur de thèse: Monsieur le Docteur BOUCHAUD

Membres du jury :
Monsieur le Professeur BOUGEROL
Monsieur le Professeur GAUDIN
Monsieur le Professeur IMBERT

#### MCU-PH AU 01/09/2010

NOM	PRENOM	LOCALISATION HOSPITALIERE	ADRESSE 1
BOTTARI	Serge	Biologie Cellulaire	Laboratoire de bioénergétique INSERM U884
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14 Biologie	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14: Biologie
BRENIER-PINCHART	M.Pierre	Parasitologie	Département des agents infectieux Parisitologie Mycologie Pôle 14: Biologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale	Clinique de radiologie et imagerie médicale Pôle 13: Imagerie
BRIOT	Raphaël	Départ. de Cancérologie et d'Hématologie	Pôle Urgence SAMU
CALLANAN-WILSON	Mary	Génétique	Génétique IAB
CROIZE	Jacques	Bactériologie-Virologie	Département des agents infectieux Microbiovigilance Pôle 14: Biologie
DERANSART	Colin	Neurologie LAPSEN	GIN - Equipe 9
DETANTE	Olivier	Cancérologie et hématologie - Pôle 5 : Cancérologie	Clinique de Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunulogie SUD	Immunologie Bât. J. Roger
EYSSERIC	Hélène	Médecine Légale	Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine
FAURE	Anne- Karen	Département de génétique et procréation	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
FAURE	Julien		Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
GARBAN	Frédéric	Unité Clinique thérapie cellulaire - Pôle 5 : Cancérologie	Unité clinique thérapie cellulaire Pôle 5 : Cancerologie
GAVAZZI	Gaëtan	Médecine interne gériatrique - Pôle 8 : pôle pluridisciplinaire de Médecine	Clinique médecine interne gériatrique Pôle 8 : Pôle pluridisciplinaire de Médecine
GILLOIS	Pierre	Information et informatique Médicale	Laboratoire TIMC
GRAND	Sylvie	Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.)	Clinique deRadiologie et Imagerie Médicale Pôle 13 : Imagerie
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie du développement et de la reproduction	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie Obstétrique	Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique Pôle 9: Couple/enfant
JACQUOT	Claude	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	Clinique d'Anesthésie Pôle 2 : Anesthésie - Réanimations
LABARERE	José	Dpt de veille sanitaire	Département de veille sanitaire Pôle 17 : Santé Publique
LAPORTE	François	Pathologie Cellulaire - Pôle 14 Biologie	Département de biologie intégrée Pôle 14: Biologie
LARDY	Bernard	Laboratoire d'enzylologie - 6 ème étage	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire

			d'Enzymologie Pôle 14: Biologie
LARRAT	Sylvie	Biochimie et Biologie Moléculaire	Département des agents infectieux Pôle 14: Biologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Lab. explor. fonct. cardio- respiratoires	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie
MALLARET	Marie- Reine	Epidémiologie, économie de la Santé (Mal. Inf.)	Unité d'Hygiène Hospitalière Pavillon E
MAUBON	Danièle	Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie	Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre		Département d'innovations technologiques Pôle 17 Santé Publique
MOUCHET	Patrick	Physiologie	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie
PACLET	Marie- Hélène	Biochimie et Biologie moléculaire	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie
PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie	Clinique de neurochirurgie Pôle 3 : Tête et cou et chirugie réparatrice
PASQUIER	Dominique	UM Ana. Path. 4 - Pôle 14 : Biologie	Département d'anatomie et cytologie pathologiques Pôle 14 : Biologie
PELLETIER	Laurent	Biologie Cellulaire	Centre d'innovation biologique
PAYSANT	François		Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine
RAY	Pierre	Génétique.BDR	Biologie de la reproduction Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
RENVERSEZ	J.Charles	Biochimie et Biologie Moléculaire - Pôle 14 Biologie	Département de biologie intégrée Biochimie et Biologie Moléculaire Pôle 14 : Biologie
RIALLE	Vincent	Information et informatique Médicale	Laboratoire TIMC
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique	Génétique chromosomique Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie	Laboratoire de Pharmacologie
STASIA	Marie- Josée	UM diagnostic & Recherche granulomatose septique - Pôle 14 Biologie	Département de biologie et pathologie de la cellule Pôle 14: Biologie
TAMISIER	Renaud	Physiologie	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicales	Biostatistiques et Informatique Médicale Pôle 17 Santé Publique

#### PUPH 01/09/2010

NOM	PRENOM	DISCIPLINE	
ALBALADEJO	Pierre	ANESTHESIE - REANIMATIONS	
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE	
BACONNIER	Pierre	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE SANTE PUBLIQUE	
BAGUET	Jean-Philippe	CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE	
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE CANCEROLOGIE	
BARRET	Luc	MEDECINE LEGALE	
BAUDAIN	Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	
BEANI	Jean-Claude	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE	
BENHAMOU	Pierre Yves	ENDOCRINO DIABETO	
BERGER	François	CANCEROLOGIE	
BLIN	Dominique	CHIRURGIE CARDIAQUE	
BOLLA	Michel	CANCEROLOGIE	
BONAZ	Bruno	HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE	
BOSSON	Jean-Luc	SANTE PUBLIQUE	
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE	
BRAMBILLA	Elisabeth	ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	
BRAMBILLA	Christian	PNEUMOLOGIE	
BRICHON	Pierre-Yves	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	
BRIX	Muriel	CHIR. MAXILLO-FACIALE	
CAHN	Jean-Yves	CANCEROLOGIE	
CARPENTIER	Patrick	MEDECINE VASCULAIRE	
CARPENTIER	Françoise	SAMU	
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE	
CHABARDES	Stephan	NEUROCHIRURGIE	
CHABRE	Olivier	ENDOCRINOLOGIE	
CHAFFANJON	Philippe	CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE	
CHAVANON	Olivier	CHIRURGIE CARDIAQUE	
CHIQUET	Christophe	OPHTALMOLOGIE	
CHIROSSEL	Jean-Paul	ANATOMIE	
CINQUIN	Philippe	SANTE PUBLIQUE	
COHEN	Olivier	DELEGATION - HC FORUM (création entreprise)	
COUTURIER	Pascal	GERIATRIE	
CRACOWSKI	Jean-Luc	PHARMACOLOGIE	
DE GAUDEMARIS	Régis	MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL	
DEBILLON	Thierry	PEDIATRIE	
DEMATTEIS	Maurice	Médecine légale et d'Addictologie	
DEMONGEOT	Jacques	SANTE PUBLIQUE	
DESCOTES	Jean-Luc	UROLOGIE	
ESTEVE	François	Dir. Equipe 6 U836 - ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences	
FAGRET	Daniel	MEDECINE NUCLEAIRE	
FAUCHERON	Jean-Luc	CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE	
FAVROT	Marie Christine	BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE	
FERRETTI	Gilbert	RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE	

FEUERSTEIN	Claude	GIN	
FONTAINE Eric		CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE POLE 7 MED. AIGÜE & COMMUNAUTAIRE	
FRANCOIS	Patrice	VEILLE SANITAIRE SANTE PUBLIQUE	
GARNIER	Philippe	PEDIATRIE	
GAUDIN	Philippe	RHUMATOLOGIE	
GAY	Emmanuel	NEUROCHIRURGIE	
GRIFFET		CHIRURGIE INFANTILE	
	Jacques		
HALIMI	Serge Marc	DIABETOLOGIE	
JOUK	Pierre-Simon	NEUROLOGIE	
	Robert	GENETIQUE ET PROCREATION	
JUVIN		RHUMATOLOGIE NEUROLOGIE	
KAHANE	Philippe		
KRACK	Paul	NEUROLOGIE	
KRAINIK	Alexandre	NEURORADIOLOGIE & IRM	
LANTUEJOUL	Sylvie	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	
LE BAS	Jean-François	NEURORADIOLOGIE & IRM	
LEBEAU	Jacques	CHIR. MAXILLO-FACIALE	
LECCIA	Marie-Thérèse	DERMATOLOGIE	
LEROUX	Dominique	BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE	
LEROY	Vincent	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE	
LETOUBLON	Christian	CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE	
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE	
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE	
MACHECOURT	Jacques	CARDIOLOGIE	
MAGNE	Jean-Luc	CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE	
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE	
MAITRE MASSOT	Anne Christian	·	
		Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE	
MASSOT	Christian	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE  MEDECINE INTERNE  DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX /	
MASSOT MAURIN	Christian Max	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE  MEDECINE INTERNE  DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE	
MASSOT MAURIN MERLOZ	Christian  Max  Philippe	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE  MEDECINE INTERNE  DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE  ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE	
MASSOT MAURIN MERLOZ MORAND	Christian  Max  Philippe  Patrice	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE  MEDECINE INTERNE  DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE  ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE  VIROLOGIE	
MASSOT  MAURIN  MERLOZ  MORAND  MORO-SIBILOT	Christian  Max  Philippe  Patrice  Denis	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE  MEDECINE INTERNE  DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE  ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE  VIROLOGIE  PNEUMOLOGIE	
MASSOT  MAURIN  MERLOZ  MORAND  MORO-SIBILOT  MOUSSEAU	Christian  Max  Philippe  Patrice  Denis  Mireille	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE  MEDECINE INTERNE  DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE  ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE  VIROLOGIE  PNEUMOLOGIE  ONCOLOGIE MEDICALE  CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET	
MASSOT  MAURIN  MERLOZ  MORAND  MORO-SIBILOT  MOUSSEAU  MOUTET	Christian  Max  Philippe Patrice Denis Mireille François Jean-Guy	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE  MEDECINE INTERNE  DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE  ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE  VIROLOGIE  PNEUMOLOGIE  ONCOLOGIE MEDICALE  CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE  NEUROCHIRURGIE	
MASSOT  MAURIN  MERLOZ  MORAND  MORO-SIBILOT  MOUSSEAU  MOUTET  PASSAGIA	Christian  Max  Philippe Patrice Denis Mireille François	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE  MEDECINE INTERNE  DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE  ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE  VIROLOGIE  PNEUMOLOGIE  ONCOLOGIE MEDICALE  CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	
MASSOT  MAURIN  MERLOZ  MORAND  MORO-SIBILOT  MOUSSEAU  MOUTET  PASSAGIA  PAYEN DE LA	Christian  Max  Philippe Patrice Denis Mireille François Jean-Guy	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE  MEDECINE INTERNE  DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE  ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE  VIROLOGIE  PNEUMOLOGIE  ONCOLOGIE MEDICALE  CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE  NEUROCHIRURGIE	
MASSOT  MAURIN  MERLOZ  MORAND  MORO-SIBILOT  MOUSSEAU  MOUTET  PASSAGIA  PAYEN DE LA  GARANDERIE	Christian  Max  Philippe Patrice Denis Mireille François Jean-Guy Jean-François	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE  MEDECINE INTERNE  DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE  ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE  VIROLOGIE  PNEUMOLOGIE  ONCOLOGIE MEDICALE  CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE  NEUROCHIRURGIE  ANESTHESIE-REANIMATION	
MASSOT  MAURIN  MERLOZ  MORAND  MORO-SIBILOT  MOUSSEAU  MOUTET  PASSAGIA  PAYEN DE LA  GARANDERIE  PELLOUX	Christian  Max  Philippe Patrice Denis Mireille François Jean-Guy Jean-François Hervé	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE  MEDECINE INTERNE  DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE  ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE  VIROLOGIE  PNEUMOLOGIE  ONCOLOGIE MEDICALE  CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE  NEUROCHIRURGIE  ANESTHESIE-REANIMATION  PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	
MASSOT  MAURIN  MERLOZ  MORAND  MORO-SIBILOT  MOUSSEAU  MOUTET  PASSAGIA  PAYEN DE LA  GARANDERIE  PELLOUX  PEPIN	Christian  Max  Philippe Patrice Denis Mireille François Jean-Guy Jean-François Hervé Jean-Louis	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE  MEDECINE INTERNE  DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE  ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE  VIROLOGIE  PNEUMOLOGIE  ONCOLOGIE MEDICALE  CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE  NEUROCHIRURGIE  ANESTHESIE-REANIMATION  PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE  PHYSIOLOGIE SOMMEIL	
MASSOT  MAURIN  MERLOZ  MORAND  MORO-SIBILOT  MOUSSEAU  MOUTET  PASSAGIA  PAYEN DE LA  GARANDERIE  PELLOUX  PEPIN  PERENNOU	Christian  Max  Philippe Patrice Denis Mireille  François  Jean-Guy  Jean-François  Hervé Jean-Louis Dominique	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE  MEDECINE INTERNE  DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE  ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE  VIROLOGIE  PNEUMOLOGIE  ONCOLOGIE MEDICALE  CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE  NEUROCHIRURGIE  ANESTHESIE-REANIMATION  PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE  PHYSIOLOGIE SOMMEIL  REEDUCATION & PHYSIOLOGIE	
MASSOT  MAURIN  MERLOZ  MORAND  MORO-SIBILOT  MOUSSEAU  MOUTET  PASSAGIA  PAYEN DE LA  GARANDERIE  PELLOUX  PEPIN  PERENNOU  PERNOD	Christian  Max  Philippe Patrice Denis Mireille François Jean-Guy Jean-François Hervé Jean-Louis Dominique Gilles	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE  MEDECINE INTERNE  DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE  ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE  VIROLOGIE  PNEUMOLOGIE  ONCOLOGIE MEDICALE  CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE  NEUROCHIRURGIE  ANESTHESIE-REANIMATION  PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE  PHYSIOLOGIE SOMMEIL  REEDUCATION & PHYSIOLOGIE  MEDECINE VASCULAIRE-	
MASSOT  MAURIN  MERLOZ  MORAND  MORO-SIBILOT  MOUSSEAU  MOUTET  PASSAGIA  PAYEN DE LA  GARANDERIE  PELLOUX  PEPIN  PERENNOU  PERNOD  PIOLAT  PISON  PLANTAZ	Christian  Max  Philippe Patrice Denis Mireille  François Jean-Guy Jean-François  Hervé Jean-Louis Dominique Gilles Christian Christophe Dominique	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE  MEDECINE INTERNE  DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE  ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE  VIROLOGIE  PNEUMOLOGIE  ONCOLOGIE MEDICALE  CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE  NEUROCHIRURGIE  ANESTHESIE-REANIMATION  PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE  PHYSIOLOGIE SOMMEIL  REEDUCATION & PHYSIOLOGIE  MEDECINE VASCULAIRE-  CHIRURGIE INFANTILE	
MASSOT  MAURIN  MERLOZ  MORAND  MORO-SIBILOT  MOUSSEAU  MOUTET  PASSAGIA  PAYEN DE LA  GARANDERIE  PELLOUX  PEPIN  PERENNOU  PERNOD  PIOLAT  PISON  PLANTAZ  POLLAK	Christian  Max  Philippe Patrice Denis Mireille  François  Jean-Guy Jean-François  Hervé Jean-Louis Dominique Gilles Christian Christophe Dominique Pierre	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE  MEDECINE INTERNE  DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE  ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE  VIROLOGIE  PNEUMOLOGIE  ONCOLOGIE MEDICALE  CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE  NEUROCHIRURGIE  ANESTHESIE-REANIMATION  PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE  PHYSIOLOGIE SOMMEIL  REEDUCATION & PHYSIOLOGIE  MEDECINE VASCULAIRE- CHIRURGIE INFANTILE  PNEUMOLOGIE  PEDIATRIE  NEUROLOGIE	
MASSOT  MAURIN  MERLOZ  MORAND  MORO-SIBILOT  MOUSSEAU  MOUTET  PASSAGIA  PAYEN DE LA  GARANDERIE  PELLOUX  PEPIN  PERENNOU  PERNOD  PIOLAT  PISON  PLANTAZ  POLLAK  PONS	Christian  Max  Philippe Patrice Denis Mireille François  Jean-Guy Jean-François  Hervé Jean-Louis Dominique Gilles Christian Christophe Dominique Pierre Jean-Claude	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE  MEDECINE INTERNE  DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE  ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE  VIROLOGIE  PNEUMOLOGIE  ONCOLOGIE MEDICALE  CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE  NEUROCHIRURGIE  ANESTHESIE-REANIMATION  PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE  PHYSIOLOGIE SOMMEIL  REEDUCATION & PHYSIOLOGIE  MEDECINE VASCULAIRE-  CHIRURGIE INFANTILE  PNEUMOLOGIE  PEDIATRIE  NEUROLOGIE  GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	
MASSOT  MAURIN  MERLOZ  MORAND  MORO-SIBILOT  MOUSSEAU  MOUTET  PASSAGIA  PAYEN DE LA  GARANDERIE  PELLOUX  PEPIN  PERENNOU  PERNOD  PIOLAT  PISON  PLANTAZ  POLLAK  PONS  RAMBEAUD	Christian  Max  Philippe Patrice Denis Mireille François Jean-Guy Jean-François Hervé Jean-Louis Dominique Gilles Christian Christophe Dominique Pierre Jean-Claude J Jacques	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE  MEDECINE INTERNE  DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE  ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE  VIROLOGIE  PNEUMOLOGIE  ONCOLOGIE MEDICALE  CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE  NEUROCHIRURGIE  ANESTHESIE-REANIMATION  PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE  PHYSIOLOGIE SOMMEIL  REEDUCATION & PHYSIOLOGIE  MEDECINE VASCULAIRE-  CHIRURGIE INFANTILE  PNEUMOLOGIE  PEDIATRIE  NEUROLOGIE  GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE  UROLOGIE	
MASSOT  MAURIN  MERLOZ  MORAND  MORO-SIBILOT  MOUSSEAU  MOUTET  PASSAGIA  PAYEN DE LA  GARANDERIE  PELLOUX  PEPIN  PERENNOU  PERNOD  PIOLAT  PISON  PLANTAZ  PONS  RAMBEAUD  REYT	Christian  Max  Philippe Patrice Denis Mireille François Jean-Guy  Jean-François Hervé Jean-Louis Dominique Gilles Christian Christophe Dominique Pierre Jean-Claude J Jacques Emile	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE  MEDECINE INTERNE  DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE  ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE  VIROLOGIE  PNEUMOLOGIE  ONCOLOGIE MEDICALE  CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE  NEUROCHIRURGIE  ANESTHESIE-REANIMATION  PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE  PHYSIOLOGIE SOMMEIL  REEDUCATION & PHYSIOLOGIE  MEDECINE VASCULAIRE- CHIRURGIE INFANTILE  PNEUMOLOGIE  PEDIATRIE  NEUROLOGIE  GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE  UROLOGIE  O.R.L.	
MASSOT  MAURIN  MERLOZ  MORAND  MORO-SIBILOT  MOUSSEAU  MOUTET  PASSAGIA  PAYEN DE LA  GARANDERIE  PELLOUX  PEPIN  PERENNOU  PERNOD  PIOLAT  PISON  PLANTAZ  POLLAK  PONS  RAMBEAUD	Christian  Max  Philippe Patrice Denis Mireille François Jean-Guy Jean-François Hervé Jean-Louis Dominique Gilles Christian Christophe Dominique Pierre Jean-Claude J Jacques	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE  MEDECINE INTERNE  DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE  ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE  VIROLOGIE  PNEUMOLOGIE  ONCOLOGIE MEDICALE  CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE  NEUROCHIRURGIE  ANESTHESIE-REANIMATION  PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE  PHYSIOLOGIE SOMMEIL  REEDUCATION & PHYSIOLOGIE  MEDECINE VASCULAIRE-  CHIRURGIE INFANTILE  PNEUMOLOGIE  PEDIATRIE  NEUROLOGIE  GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE  UROLOGIE	

SARAGAGLIA	Dominique	ORTHOPEDIE
SCHLATTNER	Uwe	UFR de BIOLOGIE
SCHMERBER	Sébastien	O.R.L.
SEIGNEURIN	Daniel	ANATOMIE & CYTOLOGIE
SELE	Bernard	GENETIQUE & PROCREATION
SESSA	Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE
STAHL	Jean-Paul	INFECTIOLOGIE
TIMSIT	Jean-François	REANIMATION MEDICALE
TONETTI	Jérôme	ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
TOUSSAINT	Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
VANZETTO	Gérald	CARDIOLOGIE
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
ZAOUI	Philippe	NEPHROLOGIE
ZARSKI	Jean-Pierre	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

BLIN	Dominique	
BOLLA	Michel	
GARNIER	Philippe	
MOREL	Françoise	
SEIGNEURIN	Jean-Marie	

#### REMERCIEMENTS

#### A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur Bonaz,

Pour l'honneur que vous nous faites de présider cette thèse,

Pour votre disponibilité et pour l'aide que vous nous avez apportée en relisant notre travail.

Pour l'enthousiasme que vous savez si bien communiquer à vos étudiants,

Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

#### A notre Directeur de Thèse

A Monsieur le Docteur Bouchaud,

Pour ton aide précieuse,

Pour les conseils que tu nous as donnés afin de nous guider dans ce travail,

Nous te remercions sincèrement.

#### A nos Membre du Jury

A Monsieur le Professeur Bougerol,

Pour avoir sans réserve accepté de juger notre travail,

Pour votre investissement en tant qu'enseignant au sein de la faculté,

Nous vous remercions profondément.

#### A Monsieur le Professeur Gaudin,

Pour avoir très aimablement accepté de juger notre travail,

Pour votre engagement auprès des étudiants,

Veuillez trouver le témoignage de notre respect.

#### A Monsieur le Professeur Imbert,

Pour l'expertise que vous nous avez apportée dans le choix du sujet et de la méthode,

Pour avoir accepté de juger notre travail,

Pour votre engagement dans l'enseignement de la médecine générale,

Nous vous remercions profondément.

#### Remerciements de Virginie

A Ryad, mon compagnon et père de notre merveilleuse petite fille. Tu as été avec moi à toutes les étapes de mes études. Pour ton amour et ton soutien constant avec lesquels je me suis construite dans ma vie d'adulte et de médecin.

A Inès ma fille, qui a changé ma vie. Aux autres « à venir ».

A mes parents. Vous m'avez toujours fait confiance, toujours soutenue, toujours été fiers de moi. Je ne vous remercierai jamais assez pour tout cela.

A ma sœur Ellodie, en voyage pour un an (pas plus, hein ?) en Nouvelle-Zélande. Je sais que tu aurais voulu être là frangine, et je penserai très fort à toi.

A mes grands-parents. A ma tante Marie France. Je suis tellement heureuse de vous avoir à mes côté en ce jour. A mes oncles, mes tantes, mes cousins.

A ma belle famille, Zhor, Ali, Othman et Walid, qui m'ont aussi vu grandir tout au long de mes études. Merci pour votre soutien et votre présence.

Aux médecins qui ont particulièrement compté dans ma formation. A Isabelle Glorieux, Graziella Virgone Rebaud et Edouard Gozlan. Merci de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale. A mes enseignants du centre de santé de l'Arlequin Rénate Ormière, Philipe Pichon et Pierre Mistral. J'ai eu la chance d'être à vos côtés pendant plus d'une année qui a été l'expérience la plus riche de ma formation de médecin. Merci d'avoir pris autant de temps et d'énergie pour me transmettre vos connaissances et vos valeurs que j'aurai à cœur d'enseigner à mon tour.

Aux médecins de mon groupe de pair qui ont pris le relai pour me faire réfléchir sur notre beau métier.

A Lise, mon amie et co-thésarde. Ca a été un réel plaisir de faire cette thèse avec toi, comme pour chaque moment qu'on passe ensemble depuis le lycée. Merci d'être tout le temps là pour moi. A Jérôme, qui a quand même trouvé du temps pour nous aider avec la recherche biblio malgré son internat bien chargé.

A mes amis du lycée Champollion, notamment Ingrid qui voit ses deux copines passer leur thèse ensemble! A Agnès. Pour ton amitié qui m'est chère. A Cédric

A mes amis de médecine et à leurs « pièces rapportées »... Tellement de bons souvenirs depuis la P2 : les soirées médecines, les WEI, les vacances, les Chavannes, et en plus maintenant, les enfants, les mariages et les thèses où on pleure tous (enfin, surtout moi...). Les études de médecine, ce n'est pas toujours facile, mais ça vaut le coup rien que pour avoir des amis comme vous. A Audrey, qui vient de Clermont pour voir sa cop's prêter serment, si ça ce n'est pas de l'amitié! A Nono, Elsa, Marine, Matthieu, Mathieu, Anne So, Cissou, Simon, Oliv, Arnaud, Domy, Véro, Marj, Alex, Dodo, Steph, Clem, Lionel, les Nicos, les Oliviers, Christophe. A notre groupe et à l'amitié que je porte à chacun d'entre vous.

A mes amis d'ARAVIS, Brieuc, Nadège, Lucie, Jany, Marion, Sophia, Mélanie, ... Merci pour votre enthousiasme et motivation permanente qui ont été un moteur pour moi.

Aux amis de Ryad qui sont aussi devenu les miens. A ceux des Arts et Métiers Jean-Pierre, et Laurent. Aux barbus de ST et leurs compagnes, Philipe et Suzanne, Nico et Tiph, Guillaume et Colline, et les autres...

#### Remerciements de Lise

A ma famille

**Jérôme**, pour notre amour tellement précieux, pour ton soutien pendant toutes ces années, pour notre voyage qui se prépare, pour tous nos bonheurs à venir.

Mes parents, pour votre soutien pendant ces longues années d'études.

Laurie, Thomas, Isa, pour votre soutien et votre présence apaisante.

**Mes grands-parents**, et en particulier Mamie Lala et Papi Jacques, qui ont sans nul doute été à l'origine de mon choix de devenir médecin.

Mes oncles et tantes, vous venez de loin pour assister à cette thèse, cela me touche beaucoup.

Ma belle-famille, pour votre accueil, votre soutien et votre optimisme contagieux.

A mes amis,

**Virginie**, mon amie depuis le lycée, pour notre amitié qui m'est chère, pour ton soutien dans des années parfois difficiles, pour le plaisir que j'ai eu de travailler avec toi sur cette thèse.

**Ingrid, Ryad, Nadège, Anthony,** rencontrés au lycée, pour notre amitié tellement importante pour moi.

Zeineb, Aurélie, Florence, Olivia, Lucile, Nath, rencontrées sur les bancs de la faculté, pour avoir ensoleillé ces années studieuses.

Marie, Benoit, Alexandra, Clément mes co-internes devenus des amis, qui ont rendus mes stages tellement plus intéressants...

Mes amis de la faculté.

A ceux qui m'ont accompagnée durant des études

Les médecins qui ont su me transmettre leur enthousiasme pour ce métier passionnant, en particulier les **Docteurs Martine Gauvin** et **Patricia Pavese.** 

Les soignants des stages que j'ai effectués ces trois dernières années.

### Table des matières

IN	ΓR	ODI	JCTION	. 14
I	)	Le p	placebo et l'effet placebo	. 17
	1	) H	listorique du placebo et de l'effet placebo	. 17
		a)	Origine du mot	. 17
		b)	Utilisation du placebo dans la recherche clinique	. 17
		c)	Utilisation du placebo en thérapeutique	. 18
	2	) [	efinitions	. 18
	3	) F	acteurs influençant l'effet placebo	. 20
		a)	Facteurs liés au traitement	. 20
		b)	Facteurs liés au médecin	. 21
		c)	Facteurs liés au patient	. 21
		d)	Facteurs liés au contexte thérapeutique	. 22
	4	) N	Nécanismes de l'effet placebo	. 22
		a)	Mécanismes psychologiques	. 22
		b)	Mécanismes physiologiques de l'EP	. 24
	5	) E	xiste-t-il des problèmes éthiques quant à la prescription de placebo?	. 26
I	I)	Util	isation du placebo et de son effet en médecine générale	. 29
I	II)	E	nseignement de l'utilisation de l'effet placebo lors des stages ambulatoires	. 31
I	V)	S	ynthèse des données bibliographiques	. 34
M	AT]	ERII	ELS ET METHODES	. 35
	1	) N	Néthodologie de la recherche bibliographique	. 36
	2	) Т	ype d'étude	. 36
	3	) (	Conception de l'enquête	. 37
		a)	Population et corpus	. 37
		b)	Mode d'accès aux interviewés	. 37
		c)	Plan de l'entretien	. 38
	4	) F	éalisation des entretiens	. 39
		a)	Paramètres de la situation d'entretien	. 39
				10

	b)	Cadre contractuel de la communication	39
	c)	Les modes d'intervention	40
5	) N	Néthode d'analyse des données	40
RESU	JLTA	ATS	41
I)	Dor	nées générales sur la réalisation de l'étude	42
	a)	Recrutement du corpus	42
	b)	Réalisation des entretiens	42
	c)	La retranscription des entretiens	43
	d)	Analyse des entretiens	43
II)	Ana	lyse thématique	43
1	) F	reins liés à l'enseignant	43
	a)	Manque de connaissances	43
	b)	Manque de recul par rapport à sa propre pratique	44
	c) ďap	Les MSU ont appris à manier l'EP avec l'expérience, ils reproduisent ce mode oprentissage avec l'interne	45
	d)	Problèmes éthiques liés à l'utilisation de l'EP et à son enseignement	46
	e)	Difficultés rencontrées par les MSU dans leur rôle d'enseignant	47
2	) F	reins liés à l'interne	49
	a)	Les internes ne posent pas de questions sur l'effet placebo aux MSU	49
	b)	Le profil de certains internes est jugé problématique	49
	c) des	Impression de la part des MSU que la nouvelle génération d'internes a été sensibilisée problématiques qui iraient à l'encontre de l'utilisation de l'effet placebo	
	d) mat	Réfléchir sur l'utilisation de l'effet placebo en thérapeutique nécessiterait une certaine urité de la part de l'interne	
3	) L	enseignement de l'effet placebo ne serait pas une priorité	51
	a)	D'autres priorités dans l'enseignement	. 51
	b)	L'enseignement de l'effet placebo : est-ce vraiment un objectif pédagogique pertinent 52	?
DISC	USS	ION	54
1	) S	ur la méthodologie	. 55
2	) S	ur les résultats	. 57
CON	CLU	SION	62

ANNEXES
Annexe 1 : Lettre envoyée aux Maîtres de Stages des Universités 67
Annexe 2 : Guide d'entretien
Annexe 3 : Verbatim
ENTRETIEN n°169
ENTRETIEN n°275
ENTRETIEN n°384
ENTRETIEN n°495
ENTRETIEN n°599
ENTRETIEN n°6
ENTRETIEN N°7
ENTRETIEN n° 8
ENTRETIEN n°9
ENTRETIEN n°10
ENTRETIEN n°11
ENTRETIEN n°12
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES
Serment d'Hippocrate

#### Abréviations

EP: Effet Placebo

MSU: Maître de Stage des Universités

EBM: Evidence Based Medecine

UPL: Unité pédagogique Locale

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

TCC: Thérapie Cognitivo-Comportementale

TA: Tension Artérielle

AMM: Autorisation de Mise sur le Marché

### Déclaration publique d'intérêts

Nous soussignons, Virginie Ardito et Lise Querrioux, doctorantes en médecine et co-auteurs de cette thèse, déclarons n'avoir aucun conflit d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique.

## **INTRODUCTION**

L'effet placebo... avant de démarrer nos stages ambulatoires de médecine générale, nous n'en avions qu'une vague idée : à l'hôpital, des prescriptions (souvent efficaces !!) de pilules rouges ou bleues pour un patient agité, ou hystérique (ou supposé comme tel)... Et la notion pendant nos cours de lecture critique d'article que telle ou telle thérapeutique était supérieure ou égale au placebo... Dès lors, l'utilisation du dit placebo en thérapeutique ne nous semblait pas une absurdité, mais nous n'avions jamais eu l'occasion d'aborder spécifiquement le sujet. Puis, lors de nos stages chez le praticien, nous avons observé l'utilisation quotidienne de ce que nous avons compris à postériori être de l'effet placebo : parfois le médicament prescrit nous interpellait : des thérapeutiques non enseignées à la faculté, comme l'homéopathie, ou bien utilisées dans une situation clinique pour laquelle il n'existait pas de recommandation claire... parfois aussi le patient se disait soulagé et bien mieux à la fin de la consultation comme si l'échange avec le médecin était déjà en soi un traitement. Pourtant là non plus la problématique n'a pas été abordée lors des supervisions.

Ce qui nous parait être l'utilisation de l'effet placebo nous a semblé donc de pratique courante chez nos maîtres de stage, mais leur enseignement sur ce sujet restait flou et incomplet.

Existe-t-il réellement des freins à l'enseignement de l'effet placebo ? De quelle nature sont-ils ?

Nous avons dans un premier temps réalisé une recherche bibliographique selon trois axes : les connaissances actuelles concernant l'effet placebo, l'utilisation du placebo en thérapeutique et les caractéristiques de l'enseignement lors des stages ambulatoires de médecine générale.

Puis, nous avons réalisé une étude qualitative en utilisant la technique des entretiens individuels semi-directifs auprès de Maîtres de Stages des Universités.

<b>DONNEES</b>	<b>BIBLIOGR</b>	<b>APHIQUES</b>
----------------	-----------------	-----------------

#### I) <u>Le placebo et l'effet placebo</u>

Dans cette première partie, nous allons faire le point sur l'état actuel des connaissances sur le placebo et l'effet placebo.

#### 1) Historique du placebo et de l'effet placebo

#### a) Origine du mot

Le terme placebo vient du latin «placere» et signifie «je plairai». Ce terme apparaît pour la première fois à la fin du XIII e siècle dans la liturgie de l'Église catholique aux vêpres des morts : «Placebo Domino in regione vivorum... » (Je plairai au Seigneur dans le monde des vivants). Au XIVe siècle, ce terme prend le sens de flatteur, flagorneur et vantard. Il apparaît pour la première fois, dans un dictionnaire médical en 1795 en Angleterre, où il est défini comme « une méthode banale ou remède ». En 1803, le New Medical Dictionary en donne la définition suivante : «Placebo, je plairai ; un épithète donné à tout remède prescrit plus pour faire plaisir au patient que pour lui être utile» (1).

#### b) Utilisation du placebo dans la recherche clinique

L'utilisation du terme « placebo » est initialement associée à la recherche clinique, qui l'a mis en évidence.

Historiquement, la première vraie utilisation de placebo en groupe contrôle est rapporté en 1784 dans le cadre de la commission Franklin sur le magnétisme animal. Des arbres « magnétisés » et non « magnétisés » sont utilisés pour l'expérience, qui conclut à l'absence d'éléments prouvant l'existence du magnétisme animal (1).

Après la seconde guerre mondiale se développe surtout aux Etats-Unis les essais contrôlés randomisés sur l'impulsion de H. Gold, le fondateur de la pharmacologie clinique. En France, il faut attendre la fin des années 1970 pour que le contrôle par un groupe placebo et le double aveugle soient la règle et non plus l'exception dans la recherche clinique. (1). On

constate à l'occasion de ces essais que les patients sont améliorés (parfois dans de grandes proportions) dans les groupes contrôles.

En 1955, Beecher, dans sa célèbre méta-analyse (2) regroupe les données de quinze essais cliniques contrôlés alors disponibles dans des troubles variés (angine de poitrine, douleurs, mal des transports, rhume, toux). Il arrive ainsi à un taux moyen de réponse placebo de 35 %, chiffre qui est encore régulièrement avancé de nos jours.

#### c) Utilisation du placebo en thérapeutique

Si l'appellation « placebo » est relativement récente dans l'usage médical, l'utilisation de son effet en thérapeutique est lui des plus anciens. Dans l'antiquité et au Moyen-âge, la médecine est étroitement liée à la magie et à la religion. La pharmacopée est entièrement composée de placebo plus ou moins pur jusqu'à la découverte en 1938 de la Quinquina, première substance ayant une activité spécifique objectivée, et qui est considéré comme le premier médicament « véritable ». Dans les placebos célèbres et emblématiques on peut mentionner celui de Corvisart, médecin particulier de Napoléon. Sa méfiance vis-à-vis des thérapeutiques de l'époque lui fait mettre au point un remède au nom latin, aussi efficace qu'inoffensif : la Mica Panis, qui n'est autre que de la mie de pain.

#### 2) Définitions

Le placebo est classiquement défini comme une substance ou une procédure feinte dans un contexte thérapeutique sans action spécifique sur le trouble traité.

Pour affiner la définition, il est intéressant de distinguer les placebos purs et les placebos impurs, et d'expliquer le terme de procédure placebo :

➤ Le **placebo pur** est une substance inerte sans propriété pharmacologique propre. On met dans cette catégorie les gélules de saccharose (sucre) et le sérum physiologique injectable. Il existe un réel médicament placebo vendu en France : le SACCHARUM

LACTIS, des laboratoires Boiron, qui fait partie de la panoplie des médicaments homéopathiques, utilisé pour faire une « pause » dans un traitement homéopathique à l'insu du patient. Dans le cadre hospitalier, les pharmaciens fournissent régulièrement des pilules placebos de leur fabrication.

➤ Le **placebo impur** est lui un médicament dont l'activité spécifique n'est pas démontrée dans l'indication dans laquelle il est donné ou dans les posologies avec lesquelles il est prescrit. Le Vidal regorge de tels médicaments « donnés traditionnellement pour... ». Il s'agit par exemple du magnésium dans les asthénies passagères (3).

➤ Il existe également des **procédures placebos** : ce sont les rituels lors de la consultation, le moment solennel de la rédaction de l'ordonnance, l'examen clinique minutieux effectué principalement dans le but de rassurer le patient, plus que dans un but diagnostic (la prise de TA étant l'exemple le plus emblématique)... Les procédures placebos peuvent également comprendre les examens complémentaires non nécessaires à la démarche diagnostique.

Ce qu'il est important de comprendre, c'est que l'effet placebo, lui, n'est pas exclusivement le fait de placebo pur ou impur. En réalité, toute thérapeutique est la somme d'une action spécifique et d'une action non spécifique qui est l'effet placebo, comme le définit Pichot en 1961 (4).

Donc, même en cas de prescription d'une thérapeutique dite active, l'effet thérapeutique global est en partie dû à l'effet placebo.

L'effet placebo peut donc être résumé ainsi : effet thérapeutique global – effet spécifique du traitement.

Mais cette approche est incomplète. Effectivement, la réponse mesurée dans les groupes placebo des études randomisées n'est pas uniquement due à l'effet placebo puisqu'elle peut refléter à la fois l'évolution naturelle de la maladie, la fluctuation des symptômes, le concept statistique de régression vers la moyenne, ou être le fait d'autres traitements concurrents.

La confusion entre effet placebo et effet du médicament placebo a été la source de nombreuses polémiques sur la réalité de l'effet placebo (5). Il est donc important de reformuler l'équation précédente :

# Effet placebo = effet thérapeutique global - effet spécifique du traitement - évolution des symptômes indépendante de l'effet placebo.

Dans une méta-analyse sur l'utilisation du placebo en thérapeutique publiée en 2010 dans le Lancet (6), les auteurs proposent, pour mieux comprendre l'effet placebo d'arrêter de focaliser sur la substance inerte ou la procédure feinte, pour se concentrer sur l'effet de l'intervention placebo sur le patient. L'effet placebo est ainsi un événement psychobiologique qui est attribuable à l'ensemble du contexte thérapeutique. Ce contexte thérapeutique est constitué par des facteurs inhérents au patient, au médecin et à l'interaction entre le patient, le médecin, et l'environnement de soin. La compréhension de ces mécanismes permet dès lors au praticien de renforcer l'effet placebo dans n'importe quelle situation de soins et c'est bien pour cette raison qu'il est important pour les soignants d'être bien au fait de ces mécanismes.

#### 3) Facteurs influençant l'effet placebo

#### a) Facteurs liés au traitement

#### - La couleur

En 1972, un essai (7) fut réalisé sur des étudiants en médecine américains. On leur remit à chacun une boite contenant un ou deux comprimés soit rouges soit bleus (mais tous d'authentiques placebos) en leur disant qu'ils allaient tester deux nouveaux produits, l'un stimulant, l'autre sédatif. L'effet excitant fut ressenti par les étudiants ayant absorbé les comprimés rouges et l'effet sédatif par les étudiants ayant absorbé les comprimés bleus. Ces résultats ont été confortés par une synthèse d'articles publiée en 1996 (8), et qui aboutit aux mêmes conclusions. Les auteurs de cette synthèse montrent d'ailleurs qu'effectivement les stimulants sont en général commercialisés avec des couleurs chaudes (jaune, rouge, orange) et les sédatifs avec des couleurs froides (bleu, vert, violet), cet aspect n'ayant bien évidement pas échappé à l'industrie pharmaceutique.

#### - La posologie

L'essai précédemment cité sur les étudiants en médecine montre qu'il existe un lien entre le nombre de comprimés et l'efficacité d'un placebo. Dans cette étude l'effet ressenti était plus grand chez les étudiant ayant pris deux comprimés plutôt que un. Cet effet placebo proportionnel au nombre de prises s'est confirmé dans d'autres études par exemple sur les ulcères gastriques ou sur les syndromes dépressifs (6).

Il existe encore d'autres facteurs influençant l'effet placebo : la forme galénique l'existence d'effets secondaires, le prix et la prise en charge par la sécurité sociale, le nom et l'emballage, la nouveauté.

#### b) Facteurs liés au médecin

Il est fréquent de constater dans les études sur le placebo ou lors d'études versus placebo que certains médecins induisent beaucoup plus d'effet placebo que d'autres (6). En 1957, Balint, psychanalyste anglais qui a beaucoup apporté à la médecine générale écrit déjà (9) : «La discussion a vite montré - et sans doute n'était-ce pas la première fois dans l'histoire de la médecine - que le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale était le médecin lui-même. Autrement dit ce n'est pas uniquement la fiole du médicament ou la boîte de cachets qui importent, mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade ; en fait l'ensemble de l'atmosphère dans laquelle le médicament est donné et pris.». Il définissait ainsi le concept de « médecin médicament ». Nous verront plus tard dans le chapitre sur les mécanismes de l'effet placebo comment les convictions personnelles et les attitudes positives des médecins peuvent influencer l'effet placebo.

#### c) Facteurs liés au patient

Divers travaux ont essayé d'identifier des traits de personnalité caractérisant un « placebo-répondeur ». Selon une étude (10), 14% des personnes sont placebo-répondeurs constants, 31 % des personnes sont non placebo-répondeurs constants, et le reste soit 55% des

personnes sont placebo-répondeurs inconstants. La grande fréquence des sujets placeborépondeurs intermittents indique que la réponse au placebo dépend plus de facteurs situationnels qu'individuels. Quoi qu'il en soit aucune étude n'a mis en évidence une plus grande fréquence de placebo-répondeurs sur des critères de personnalité, de sexe, de niveau socioculturel...

#### d) Facteurs liés au contexte thérapeutique

Le contexte thérapeutique comprend les particularités, attentes, croyances du patient, du clinicien, de l'interaction entre le patient et le clinicien, de la situation clinique dans son ensemble.

#### 4) Mécanismes de l'effet placebo

La compréhension des mécanismes psychologiques de l'effet placebo permet sa meilleure utilisation dans une pratique de soins. Nous évoquerons également les mécanismes physiologiques de l'effet placebo.

#### a) Mécanismes psychologiques

#### > L'attente/la suggestion

*L'attente du patient*: Les patients sous placebo ont des attentes quant aux effets des traitements qu'ils prennent et il est possible d'influencer ces attentes. De nombreuses expériences ont utilisé pour illustrer cela des signaux verbaux simples. Par exemple, on donne à un participant à qui on a induit expérimentalement une douleur une crème placebo avec deux différents signaux verbaux : le premier que la crème est inerte et n'aura pas d'effet et le second, que la crème est un analgésique puissant. L'effet analgésique est plus grand dans le groupe ayant reçu un message positif. Les auteurs de la méta-analyse du Lancet précédemment citée ont répertorié des résultats sur des études portant sur des douleurs

cliniques (non induites expérimentalement), sur les performances motrices dans la maladie de Parkinson, chez des patients souffrant d'addiction...

Les attentes des cliniciens: elles semblent également influer sur les réponses placebo. Dans un petit essai à double insu réalisé en 1985 (11), les patients avec douleurs dentaires post-opératoires ont été divisés en deux groupes à qui on a dit qu'ils pouvaient recevoir soit un médicament qui renforcerait leur douleur (NALOXONE), soit un médicament qui la diminuerait (FENTANYL), soit un médicament qui n'aurait aucun effet (placebo). En revanche, les cliniciens ont été informés que dans l'un des groupes, les patients n'avaient aucune chance de recevoir un médicament analgésique actif. Dans cet essai ce sont les cliniciens qui ont été manipulés et non pas les patients. La réponse au placebo était nettement inférieure dans le groupe où les cliniciens pensaient que les patients ne recevaient aucun traitement analgésique. Cela suggère que des diminutions de croyance des cliniciens en l'efficacité d'un traitement peuvent modifier l'effet placebo d'un traitement.

#### Le conditionnement dit classique

Théorisé par Pavlof et étudié surtout chez l'animal, il est décrit comme une technique permettant à un stimulus neutre, d'induire une réponse qu'il n'induit pas naturellement. Des associations répétées entre un stimulus neutre et un stimulus conditionné (une drogue active par exemple) peuvent entrainer la capacité du stimulus neutre à induire lui-même une réponse caractéristique du stimulus conditionné. C'est l'exemple classique du chien qui salive en entendant une cloche, le son de la cloche ayant été associé précédemment à la délivrance de nourriture. Il s'agit d'un mécanisme inconscient automatique. Il est difficile dans l'étude du conditionnement chez l'être humain d'exclure complètement d'autres mécanisme comme celui de l'attente. Les mécanismes de conditionnement des êtres humains sont malgré tout justifiés par le fait que l'effet placebo est plus élevé dans l'ampleur après un protocole de conditionnement (même si un mécanisme d'attente est également présent) (12).

En pratique clinique le conditionnement et l'attente sont certainement intriqués dans la survenue de l'effet placebo. D'après les auteurs de l'article publié dans le Lancet en 2010 (6), l'interprétation la plus raisonnable en matière de publications récentes est que le conditionnement suit l'attente et dépend du succès de la première rencontre. Cette notion conduit à la possibilité que la première rencontre est cruciale pour l'élaboration de réponses au

placebo en forte : plus grande est l'attente, plus grand est l'effet placebo, et potentiellement plus grand est l'effet du conditionnement associé à une consommation future du médicament.

#### Expériences passées/ Observation sociale

Les participants qui ont observé un démonstrateur de simulation à la réactivité d'une thérapie avaient une réponse analgésique d'une ampleur similaire à celle des patients qui ont reçu une procédure de conditionnement classique (13).

#### b) Mécanismes physiologiques de l'EP

#### > Analgésie placebo

Les études menées sur la neurobiologie de l'effet placebo (14) ont mis en évidence des mécanismes physiologiques multiples et complexes. La plupart des recherches ont été faites sur l'effet analgésique du placebo. En conséquence, la neurobiologie de l'effet placebo est généralement considérée en termes de mécanismes opioïdes ou non opioïdes.

#### - Mécanismes opioïdes :

Ce phénomène a été mis en évidence pour la première fois en 1978, par Levine et al.(1), dans une étude en double aveugle qui recueillait les effets d'un placebo puis de la NALOXONE sur une douleur post-extraction dentaire. Les sujets recevant un placebo ont été classés en placebo répondeurs et non-répondeurs. L'administration de NALOXONE a augmenté le niveau de douleur chez les répondeurs, mais pas chez les non-répondeurs. Cela a permis de formuler l'hypothèse d'une libération d'endorphines après administration de placebo. Ce travail a donc mis en relation un phénomène considéré comme « psychogène », l'effet placebo, et la libération de morphiniques endogènes, le retentissement en a été considérable.

Puis d'autres études ont montré que l'effet placebo peut être complètement ou partiellement annulé par la NALOXONE, antagoniste des opiacés. Cela a confirmé que l'analgésie entrainée par un placebo met en œuvre la participation d'opioïdes endogènes.

#### - Mécanismes non opioïdes :

Ils feraient intervenir des voies non-opioïdes, comme la libération de différents neurotransmetteurs, notamment la sérotonine et la noradrénaline, mais ils n'ont pas encore été bien identifiés

#### - Importance du conditionnement :

Une étude a révélé que le mécanisme neurobiologique mis en jeu pour produire l'analgésie après administration d'un placebo dépend de la nature du conditionnement : chez les patients qui ont été conditionnés précédemment avec un opioïde, la réponse analgésique placebo est annulée par la NALOXONE, mais chez les patients qui ont été conditionnés avec un médicament non opioïde, l'effet placebo persiste malgré l'administration de NALOXONE.

#### - Structures cérébrales impliquées

Le placebo altère l'expérience douloureuse, en interférant sur l'activité de certaines régions du cerveau. Des études menées en couplant TEP et IRM fonctionnelle ont montré que l'analgésie placebo est liée à une diminution de l'activité cérébrale dans des régions sensibles à la douleur : thalamus, cortex insulaire, cortex cingulaire antérieur (15).

La réponse placebo s'étend aussi au-delà des voies de la douleur. Certaines études ont montré que la dépression respiratoire et la diminution du rythme cardiaque induites par un placebo peuvent être annulées par la NALOXONE.

#### > Autres domaines explorés

Une étude menée chez des patients atteints de la maladie de Parkinson a montré que l'administration d'un placebo entraine la libération de dopamine dans le striatum, à l'origine de modifications dans les noyaux gris centraux.

D'autres études ont montré des changements dans l'activité métabolique du cerveau après l'administration d'un placebo chez des patients souffrant de dépression et chez des patients toxicomanes. Mais dans ces domaines, les mécanismes de l'effet placebo ne sont pas encore aussi bien décryptés que pour l'analgésie.

# 5) Existe-t-il des problèmes éthiques quant à la prescription de placebo ?

La notion de tromperie du patient est le problème éthique le plus fréquemment relevé. Pour évoquer ce problème, nous allons nous intéresser à l'homéopathie, sujet qui a soulevé de nombreux débats lorsque nous évoquions avec des confrères notre sujet de thèse. Plus qu'un placebo classique, sa pratique mêle placebo plus ou moins purs, rituels, et croyances.

En France plus particulièrement, l'homéopathie est de prescription fréquente, comparativement aux Etats –Unis où cette pratique est marginale. Une explication est peut-être que les remèdes homéopathiques sont pris en charge par la sécurité sociale française ce qui n'est le cas que dans un autre pays, la Belgique. Ces remèdes bénéficient d'ailleurs d'une procédure spéciale pour l'obtention de l'AMM, en raison de leur innocuité, le décret 98-52 du 28 janvier 1998 les dispensent de « tout ou partie des résultats des essais pharmacologiques, toxicologiques et cliniques ». On peut discuter le fait que les dilutions supérieures à 12 CH soient des placebos purs puisqu'à partir de ce niveau de dilution, il n'existe plus aucune chance qu'une molécule soit statistiquement présente dans les granules. A ce jour aucune étude méthodologiquement fiable n'a fait la preuve de la supériorité de l'homéopathie par rapport au placebo (16).

Un article de la revue Prescrire publié en 1992 a retenu notre attention. Il porte le titre un peu provocateur : « Apprendre à prescrire les remèdes homéopathiques en une heure et demi» (17). L'auteur fait l'hypothèse que les remèdes homéopathiques, puissent être utilisés comme des placebos « optimisés » ou des « super-placebo », du fait de leurs noms en latin, de leur remboursement par la sécurité sociale, et de l'importance des rituels et traditions qui entourent ces prescriptions. Il propose alors aux novices leur apprentissage rapide afin que chaque praticien qui le désire puisse coller à l'« imagerie mythique homéopathique », le but étant d'être crédible en tant qu'homéopathe face au patient, pour mieux le soigner. Par exemple, il nous conseille de retenir que les remèdes homéopathiques sont censés être pris le matin à jeun, sans que les comprimés n'entrent en contact avec la main et sans prise concomitante de menthe. Il faut également connaître les questions à poser lors de l'interrogatoire initial, les remèdes les plus courants et leur indication.

Cette approche volontairement provocatrice de la question de l'homéopathie a le mérite de nous permettre de nous interroger sur le caractère moral de l'utilisation des placebos : est-il éthique de tromper le patient pour son bien ? Jusqu'où peut-on aller dans la mise en scène visant à optimiser l'effet placebo ? Les prescripteurs de placebos qui ont une croyance en l'efficacité spécifique de leurs thérapeutiques sont-ils plus ou moins moraux que ceux qui sont conscients de prescrire un placebo ? Ou dit autrement par l'auteur: « Est-il plus moral de tromper sans se tromper que de tromper en se trompant ? ».

Nous avons le devoir d'après le code de déontologie médicale de donner une information « claire, loyale, appropriée » afin que le patient puisse donner un consentement « libre et éclairé » aux soins.

De nombreux auteurs (6) (18) (19) se sont élevés contre la prescription de placebos en raison de la tromperie du patient qu'elle semble nécessiter. La confiance dans la relation médecin-malade est primordiale et pourrait être altérée par ce mensonge.

Un premier élément de réponse semble maintenant faire consensus : une prescription de placebo n'implique pas forcément un mensonge. Tout est question de formulation et de volonté ou non de tromper son patient. Dire à un patient « je vais vous prescrire un médicament miracle » est un mensonge mais par contre lui dire « je vais vous prescrire ce qu'il y a de mieux dans votre cas » n'en est pas un.

Le deuxième élément qui semble primordial est que le seul médicament placebo strictement inattaquable sur le plan moral est finalement le fameux « médecin médicament » que l'on évoquait tout à l'heure. Tout ce qui concourt à améliorer l'environnement de soins, permet au final de potentialiser l'effet de n'importe quelle thérapeutique donnée pour son action spécifique.

En dehors de cette problématique du mensonge et de la tromperie, il est nécessaire de se poser d'autres questions :

➤ En quoi la prescription de placebo n'est-elle pas une solution de facilité par rapport à une non prescription ? Dans une thèse clermontoise (20) que nous évoquerons plus tard, les médecins estiment à 17% le nombre de consultations qui ne nécessiteraient aucunes prescriptions alors que le nombre estimé de consultation qui se soldent effectivement sans

prescription est de 7%. Dans quelle mesure n'entretenons nous pas une réponse médicamenteuse à des problèmes non médicaux, ou qui ne nécessiterait pas de réponse médicamenteuse ? Par exemple pour traiter les troubles du sommeil, il est plus simple et plus rapide de prescrire de l'EUPHYTOSE que de prendre le temps d'utiliser les méthodes pourtant bien éprouvées de thérapie comportementale (agenda du sommeil...)

- ➤ La prescription de placebo chez un patient déjà polymédiqué pose un problème dans la mesure où on prend un risque pour l'observance dans des autres traitements et où on majore la confusion dans des ordonnances déjà bien chargées.
- ➤ A l'inverse, la prescription de placebos peut justement éviter une escalade thérapeutique et éviter des traitements présentant des effets secondaires importants. A la lecture de la revue Prescrire, on constate que de nombreux médicaments peuvent avoir une place en temps que placebo dans ce contexte. Par exemple, Serenoa Repens (alias PERMIXON), n'est pas plus efficace qu'un placebo dans les hypertrophies bénignes de prostate, mais a peu d'effets secondaires. Les auteurs conseillent (21): « Deux options : s'en passer, ou l'utiliser en connaissance de cause chez certains hommes qui demandent un médicament ».

Il n'existe pas de réponses toutes faites à ces questions, adaptables à n'importe quel médecin, n'importe quel patient, n'importe quelle situation de soins. C'est pour cela qu'une réflexion sur le sujet est indispensable au niveau individuel.

### II) <u>Utilisation du placebo et de son effet en médecine</u> générale

Plusieurs études se sont intéressées à l'usage que faisaient les médecins de l'effet placebo en pratique courante.

Une étude a porté sur les pratiques de 600 médecins généralistes et pédiatres suisses du canton de Zurich (22). Les procédures placebo les plus fréquemment utilisée étaient les procédures diagnostiques non essentielles dans l'examen clinique (89%) et les suggestions positives (81%). Suivent les bandages simples pour des contusions (76%), les examens d'imageries non essentielles pour le patient (69%) les placebos impurs (61%). Seulement 7% utilisent les pilules sucrées, et 10% rapportent des injections de sérum physiologique. Un autre élément est intéressant dans cette étude: beaucoup de praticiens présument que leurs patients seraient déçus s'ils étaient amenés à savoir qu'un placebo avait été utilisé intentionnellement. Ce remord est plus prononcé chez les utilisateurs de placebos purs (55%) que chez les utilisateurs de placebos impurs (22%). Les auteurs suggèrent que l'utilisation de placebos impurs est plus facile à justifier, l'argument étant que les placebos utilisés ont une chance même infime d'avoir un effet pharmacologique propre, bien que cet effet ne soit pas démontré. Les auteurs font également l'hypothèse que les placebos impurs sont peut-être plus efficaces que les placebos purs car le conditionnement du médicament peut aider dans la suggestion positive. Le problème dans l'utilisation de ces placebos impurs est bien sûr la survenue possible d'effets secondaires.

Une étude sur des médecins américains rhumatologues et internistes (23) montre un taux de médecins prescripteurs de placebos « impurs » moindre, puisque seulement 55% des médecins interrogés disent le faire au moins une fois par an.

Les médecins français pourraient être plus enclins à la prescription de placebo si on en croit une étude réalisée dans le cadre d'un travail de thèse portant sur un questionnaire envoyé à 600 médecins de la région de Clermont-Ferrand (20). Dans cette étude, 77% des médecins affirment utiliser sciemment dans leur pratique courante des placebos impurs et ils estiment en moyenne à 25% la part de médicaments placebos impurs dans leurs ordonnances !

Mais les connaissances sur le placebo et son effet sont-elles suffisantes chez les médecins généralistes ? La même étude met en évidence plusieurs éléments :

- Alors que les médecins pensent à 99,5% que l'effet placebo existe chez l'adulte, ils ne sont plus que 64% à croire que cet effet existe chez l'enfant. Effectivement, bien que peu d'études s'intéressent à cette question, mais les quelques données disponibles attestent de l'existence de l'effet placebo chez les enfants. Le mécanisme exact de fonctionnement du placebo dans ce contexte (conditionnement de l'enfant, ou action sur les parents ?) est encore à définir.
- ➤ Les médecins généralistes ne sont finalement que 30% à répondre que le profil des placebo-répondeur n'est pas lié au sexe ou à un profil psychopathologique particulier ou à un niveau socioprofessionnel particulier.
- Alors que les médecins généralistes admettent à 90 % que les Troubles Fonctionnels Intestinaux sont accessibles à un effet placebo, ils ne sont plus que 13 % à le penser pour l'hypertension artérielle, 6% pour la fièvre et 5% pour le diabète. Comme s'il existait une réticence à croire en l'existence de l'effet placebo dès lors qu'il existait des signes objectifs cliniques ou para-clinique.

Donc en pratique les médecins prescrivent pour la plupart des placebos, plutôt impurs, mais ne connaissent pas parfaitement l'effet placebo.

On remarque également que ces études sur la prescription de placebo s'intéressent à la prescription de placebos purs ou impurs, ou à des procédures ou rituels ayant une action placebo, mais ne portent pas sur les moyens de renforcer l'effet placebo dans n'importe quelle thérapeutique active.

# III) Enseignement de l'utilisation de l'effet placebo lors des stages ambulatoires

J-L Rouy le fait remarquer dans la revue Exercer (24) : « la fonction thérapeute du médecin comporte un « quoi prescrire » et un « comment prescrire ». C'est dans ce « comment » que se situe le placebo. Or cette fonction thérapeutique déborde très largement la rédaction d'une ordonnance (...). Cet acte de prescription dépend étroitement de tout un contexte relationnel établi, parfois depuis longtemps, entre soignant et soigné. Il est illusoire de vouloir construire un enseignement sur le placebo qui ne tiendrait pas compte de ces facteurs. Illusoire également de se passer d'une réflexion personnelle sur l'acte et la portée de la prescription ».

Pourtant, alors que l'utilisation de l'effet placebo semble être une pratique courante en médecine générale, le sujet semble peu ou pas abordé avec les enseignants cliniciens ambulatoires lors des stages de médecine générale ambulatoire.

Pour apporter un éclairage sur ces questions nous allons nous intéresser à la manière dont se déroulent les stages ambulatoires en médecine générale, ainsi qu'au processus de transmission de savoir dans ce cadre.

L'apprentissage de la médecine générale dans le cadre du troisième cycle a été révolutionné au cours de la dernière décennie par l'apparition des stages de médecine générale ambulatoire. Le stage de premier niveau est structuré en plusieurs phases permettant un meilleur apprentissage pour l'interne. Comme cela est expliqué dans le « Guide pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale » édité par le CNGE, le stage de premier niveau type se déroule en trois phases progressives qui peuvent s'imbriquer entre elles et qui n'ont pas de durée définie par avance :

➤ La première partie est une « phase d'observation active ou le Maître de Stage des Univertsités (MSU) demande à l'interne d'observer ce qui se passe, tant dans la démarche médicale qu'au niveau des relations interpersonnelles qui se jouent sur la scène de la consultation ».

- ➤ Dans une deuxième phase l'enseignant devient observateur à son tour, en direct. C'est le stade de la supervision directe, où l'interne prend le « fauteuil du médecin ».
- ➤ Dans la troisième phase l'interne travaille en solo, en dehors de la présence physique de son MSU. La supervision se fait alors à partir de la situation rapportée par l'interne. C'est le stade de la supervision indirecte.

Le stage de deuxième niveau, alias SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé) est constitué essentiellement par la supervision indirecte.

Maintenant que nous avons détaillé la manière dont se déroulent les stages en médecine générale ambulatoire, il est intéressant de s'attarder sur les études qui ont amené à proposer de tels outils pédagogiques, la pédagogie médicale étant devenue un sujet de recherche important depuis plusieurs années.

Un article de M Chamberland et R Hivon publié dans la revue francophone « Pédagogie médicale » (25) fait une revue de littérature sur les études ayant porté sur l' « enseignant clinicien ».

Elle définit la notion de « modèle de rôle » comme un « médecin qui dans le contexte de son exercice professionnel influence l'apprentissage des étudiants avec lesquels il est en contact », cette influence pouvant être positive ou négative et sa magnitude négligeable ou significative. Elle rappelle que ce modèle de rôle a une influence primordiale chez les étudiants en passe de devenir des professionnels, notamment lorsqu'il s'agit d'aborder des problématiques complexes qui demandent l'intégration de l'ensemble des dimensions des compétences professionnelles.

Dans le contexte des stages ambulatoires en soins primaire, le modèle de rôle est primordial en phase d'observation, mais également dans les phases de supervision directe et indirecte puisque le MSU enseigne à l'interne en fonction de pratiques professionnelles qui lui sont propres.

Il s'agit donc de définir le bon « modèle de rôle », c'est-à-dire celui qui aura une influence positive (conforme aux compétences finales visées) et significative (26) :

- Les **compétences cliniques** sont nécessaires mais non suffisantes. L'enseignant clinicien doit être avant tout un expert clinique. Au centre de cette expertise, on trouve le raisonnement clinique, qui comprend les connaissances, les habiletés cliniques et techniques, la communication et les stratégies métacognitives. La notion de « **stratégie métacognitive** » est particulièrement importante dans le sujet qui nous intéresse. Il s'agit d'une « prise de conscience de ses connaissances et de ses actions, que l'enseignant clinicien doit être capable d'expliciter, d'articuler, d'expliquer, de critiquer voire de corriger et in fine d'être en mesure de rendre visible et accessible à l'apprentissage ».
- Le bon « modèle de rôle » doit également posséder des habiletés d'enseignement ou « **compétences pédagogiques** », qui comportent entre autre la réalisation d'un diagnostic du niveau de compétence et de compréhension de l'étudiant et des décisions pédagogiques adaptées à ce diagnostic et à la situation clinique rencontrée.
- Le bon « modèle de rôle » possède des **qualités personnelles** (compassion, intégrité et honnêteté, enthousiasme pour la pratique de la médecine et son enseignement).
- ➤ Et enfin le bon « modèle de rôle » a **conscience d'agir comme un modèle** et exploite le modèle de rôle comme une opportunité d'enseignement des dimensions de la médecine qui sont moins souvent formellement abordées et explicitées.

Bien sûr il serait illusoire de penser que tous les enseignants cliniciens possèdent l'ensemble de ces qualités. La limite la mieux identifiée du bon « modèle de rôle » est le modèle de rôle type silencieux ou implicite : alors même qu'ils sont interrogés spécifiquement sur la relation médecin patient, les enseignants ont de la difficulté à expliciter leurs actions et leur savoir sous-jacent (27). Les risques sont d'avoir une grande variabilité d'interprétation de la part de l'étudiant, et que cette manière de faire ne permettent ni la réflexion, ni la remise en question, ni la métacognition.

Il nous parait donc essentiel pour la transmission d'un savoir aussi complexe qu'est l'utilisation de l'effet placebo que :

- Les MSU aient conscience de le pratiquer et puisse l'expliciter et l'exprimer (metacognition).

- Les MSU aient conscience d'agir comme un modèle de rôle auprès des internes et utilise l'opportunité de ce modèle de rôle pour transmettre ce savoir.

Est-ce le cas en pratique ?

Des obstacles à la transmission de savoir, spécifiques à la médecine générale ont également été décrits lors d'une étude qualitative auprès de MSU (28) : la rencontre tardive entre MSU et internes (presque pas avant le troisième cycle) peut entraîner une frustration chez certains MSU et une incompréhension entre l'apprenant (en quelque sorte formé par l'hôpital) et l'enseignant. De même, l'implication pour la médecine générale est rapidement jugée par le MSU. S'il ne ressent pas un véritable attrait, il peut devenir difficile de créer des temps de supervision intéressant et des difficultés relationnelles peuvent survenir.

#### IV) Synthèse des données bibliographiques

Il n'y a pas dans la littérature d'article traitant spécifiquement des freins à l'enseignement de l'effet placebo et notamment dans le contexte des stages de médecine générale ambulatoire. Suite à notre travail de bibliographie, nous pouvons évoquer plusieurs pistes concernant la nature de ces freins :

- ➤ L'effet placebo a fait l'objet de nombreuses études afin d'étudier ses mécanismes et les facteurs qui l'influencent. Ces notions ne sont probablement pas maîtrisées par les MSU. Effectivement, la littérature met en évidence que les médecins généralistes utilisent régulièrement l'effet placebo dans le contexte des soins, mais que leur connaissance à ce sujet n'est pas optimale,
- L'utilisation de l'effet placebo en thérapeutique soulève des problèmes éthiques qui peuvent constituer un frein à son enseignement,
- ➤ L'utilisation de l'effet placebo en thérapeutique fait appel à des notions complexes, qui sont de l'ordre du « comment prescrire ». Son enseignement nécessite des enseignants cliniciens ambulatoires ayant un recul sur leurs pratiques professionnelles et étant conscients d'agir comme un « modèle de rôle » par rapport aux internes.

## MATERIELS ET METHODES

L'objectif de cette étude était d'explorer les freins potentiels à la transmission de savoir concernant l'effet placebo aux internes de médecine générale dans le contexte des stages de médecine générale ambulatoire.

#### 1) Méthodologie de la recherche bibliographique

Nous avons axé les recherches bibliographiques sur trois thèmes : nous avons utilisé plusieurs outils : l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale en ligne ,les catalogues Rugbis et Sudoc, et les bases de données Pubmed, Cismef et BDSP :

- Concernant l'effet placebo, nous avons utilisé les mots-clés « effet placebo », « médicament placebo », « placebo douleur », « placebo effects », et « placebo treatments »,
- Concernant l'utilisation de l'effet placebo en médecine générale, nous avons utilisé les mots « placebo médecine générale », « placebo intervention primary care providers » et « placebo intervention general practice »
- Concernant l'enseignement lors des stages en médecine générale ambulatoire, nous avons utilisé les mots « enseignement médecine générale », « stage médecine générale », « apprentissage médecine générale », « compagnonnage médecine générale » et « SASPAS ».

### 2) Type d'étude

Nous avons choisi d'utiliser une méthode qualitative à usage exploratoire pour répondre à cette question de recherche. Effectivement, il n'existe pas d'étude explorant spécifiquement ce sujet. Cette méthode nous permettra de rechercher des freins qui n'ont pas encore été évoqués à l'issue de notre bibliographie et de notre réflexion, et d'explorer les processus qui sont à l'origine de ces freins. Nous avons utilisé une enquête par entretiens individuels auprès des MSU.

#### 3) Conception de l'enquête

Nous nous sommes principalement aidées pour ce faire de l'ouvrage d'Alain Blanchet et Anne Gotman « L'enquête et ses méthodes : l'entretien » (27).

#### a) Population et corpus

- ➤ Population : la population que nous souhaitions étudier était celle des enseignants cliniciens ambulatoires (MSU) de médecine générale accueillant des internes en stage de premier niveau et/ou en SASPAS.
- Constitution du corpus : par commodité nous avons limité notre population aux MSU dépendant de la faculté de Grenoble. Le corpus nécessaire à la réalisation d'une enquête par entretien est d'une manière générale de taille plus réduite que celle d'une enquête par questionnaire, une seule information donnée lors d'un entretien pouvant avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans un questionnaire. Nous sommes parties dans l'idée de réaliser une quinzaine d'entretiens, ce nombre étant à réévaluer en cours d'enquête en fonction de la saturation ou non des données.
- ➤ Modalité du recrutement : il ne s'agit pas dans une enquête qualitative d'obtenir une représentativité statistique, mais bien d'obtenir le plus d'informations possibles en diversifiant le corpus afin de maximiser les chances d'apparition d'idées nouvelles. Suivant ce principe, il est souhaitable de diversifier au maximum le recrutement en interrogeant des MSU avec des diversités de pratiques, d'ancienneté, de lieux d'exercice (ville/campagne)...

#### b) Mode d'accès aux interviewés

Nous avons utilisé:

➤ Un mode d'accès direct : nous avons envoyé par mail une lettre à tous les médecins généralistes enseignants qui travaillent dans les environs de Grenoble (en utilisant la liste des médecins généralistes enseignants fournie par la faculté, soit soixante-quatorze médecins) en leur disant que nous les solliciterions plus tard pour participer à notre étude. Nous avons décidé d'interroger les médecins qui nous répondraient spontanément favorablement. Puis

nous avons recruté certains médecins complètement au hasard, en leur envoyant un deuxième mail cette fois-ci personnel puis en les relançant si nécessaire par téléphone,

➤ Un mode d'accès indirect : nous avons recruté des MSU de notre connaissance (d'anciens maîtres de stage, des personnes connues à d'autres occasions). Ces MSU avaient malgré tout préalablement reçu le mail envoyé à tous les MSU, ils ont également été relancés secondairement. Les avantages de ce mode de recrutement sont d'augmenter la chance d'acceptation de l'entretien et de ses modalités, et de maximiser la diversification de l'échantillon par la connaissance que nous avons de ces personnes.

Ce premier mail que nous avons envoyé (Annexe 1) contenait les informations suivantes :

- L'enquête traite de la manière dont est enseigné l'effet placebo et son utilisation en thérapeutique dans le contexte des stages de médecine générale ambulatoire. Nous n'avons pas précisé que nous recherchions des freins à cet enseignement,
- L'entretien est de préférence enregistré pour que les données soient correctement traitées,
- Les données de l'entretien seront rendues anonymes,
- L'entretien nécessite de se libérer environ 3/4 d'heure.

#### c) Plan de l'entretien

#### ➤ Guide d'entretien

S'agissant d'une enquête exploratoire, il convient de mener des entretiens « peu structurés », avec des questions « ouvertes ». Le guide d'entretien que nous avons élaboré et amélioré au cours des entretiens est disponible en annexe (Annexe 2).

#### Stratégies d'intervention

Les types d'interventions visant à relancer le discours de l'interviewé ont été formalisées en amont des entretiens en fonction des types de discours attendus, puis complétées suite aux entretiens exploratoires que nous avons réalisés.

#### 4) Réalisation des entretiens

#### a) Paramètres de la situation d'entretien

- ➤ Programmation temporelle : l'heure et la date de l'entretien sont choisis pour maximiser la disponibilité de l'interviewé : nous avons demandé aux MSU de décider du moment dédié à l'entretien.
- ➤ Choix du lieu : le lieu d'un entretien influence le discours de l'interviewé : nous avons donc décidé de réaliser les entretiens sur le lieu de travail des MSU, c'est-à-dire à leur cabinet médical, afin d'obtenir les réponses les plus professionnelles, soutenues et élaborées possibles.

#### > Choix des acteurs :

- *L'intervieweur*: nous avons décidé de conduire nous-mêmes les entretiens : comme nous avions réfléchi et enquêté longuement sur le thème de l'enseignement de l'effet placebo, il nous a semblé que nous étions les mieux placées pour assumer le rôle d'intervieweur,
- *L'interviewé*: chacune de nous a interrogé des MSU qu'elle connaissait peu ou pas car nous pensions qu'une proximité introduirait un biais dû à la non neutralité entre intervieweur et interviewé

#### b) Cadre contractuel de la communication

Au début de chaque entretien, nous avons réalisé une introduction sous forme de présentation « power point » : l'objectif était de présenter le sujet de notre thèse, de rappeler des définitions, et la confidentialité des entretiens. Là encore nous avons informé les MSU que notre question de recherche portait sur l'enseignement de l'EP. Nous n'avons pas abordé la question des freins, car nous pensions que des processus inconscients en étaient à l'origine, et nous souhaitions ainsi obtenir des réponses spontanées, non réfléchies, se révélant à l'analyse du discours.

#### c) Les modes d'intervention

L'objectif de l'intervieweur est de favoriser la production d'un discours et de faire ressortir un maximum d'idées sur le thème de la recherche. Nous avons réfléchi, avant les interviews, aux stratégies d'intervention et d'écoute que nous souhaitions utiliser :

- > Stratégies d'écoute : le discours de l'interviewé, pour être interprétable, doit répondre à un système cohérent d'interrogations. L'écoute de l'intervieweur, qui se traduit par ses interventions, permet de guider et de structurer l'entretien,
- > Stratégies d'intervention : les interventions sont destinées à favoriser la production de discours ; nous avons utilisé la relance par réitération, la déclaration, l'interrogation.

### 5) Méthode d'analyse des données

Les entretiens doivent être retranscrits de manière intégrale, sans reformulation. Des didascalies (notes donnant des informations, notamment sur le comportement des interviewés, par exemple des rires) peuvent être introduites pour aider à la compréhension. Le résultat de cette retranscription est appelé « verbatim » (Annexe 3).

Nous avons décidé de réaliser une analyse thématique du verbatim. Pour cela les entretiens doivent être lus un à un, puis une grille d'analyse est établie à partir des thèmes identifiés à la lecture des entretiens ; ces thèmes sont hiérarchisés en thèmes principaux et secondaires. Une fois la grille formalisée, les éléments du verbatim s'y rapportant doivent être découpés puis classés. Ce travail doit être effectué séparément par les deux enquêteurs puis mis en commun, pour une objectivité maximale.

## **RESULTATS**

### I) <u>Données générales sur la réalisation de l'étude</u>

#### a) Recrutement du corpus

Dans les suites de notre premier mail envoyé à l'ensemble des MSU, trois nous ont spontanément répondu favorablement. Un autre MSU a répondu à ce mail pour nous dire qu'il refusait de participer, par manque de temps. Rappelons le, ce premier mail ne demandait pas une réponse immédiate, mais informait que le MSU serait peut-être contacté ultérieurement pour participer à notre étude. Nous avons interrogé ces quatre MSU.

Par la suite, nous avons principalement effectué un recrutement direct, en sollicitant les MSU au hasard dans la liste : sept MSU nous ont répondu favorablement, nous les avons interrogés ; deux MSU ont refusé, là aussi en mentionnant un manque de temps ; trois n'ont pas donné suite à des mails de relance et des messages laissés à leur secrétariat. Il s'agissait de trois médecins exerçant en semi rural. Nous avons également recruté deux MSU de manière indirecte, car nous connaissions leur profil et qu'il nous semblait intéressant de les inclure dans l'étude.

Caractéristiques du corpus : nous avons réalisé douze entretiens, avant d'arriver à une saturation des données. Parmi les douze médecins interrogés, on compte six femmes et six hommes. Neuf d'entre eux exercent en ville, deux en semi-rural et un seul en zone rurale. Leur âge varie environ ente 40 et 60 ans. Il s'agit là d'une estimation car c'est une donnée que nous n'avons pas recueillie.

#### b) Réalisation des entretiens

Tous les participants ont accepté d'être enregistrés. Nous avons réalisé tous les entretiens au cabinet des MSU, sauf un, qui a été fait à la faculté de médecine, par commodité. La durée moyenne des entretiens a été de 25 minutes, et a varié de 17 minutes pour le plus court à 40 minutes pour le plus long.

#### c) La retranscription des entretiens

Chaque entretien a été retranscrit littéralement, sans reformulation.

#### d) Analyse des entretiens

Nous avons réalisé l'analyse thématique séparément puis avons mis notre travail en commun au moment de la réalisation de la grille d'analyse.

### II) Analyse thématique

#### 1) Freins liés à l'enseignant

#### a) Manque de connaissances

Certains MSU ont évoqué spontanément le **manque de connaissances théoriques** sur l'effet placebo comme étant un frein à son enseignement. Il n'est pas enseigné lors de la formation initiale, ni en formation continue. Pour certains, le mot « placebo » renvoie à la recherche clinique, et son utilisation dans un contexte thérapeutique n'est pas évident au premier abord.

Pour d'autres, le mot « placebo » revêt une **connotation négative liée à un mauvais usage** fait du placebo au cours des stages d'interne du MSU :

Entretien 12 : « J'ai vu quand on était à l'hôpital... l'effet placebo, c'était « je donne la pilule à l'hystérique de la chambre machin, quoi » donc voilà y avait pas d'explication : c'est une emmerdeuse – parce qu'en général, c'est une fille-, et on lui file son cachet placebo, et elle va arrêter de... en fait, ça avait plutôt une image assez négative »

De la même manière, la présentation que nous avons faite au début des entretiens a permis de révéler des **notions jusque-là mal maitrisées** chez certains MSU, notamment la notion de placebo « impur ». La prescription de médicament placebo évoque pour certains MSU une ordonnance de gélules vides, les placebos se résumant ainsi aux placebos « purs ».

Ce manque de connaissance théorique est également palpable à travers des réponses faites par les MSU. Certains associent systématiquement la prescription de médicaments placebos à la pathologie bénigne, l'exemple fréquemment donné étant celui de la rhinopharyngite aigue.

#### b) Manque de recul par rapport à sa propre pratique

Certains MSU interrogés ont une **pratique non consciente** de l'effet placebo en thérapeutique, un MSU la qualifie d'ailleurs d' « instinctive » ou « intuitive» (entretien 4). Ils se reconnaissent volontiers dans la description que nous leur faisons de l'utilisation de médicaments ou de procédures placebo mais ne l'avaient pas envisagé comme tel spontanément. L'entretien peut même être l'occasion d'une prise de conscience.

Probable conséquence de cette pratique partiellement consciente de l'EP, les MSU utilisent d'autres termes que celui d' « effet placebo » pour expliquer certaines situations cliniques à l'interne. Voici quelques exemples de périphrases citées par les MSU : « c'est pour rassurer le patient », « ça mange pas de pain », « ça peut l'améliorer (sous entendu « le patient)», « on fait comme ça, parce qu'on ne sait pas quoi faire d'autre »(entretien 5), « il n'y avait pas forcement un intérêt à ce type de traitement, mais dans l'accompagnement, ça permet d'apporter quelque chose » (entretien 7). Le stade de la verbalisation nécessaire à la pleine conscience de ses actes ne semble pas franchi, comme nous le dit un MSU :

Entretien 5 : « Je suis pas sûr qu'on prescrive une molécule en se disant : « c'est un placebo », mais plus « je prescris ça parce que j'ai l'habitude de le prescrire », en sachant qu'il n'y a pas d'étude sur ce produit-là... il n'y a rien de prouvé... »

Certains MSU évoquent un **doute quant à l'efficacité spécifique des placebos impurs**. Devant l'absence (supposée?) d'études comparatives, le doute profite au médicament placebo impur, qui peut être qualifié de « médicament d'action douce ». Ces MSU constatent l'efficacité de ces traitements dans leur pratique mais ils ne savent pas s'il s'agit d'un effet spécifique ou non spécifique.

Entretien 1 : « J'utilise aussi assez souvent, des médicaments à base de plantes pour heuuu... SPASMINE, EUPHYTOSE, des choses comme ça, comme anxiolytique, je sais pas exactement quel est le rôle médicamenteux du produit que j'utilise, (...) dans ces cas-là, on va jamais dire « c'est un placebo », parce que moi-même je sais pas exactement si c'est vraiment un placebo, ou si c'est un médicament d'action douce... »

Ce flou serait même utile pour que persiste l'efficacité de l'EP. Le décryptage et la verbalisation auprès de l'interne implique une prise de conscience de sa propre pratique qui peut diminuer l'effet placebo. Un MSU nous explique l'intérêt de ne pas connaître la réelle efficacité des placebos impurs :

Entretien 3 : « ... C'est ça un peu une grosse partie de notre effet thérapeutique. C'est qu'on donne des placebos sans le savoir, jusqu'à ce qu'ils soient réévalués et qu'on montre qu'un anti-spasmodique fait 5% ou10% de mieux que le placebo. Et la conviction qu'a le médecin dans la façon dont il donne son produit est un des grands atouts. C'est d'ailleurs pour ça que quand je prescris de l'homéopathie, ça a très peu d'effet positif alors qu'un bon homéopathe va avoir un effet beaucoup plus puissant tout en prescrivant la même molécule (ou la même absence de molécule) que celle que j'aurais prescrite »

## c) Les MSU ont appris à manier l'EP avec l'expérience, ils reproduisent ce mode d'apprentissage avec l'interne

Les MSU ont eux-mêmes appris à manier l'effet placebo par l'observation de situations cliniques au cours de leurs études puis de leur exercice, autrement dit, par l'**expérience**.

Entretien 7 : « c'est quelques chose qui nous a peut-être manqué, beaucoup, et on a dû développer peutêtre cette sensibilité-là plus sur le terrain quoi, sur le terrain de stages hospitaliers et des stages ambulatoires. Voilà, je pense du coup qu'on a tendance à faire appel à sa propre expérience »

Certains reproduisent ce mode de transmission de savoir avec leur interne en ayant l'impression que l'utilisation de l'EP transparait dans leur propre pratique et qu'il n'est donc pas nécessaire de l'expliciter à l'interne pour qu'il le comprenne.

Entretien 2 : « Je pense qu'il le... comment je dirais... ça transparait un peu dans mes relations... auxquelles il assiste... et puis... je pense qu'il apprend lui-même à l'utiliser, c'est un peu inné, je pense de toute façon... »

Entretien 3 : « En fait, je ne me suis pas posé, avant que vous me la posiez, la question de la façon dont je l'enseignais, c'est quelque que chose qui fait partie, comme monsieur Jourdain, qui fait de la prose sans le savoir, ça fait partie des choses qui vont être enseignées... »

Un des MSU nous dit même que l'utilisation de l'EP est de l'ordre du « bon sens médical », et qui donc « vient naturellement » (entretien 4).

# d) Problèmes éthiques liés à l'utilisation de l'EP et à son enseignement

Plusieurs problèmes éthiques ont été soulevés par les MSU, et peuvent constituer des freins à l'enseignement de l'EP. Nous en avons relevé trois :

- ➤ Tout d'abord, **l'impression de tromperie** du patient liée à la prescription de placebo, semble être **majorée par sa verbalisation** au cours du processus de transmission du savoir à l'interne, ce qui pousse finalement à en dire le moins possible (entretien 2).
- ➤ D'autre part certains MSU pensent aller à l'encontre de la médecine basée sur les preuves (EBM pour Evidence Based Medecine) en enseignant l'effet placebo. Le fait qu'un MSU place spontanément l'EBM et la science en opposition avec notre sujet de thèse est révélateur :

Entretien 7 : « Alors c'est vrai qu'on est très, au sein du cabinet portés sur- bon ça ne va pas forcément avec votre sujet- sur l'Evidence Based Medecine, donc on essaie d'avoir une thérapeutique et une conduite thérapeutique dans le sens « mise en place d'un accompagnement, d'examens et de thérapeutiques » assez proche de ce que la science nous apporte » , puis « ... dans le cadre de la supervision, on dira à l'interne qu'on a fait quelque chose qui n'est pas foncièrement proche de l'EBM, mais qui est peut-être plus dans l'effet placebo »

Les MSU veulent apprendre à l'interne la prescription de molécules qui auront un effet plus important qu'un placebo. Le terme « placebo » est donc employé « en négatif » « en creux », ou « en inversé » (entretien 3), c'est-à-dire avec une **connotation négative** par rapport à aux molécules « actives » qu'on cherche dans le cadre de l'EBM. Un des MSU nous explique que « de toute façon, les internes, on essaie de leur apprendre à utiliser des molécules pertinentes, et qui vont avoir de l'efficacité » (entretien 3), en opposition donc aux médicaments placebo (qui du coup ne paraissent ni pertinents, ni efficaces).

Nous avons eu l'impression en interrogeant un MSU que sa gène d'être peut-être en dehors de l'EBM était majorée car il enseigne dans une **UPL où tous les MSU accordent une importance particulière à l'EBM**. (entretien 7). L'EBM semblait même être le socle commun de leur enseignement ; ils avaient en dehors de cela trois façons distinctes d'exercer. On comprend dans ce contexte sa réticence à enseigner des notions qui lui paraissent à première vue « hors EBM ».

Pour ce MSU il semble important de lever son incertitude quant à la conformité de l'EP avec l'EBM pour mieux l'intégrer dans son enseignement. Ainsi **l'absence de formalisation** d'une pratique qui se fait de manière empirique constitue un frein à son enseignement.

Entretien 7 : « On sait pas foncièrement à mon sens si ça repose sur des choses bien scientifiques, quoi, et le fait qu'on puisse apporter un certain enseignement dans ce sens là, ça permet de se reposer plus sur certaines certitudes, plutôt que de partir un petit peu sur des données subjectives, voilà. »

➤ Autre frein ayant trait à l'éthique, certains MSU ont clairement exprimé qu'ils considéraient la prescription de placebos impurs comme un **échec**. Il s'agit d'un échec de la relation médecin patient et d'un échec par rapport à la volonté de non prescription médicamenteuse.

Entretien 11 : « Ça m'arrive, en ce qui concerne les deux premiers (placebos purs et impurs) de moins en moins au fur et à mesure que j'avance dans mon exercice professionnel, parce que je pense que c'est quelque part un aveu d'échec, de prescrire un placebo, d'échec de la relation... (...) un échec du médecin, qui peut tout simplement ne pas avoir le temps... et un échec de la relation... des fois on le fait, je le fais des fois comme tout le monde, mais plus le temps avance, moins je le fais. »

Un MSU (entretien 11) préfère apprendre à ses patients à mobiliser des « ressources personnelles», à rechercher en eux la solution à leurs troubles pour ne plus avoir besoin d'une solution extérieure, ne pas « dépendre d'un praticien ou d'un cachet ».

La prescription de placebos impurs peut ainsi être utilisée pour couper cours à des explications trop longues.

Entretien 12 : « je le fais quand même, et là, c'est vraiment pour lui faire plaisir, parce que je me dis que, de toute façon, je vais user dix litres de salive, et trois heures de mon temps, et que j'irais plus vite en faisant la prescription »

#### e) Difficultés rencontrées par les MSU dans leur rôle d'enseignant

Dans le discours des MSU transparaissent des difficultés directement liées à leur rôle d'enseignant. Elles sont de 3 types :

- ➤ Tout d'abord la transmission de savoir est **parfois dépendante des affinités avec** l'interne. Un MSU exprime particulièrement son besoin d'être « sur la même longueur d'onde » avec l'interne pour avoir des temps de supervision indirecte « harmonieux ». (entretien 5)
- > Certains MSU ne voient pas l'intérêt d'enseigner l'EP aux internes qui ne se destinent pas à la médecine générale ambulatoire.

Certains MSU considèrent que l'EP est essentiellement pratiqué par les médecins généralistes. De ce fait ils supposent que les internes se destinant à autre chose que la médecine générale ambulatoire ne se sentiraient pas concernés par ces problématiques, et n'auraient pas bénéfice à les aborder.

Entretien 6 : « on sait pas l'impact et vraiment ce que recherche l'interne, donc on peut pas savoir comment... La dernière *(interne)*, ça marche bien parce qu'elle est réellement motivée par la médecine générale libérale, donc elle est très attentive. Les autres, on les sentait pas très motivées par s'installer. Donc vous pouvez bien leur raconter plein de trucs, si ça leur passe au-dessus de la tête... elles semblent à peu près convaincues mais elles vont pas l'utiliser, donc elles s'en servent pas. »

Notons que cet avis n'est pas partagé par tous les MSU, certains nous citent des exemples de situations hospitalières où l'EP était utilisé.

➤ Enfin, la fonction **d'enseignant n'est peut-être pas investie totalement** par certains MSU. Nous prendrons pour illustrer cela un quiproquo avec 1'un des MSU qui, lorsqu'on lui pose une question sur les « enseignants » comprend que l'on parle des professeurs hospitaliers (entretien 9).

#### 2) Freins liés à l'interne

Nous allons aborder dans cette partie les freins à l'enseignement de l'EP liés aux internes, en notant tout de même qu'il s'agit bien de l'avis des MSU et non des internes.

## a) Les internes ne posent pas de questions sur l'effet placebo aux MSU

Plusieurs MSU nous disent que les internes ne leur posent pas de question sur l'utilisation de l'EP. Les causes de cette absence de questionnement ne sont pas abordées, mais cela n'incite pas les MSU à enseigner ces notions.

#### b) Le profil de certains internes est jugé problématique

Plusieurs MSU nous ont parlé d'un **profil trop** « **hospitalier** » de certains internes qui serait un frein à l'apprentissage de l'EP. Ces internes ne seraient pas réceptifs ou sensibilisés aux notions qui doivent être comprises dans le cadre de l'utilisation de l'EP: «(*l'*) accompagnement du malade, (*l'*) écoute » (entretien 6). Pour d'autres MSU, ce sont les situations cliniques propres à la médecine générale où l'effet placebo est fréquemment utilisé qui n'intéresseraient pas ces internes. Ce profil dit « hospitalier » concerne à la fois les jeunes internes qui « viennent de l'hôpital » (entretien 9) donc qui vont potentiellement se plaire en médecine générale, et ceux qui « ne sont pas du tout intéressés par la médecine générale » (entretien 6) ou qui « vont rester dans le giron de l'hôpital » (entretien 8)

D'autres MSU évoquent un **profil trop** « **technicien** » de certains internes. L'effet placebo ne peut être compris que si on « s'intéresse aux gens » (entretien 9), ce qui n'est pas le cas de ces internes qui « se contentent de la technique » (entretien 10). Un MSU explique cela par le mode de recrutement des étudiants en médecine :

Entretien 10 : « C'est tout le problème de la communication en médecine : on recrute d'excellents scientifiques, parce que vous avez un niveau qui est au-dessus du panier... mais en revanche au niveau communication, y' a pas de sélection »

c) Impression de la part des MSU que la nouvelle génération d'internes a été sensibilisée à des problématiques qui iraient à l'encontre de l'utilisation de l'effet placebo

Ces problématiques sont de deux ordres :

➤ D'une part les internes sont incités à enlever des ordonnances les médicaments qui n'ont pas fait leurs preuves ou comme le dit un MSU « les médicaments qui théoriquement ne servent à rien » (entretien 5). Certains MSU le déplorent. L'un d'entre eux nous explique que l'absence de traitement ou de rituels est source d'angoisse pour le patient:

Entretien 3 : les homéopathes vont faire beaucoup mieux que nous, en disant : « vous donnez toutes les trois heures deux granules de *Camomilla 4CH* le matin et le soir trois gouttes de *teinture mère de poudre de perlinpinpin* et cætera... » dans cette démarche là, en apportant (...) un certain nombre de contraintes pour la mère, qui va avoir à respecter ses horaires, ne pas se mélanger dans ses granules, on va lui donner l'impression qu'elle fait le maximum pour son enfant, (...) On demande à l'heure actuelle aux mamans d'assumer le fait que ça peut évoluer vers une guérison spontanée, que ça n'est pas grave et qu'il faut le tolérer...»

Un autre MSU pense que la volonté des internes d'épurer les ordonnances des patients âgés afin de limiter la poly-médication peut aller contre l'intérêt des patients :

Entretien 5 : « Moi je l'ai vu par des remplaçants ou des internes qui étaient très formatés... par exemple : « il faut pas polymédiquer une personne âgée ». (...) Bon on est d'accord qu'il faut éviter de polymédiquer, mais moi, ça m'est arrivé de récupérer des patients qui ont des traitements... cardiologue, machin, et cætera... ils ont pleins de traitements, mais ils ont ça depuis des années... donc est-ce qu'aujourd'hui, je commence à tirer dans le tas et à tout enlever alors que la personne va bien ? (...) Moi j'ai vu des internes qui, effectivement, par ce formatage, se disent « faut éviter, c'est marqué, on ne doit pas garder tant de traitements chez une personne d'un certain âge! », ils n'avaient qu'une volonté, finalement, c'était de supprimer des trucs, sans se demander à quoi ça sert. La personne elle prend ça depuis 10 ans... »

Les internes seraient influencés par leur formation en services hospitaliers, où on leur aurait appris à prescrire le moins possible. Sur ce sujet ils ne se remettent pas en question.

Entretien 3 : «En fait beaucoup d'internes qui sont passés ici par exemple, sont passés en pédiatrie, et se posent pas de question. C'est-à-dire qu'en pédiatrie on a dit : « on donne rien, point. (...) Donc il est acquis que c'est quelque chose qui ne se traite pas, et que ça ne va pas être nécessaire »

La peur des effets secondaires de placebos impurs serait même démesurée : « on est vraiment dans un discours : si on lui donne un peu de CARBOCYSTEINE : « vous allez le noyer dans la nuit »... », nous dit un MSU ayant prescrit dans sa carrière des « hectolitres d'acétylcystéine » (entretien 3).

➤ D'autre part les internes seraient plus sensibilisés que les MSU aux économies de santé et auraient tendance à prescrire moins.

Entretien 5 : « je m'aperçois que les internes - je ne dis pas qu'on l'est pas, nous...- ils sont assez formatés... vous, votre internat, vous avez toujours vécu avec les économies de santé, donc quand vous finissez vos études, vous êtes un peu calés là-dessus (...) Il y a le matraquage : « attention ça coûte cher, attention ça coûte cher... » et quand ça coûte cher, et bien on ne prescrit plus, on fait plus rien quoi... »

# d) Réfléchir sur l'utilisation de l'effet placebo en thérapeutique nécessiterait une certaine maturité de la part de l'interne

De ce fait les internes en fin de cursus seraient plus à même de comprendre ces notions.

Entretien 3 : « Je pense qu'une réflexion est possible. Mais située assez haut dans le cursus, car les jeunes étudiants n'ont pas conscience... surévaluent ou survalorisent l'efficacité de la thérapeutique, très souvent »

### 3) L'enseignement de l'effet placebo ne serait pas une priorité

Plusieurs MSU ont remis en cause l'intérêt de l'enseignement de l'effet placebo.

#### a) D'autres priorités dans l'enseignement

Tout d'abord, les MSU pensent que certaines compétences ayant trait à la médecine générale sont **plus urgentes à acquérir**. Les exemples donnés sont de l'ordre des savoirs faires « basiques » comme par exemple la rédaction d'ordonnance concernant des médicaments fréquemment utilisés (Entretien 9 : « …les ordonnances et sur l'AMOXICILLINE, le PARACETAMOL, les AINS, les antidouleurs… »). L'autre exemple donné est celui des compétences

administratives dont l'apprentissage ne peut pas attendre compte-tenu des conséquences financières pour le patient.

Entretien 9 : « ... y'a tout ce qui est aussi médico-social, les papiers à faire, le dossier d'APA pour le grand-père, le dossier cotorep pour ci pour là, le « ah oui, j'ai pas fait l'ALD », (...) On règle le côté administratif très vite, parce que ici pour les gens, c'est de l'argent, hein, c'est des indemnités, c'est des trucs comme ça, et vu la population qu'il y a ici... on va pas les laisser un demi mois sans indemnités journalières. »

Le **manque de temps** est évoqué comme étant un frein à la transmission de l'EP, et cela pour deux raisons. Tout d'abord parce que lorsque le MSU est surchargé de travail, le temps de supervision avec l'interne est réduit et la priorité revient aux notions plus urgentes à acquérir que nous venons de détailler. Ensuite, dans ces moments de travail intensif, l'introspection et le travail de réflexion sur les pratiques ne se fait pas en direct, le MSU ne peut donc pas aborder le sujet avec l'interne le jour même.

Entretien 9 : « Non après c'est une question plus de... de routine un peu. Quand il y a des journées, où on voit, je sais pas 20-25 personnes, on a un peu plus le temps, des journées où on en voit 40... on est pressé que la salle d'attente se vide, et puis, malheureusement, je dirais, on est tous des êtres humains, on va un peu plus vite. Donc du coup, cette dimension-là, c'est celle qui passe la plus à l'as. C'est dommage, mais enfin bon il faut bien reconnaître qu'en pratique ça se passe comme ça. »

Un des MSU déplore que la communication ne soit pas suffisamment au centre des études médicales (il ne réduit pas cela au seul internat de médecine générale) :

Entretien 10 : « je suis à la fois en colère, désolé, et je ne comprends pas que ce *(la communication)* soit pas plus au centre de la formation des médecins... et quand je vois comment communiquent certains hospitaliers... le peu de cheveux que j'ai sur la tête se dressent. C'est affolant... pas tous, loin de là... mais bon. La question n'est pas de répondre toujours oui aux gens, c'est de les aider, et en plus on ne s'épuise pas, c'est là ou je ne comprends pas. »

## b) L'enseignement de l'effet placebo : est-ce vraiment un objectif pédagogique pertinent ?

Certains MSU remettent en question l'intérêt d'enseigner l'effet placebo.

Pour ces médecins, l'« effet médecin » est une notion importante à enseigner, mais il ne s'agit pas d'un effet placebo. Il semble y avoir une divergence dans les définitions,

l' « effet médecin » étant de l'ordre du « relationnel », de la « réassurance » (entretien 3) qui pour eux n'entrent pas dans le cadre du placebo dans la mesure où le support « médicament » n'est pas indispensable.

De même, pour certains, l'effet placebo n'est **pas la meilleure approche pour aborder les notions de communication et de relation médecin patient.** L' « entretien motivationnel » semble être pour un MSU une piste plus intéressante (entretien 10). D'autres évoquent les techniques de communication :

Entretien 3 : « Le fait que les patients sortent en ayant l'impression qu'on a entendu et répondu à leur problème est un point très important. Mais ça va être plus dans les techniques de communication qu'il me semble qu'il y aurait à travailler encore... notamment l'écoute du patient, la reformulation et l'alliance thérapeutique au moment de la prescription, plus qu'au niveau de l'effet placebo »

## **DISCUSSION**

#### 1) Sur la méthodologie

#### **Concernant le choix de la méthode**

La méthode qualitative était la plus adaptée à notre sujet de thèse. En effet il n'existe pas d'étude explorant spécifiquement ce sujet. Cette méthode nous a permis de rechercher des freins qui n'avaient pas encore été évoqués, et d'explorer les processus qui sont à l'origine de ces freins.

Pour recueillir les données, nous aurions pu utiliser la méthode du focus group, qui est une technique d'entretien de groupe. Il a l'avantage de favoriser des interactions entre les intervenants, l'expression et la discussion d'opinions controversées. Son principal inconvénient est le risque de domination de certains participants (leaders d'opinion). C'est pour cela que nous avons préféré la technique de l'entretien individuel, car nous souhaitions évoquer la gêne que pouvait soulever l'utilisation de l'effet placebo, notamment par rapport aux confrères. Nous pensions qu'il était nécessaire de le faire dans un cadre relativement intime. Cependant, la réalisation de focus group aurait peut-être fait émerger des idées différentes.

Nous aurions pu interroger des internes. Mais, notre thèse portant sur l'enseignement, il nous a semblé plus intéressant d'interroger des MSU, qui sont experts en la matière. Notre travail a cependant révélé certains points que l'interview d'internes pourrait éclaircir :

- Les internes ne posent pas de question sur l'EP. Les causes de cette absence de questionnement n'ont pas été abordées par les MSU.
- Il semble exister une incompréhension entre les MSU et certains internes jugés « trop hospitaliers ». Il serait intéressant de recueillir le point de vu des internes sur ce sujet que nous développerons dans la suite de la discussion.

#### > Concernant le recrutement des MSU

Recruter des MSU que nous connaissions (recrutement indirect) pouvait induire un biais dû à la non neutralité entre intervieweur et interviewé. En effet cette proximité peut entrainer une gêne de l'interviewé, une difficulté pour l'intervieweur à structurer l'entretien, mais aussi un biais lors de l'interprétation des résultats. Nous avons tenté de limiter ce phénomène : chacune de nous n'a interrogé que les MSU qu'elle ne connaissait pas, puis le

premier travail d'analyse du verbatim a été effectué séparément. Initialement, nous avions décidé d'utiliser ce mode de recrutement pour maximiser les chances d'acceptation de l'entretien. Mais finalement, nous n'avons pas rencontré de difficulté majeure en sollicitant des MSU au hasard (recrutement direct). L'autre avantage du recrutement indirect était d'intervieweur des MSU dont nous connaissions le profil : cela a certainement été utile pour diversifier un maximum notre corpus. Quoi qu'il en soit, le mode de recrutement indirect n'a concerné que peu du MSU.

Comme nous l'avons déjà expliqué, il n'y a pas dans la constitution d'un corpus pour une enquête qualitative d'exigence de représentativité statistique, nous ne nous en sommes donc pas préoccupées. Par contre, nous aurions certainement eu intérêt à diversifier plus le corpus, en ce qui concerne le mode d'exercice : nous aurions pu interroger plus de MSU exerçant en milieu rural.

#### > Concernant notre rôle d'intervieweur

Nous avons rencontré plusieurs difficultés en temps qu'intervieweur :

- Certains MSU ont cherché à obtenir des informations sur l'effet placebo, ils nous ont posé des questions, renversant ainsi momentanément le rôle intervieweur-interviewé. Cela a pu nous décontenancer.
- Nous avons parfois eu des difficultés à rester neutres dans notre rôle d'intervieweur dans la mesure où les MSU faisaient souvent référence à notre statut de jeune médecin, voire d'interne (et même d'interne hospitalier, alors que ce n'est plus le cas depuis plusieurs années...).

Il est probable qu'un intervieweur non médecin, et non scientifique n'aurait pas rencontré ce problème. Cependant nous n'avions pas à disposition un tel intervieweur. De plus, la relation pair-pair, ou interne-MSU, a certainement eu une influence sur le discours, et sur la production d'idées.

- Nous avons parfois eu des difficultés à recadrer la discussion sur l'enseignement de l'EP, les MSU parlant plus facilement de leur pratique que de l'enseignement.

#### 2) Sur les résultats

#### ➤ L'opposition ville-hôpital

Nous avons été interpellées par la notion d'interne « trop hospitalier » et le problème que cela pose aux MSU qui en font un frein à l'enseignement de l'EP. Une étude citée en introduction (24) montrait déjà que la rencontre tardive entre MSU et internes (presque pas avant le troisième cycle) pouvait entraîner une frustration chez certains MSU et une incompréhension entre l'apprenant (en quelque sorte formé par l'hôpital) et l'enseignant ; cela était source de difficultés relationnelles et de temps de supervision moins intéressants.

Rappelons que les MSU parlent d'internes « trop hospitalier » à la fois pour les jeunes internes qui sortent de l'hôpital et n'ont jamais effectué de stage en médecine générale et pour les internes qui se destinent à un exercice hospitalier.

Il nous semble cependant que la difficulté ressentie par certains MSU à enseigner l'EP aux très jeunes internes est à mettre en lien avec le manque de maturité évoqué par les MSU comme étant un frein. La responsabilité ne revient certainement pas uniquement à l'hôpital et à l'enseignement qui y est dispensé.

Concernant les internes s'orientant vers une pratique hospitalière, nous pensons que tout comme un interne se destinant à la médecine générale ambulatoire s'implique et apprend de ses stages hospitaliers, un interne se destinant à la médecine hospitalière peut de la même manière s'impliquer et apprendre dans son stage de médecine générale ambulatoire. De plus les barrières entre médecine de ville et médecine hospitalière ne sont pas étanches, en témoignent des parcours de médecins exerçant simultanément ou successivement en ambulatoire et à l'hôpital. Enfin, l'effet placebo n'est pas utilisé exclusivement en médecine générale ambulatoire, et son enseignement peut intéresser un interne qui s'oriente vers une pratique hospitalière.

Le terme « trop hospitalier » nous semble révélateur de préjugés négatifs de certains MSU sur la médecine hospitalière. Il est probable qu'à l'avenir les stages de médecine générale ambulatoire en deuxième cycle aident à lever les barrières, les étudiants rencontrant la médecine générale plus précocement dans leur cursus, et les MSU réalisant qu'ils peuvent enseigner à des étudiants qui ne se destinent pas forcément à la médecine générale.

Il serait intéressant de comprendre les origines de ces préjugés négatifs et cela pourrait être l'objet d'une étude. Il serait également possible d'étudier les freins à l'enseignement de l'EP à l'hôpital, qui sont certainement d'un autre ordre.

#### > Difficultés dans la pédagogie

Concernant l'enseignement de l'EP, des MSU ont des difficultés à expliciter leurs actions et leur savoir sous-jacent.

D'une part parce qu'ils ont parfois une pratique non consciente de l'EP. Il s'agit là d'un frein à son enseignement puisque comme nous l'évoquions dans l'introduction, la « stratégie métacognitive », c'est-à-dire la « prise de conscience de ses connaissances et de ses actions, que l'enseignant clinicien doit être capable d'expliciter (...) pour les rendre visibles et accessible à l'apprentissage » est un élément nécessaire à l'enseignement d'une notion complexe. Concernant spécifiquement l'utilisation de l'EP, un autre élément peut expliquer ce manque de prise de conscience : nous avons évoqué des études (10) qui ont montré que les croyances du clinicien influent sur l'efficacité des traitements prescrits. Dans quelle mesure cet élément n'est-t-il pas plus ou moins compris par les MSU qui préfèrent alors rester dans le flou pour que persiste l'EP ?

D'autre part les MSU ont l'impression que l'enseignement de l'EP transparait dans leur propre pratique, qu'il n'est pas nécessaire de nommer l'effet placebo et de l'expliquer pour que les internes en captent l'essentiel et sachent comment l'utiliser. Il s'agit là du classique « modèle de rôle silencieux ou implicite », comme nous l'avons déjà défini (23). Il nous semble qu'il y a là une explication à l'absence de questionnement des internes concernant l'EP, souligné par les MSU : les internes n'ont probablement pas conscience de tout ce qui se joue lors de la consultation, le modèle de rôle implicite ne permettant ni la réflexion sur les pratiques ni la remise en question. Une étude auprès des internes pourrait confirmer cette hypothèse.

Il semble d'ailleurs que certains MSU n'investissent pas totalement leur rôle d'enseignant, puisque la transmission de savoir dépend des affinités avec l'interne, ce qui est compréhensible dans une relation entre pairs mais n'est pas adapté à une relation enseignant-étudiant.

#### > Les problèmes éthiques

Des problèmes éthiques ont été évoqués par les MSU comme étant un frein à l'enseignement de l'EP :

- Tout d'abord, les MSU ont des difficultés à enseigner la pratique de l'EP quand elle leur semble à première vue hors EBM, alors même qu'ils utilisent l'EP dans leur exercice. Nous avons détaillé en introduction les nombreuses études qui ont expliqué l'EP, et l'intègrent à la médecine basée sur les preuves. Nous pensons qu'il est important d'apprendre à décrypter ce qui se fait de manière intuitive lors de la consultation, à le formaliser et à le mettre en lien avec les études publiées sur le sujet, pour lever le doute et l'intégrer dans l'enseignement aux internes au cours des stages de médecine générale ambulatoire.
- La sensation de tromperie du patient est un problème éthique connu qui est frein à la pratique de l'EP. Nous avons découvert que cette sensation de tromperie du patient pourrait être majorée par la verbalisation auprès de l'interne. Quelle en est l'explication? Nous savions déjà (18) que la sensation de tromperie était plus forte lors d'une prescription de placebo pur que lors d'une prescription de placebo impur, l'utilisation de placebos impurs semblant plus facile à justifier: ils ont une chance même infime d'avoir un effet pharmacologique propre, bien que cet effet ne soit pas démontré. Nous avons d'ailleurs constaté ce raisonnement chez certains MSU. Cet élément concourt à ce qu'un flou soit, de façon plus ou moins consciente, maintenu dans les pratiques et, de la même manière, entretenu auprès de l'interne. Tout décryptage peut induire une prise de conscience qui majorerait la sensation de tromperie du patient. Dans tous les cas, comme nous l'évoquions dans notre introduction, la notion qui semble inattaquable d'un point de vu éthique concernant l'EP est la notion de médecin médicament. Tout ce qui concourt à améliorer l'environnement de soins, permet au final de potentialiser l'effet de n'importe quelle thérapeutique donnée pour son action spécifique. Il n'y a donc pas de raison éthique de ne pas en parler à l'interne.
- Des MSU vivent la prescription de placebos impurs comme un échec : un échec de la relation médecin patient et un échec par rapport à la volonté de non prescription médicamenteuse. Est-ce vraiment le cas ?

Un MSU parle de l'importance d'apprendre aux patients à « mobiliser leurs ressources internes », à rechercher en eux la solution à leurs troubles pour ne plus avoir besoin d'une

solution extérieure. On peut discuter le fait qu'un patient qui vient consulter recherche déjà par cet acte une solution extérieure à lui : dans ce cas, en quoi la prescription médicamenteuse est-elle si problématique puisqu'elle peut s'inscrire dans un prolongement du médecin médicament?

Parfois, ne pas prescrire demande beaucoup de temps, et prescrire un placebo impur est une solution de facilité. C'est une façon de gagner du temps en coupant court à de longues explications, au risque d'apporter une réponse médicamenteuse qui n'est pas indispensable. On conforte ainsi le patient dans l'idée qu'il a besoin d'un traitement. Si on s'en tient à cet aspect, il s'agit bien là d'un échec de la relation avec le patient, d'un échec du médecin médicament, et de la volonté de non prescription. Mais tout médecin (et l'interne également) est forcément confronté à un moment ou à un autre de son exercice à ce type de situation. Il est donc pédagogique d'en parler avec l'interne, même s'il s'agit de discuter d'une pratique que l'on ne juge pas idéale.

Par ailleurs, nous avons été gênées par le fait qu'un médecin déplore que les internes soient incités à éliminer des ordonnances tous les médicaments n'ayant pas fait leurs preuves, notamment celle des personnes âgées, habituées à leur traitement. Nous ne sommes pas de cet avis et nous ne voudrions pas que la prescription de placebos impurs soit une excuse à la polymédication, étant donné les risques que cela comporte pour le patient. De la même façon, on ne peut pas reprocher aux internes d'être « trop » sensibilisés aux économies de santé, car il s'agit là d'un enjeu d'importance. La notion de coût de santé doit être prise en compte lors d'une prescription d'un placebo impur ou d'une procédure placebo : il est nécessaire de prescrire avec mesure, de ne pas être systématique dans les prescriptions de placebos impurs ou de procédure placebo, et d'apprendre cela à l'interne.

#### L'enseignement de l'effet placebo est-il une priorité ?

Des MSU pensent que les internes ont des compétences plus urgentes à acquérir, des savoir-faire basiques, comme par exemple la rédaction d'une ordonnance. Cela semble rejoindre l'idée selon laquelle une certaine maturité est nécessaire à l'apprentissage de l'EP. Pourtant, il nous semble assez urgent d'évoquer l'EP avec les internes. Par exemple, dans le cas d'une prescription d'un placebo impur, il est important que l'interne comprenne de quoi il en retourne, pour qu'il ne soit pas amené à surestimer l'efficacité propre de ce traitement

parce qu'il voit son MSU le prescrire. Cela participe à l'apprentissage de l'EBM et à la critique des prescriptions médicamenteuses, notions qui doivent être abordées le plus tôt possible dans le cursus. Il en est de même pour les procédures placebo. De plus, concernant la notion d'effet placebo inhérent à toute thérapeutique active, il existe une manière simple et facilement compréhensible de l'aborder, en même temps que le MSU apprend à l'interne l'importance de bien expliciter une ordonnance et évoque les notions rudimentaires de communication. L'apprentissage de l'utilisation de l'effet placebo doit certainement s'adapter au niveau de l'interne et la réflexion à ce sujet se complexifiera au fur et à mesure qu'il gagne en maturité.

Des MSU remettent également en question l'intérêt de l'apprentissage de l'EP, il s'agirait d'un objectif pédagogique non pertinent. Cette opinion semble découler d'un désaccord concernant les définitions : selon eux, l'« effet médecin » est une notion importante à enseigner, mais il ne s'agit pas d'un effet placebo, puisque le support médicament n'est pas indispensable. Le « médecin médicament » peut certainement faire débat. Mais d'autres notions telles que la prescription de placebos impurs ou l'EP inhérent à toute thérapeutique sont clairement de l'ordre de l'EP et elles ont leur importance dans l'apprentissage de la médecine.

De plus des MSU pensent que d'autres approches notamment sur l'apprentissage de techniques de communication seraient plus adaptées pour aborder la notion de « médecin médicament », comme par exemple l'« entretien motivationnel ». N'ayant pas étudié ces techniques, nous ne pourrons nous prononcer sur la supériorité de l'une ou l'autre de ces approches. Ce que nous pouvons dire avec certitude, c'est que s'interroger sur l'EP amène à une réflexion personnelle sur l'acte de prescription et sa portée, et sur l'importance du contexte thérapeutique. Et au-delà même de la problématique de la communication, cette réflexion permet à l'interne d'apprendre à ne pas surestimer l'efficacité spécifique d'une thérapeutique ou d'une procédure et en cela participe à sa formation sur l'EBM. La réflexion sur le placebo nous semble donc être plus large que le cadre de la communication médecin patient.

## **CONCLUSION**

L'effet placebo (EP) est couramment utilisé en médecine générale ambulatoire. Nous avons voulu explorer les freins à son enseignement aux internes de médecine générale lors des stages chez le praticien.

Pour cela, nous avons utilisé une méthode qualitative à usage exploratoire et nous avons réalisé douze entretiens individuels auprès de Maîtres de Stages des Universités (MSU) de l'Université Joseph Fourier de Grenoble. Chaque entretien a été enregistré puis retranscrit intégralement. Une analyse thématique a ensuite été effectuée.

Plusieurs freins à l'enseignement de l'effet placebo ont été mis en évidence :

#### Certains sont directement liés à l'enseignant :

- > Une connaissance théorique incomplète de l'EP,
- ➤ Une pratique non consciente de l'effet placebo en thérapeutique, la persistance d'un doute quant à l'efficacité spécifique des placebos impurs,
- ➤ Les MSU ont appris à manier l'EP avec l'expérience, ils reproduisent ce mode d'apprentissage auprès de l'interne. Celui-ci intègrerait ces notions sans qu'il ne soit nécessaire de les verbaliser. Or les études ont montré que cette manière d'enseigner rend difficile la transmission de notions complexes.
  - > Des problèmes éthiques relevés par les MSU :
- L'impression de tromperie du patient liée à la prescription de placebo peut être majorée par sa verbalisation, ce qui incite plus ou moins consciemment les MSU à rester dans le flou,
- L'EP peut à première vue aller à l'encontre de l'Evidence Based Medecine (EBM). En réalité, il a fait l'objet de nombreuses études. Un enseignement peut permettre aux internes de faire la part des choses entre effet spécifique et non spécifique d'une thérapeutique. Pour cela, les MSU peuvent avoir besoin de formaliser leur pratique qui pour l'instant est empirique,
- La prescription de placebos impurs peut être considérée comme un échec de la relation médecin patient et de la volonté de non prescription médicamenteuse. Il est important d'en parler à l'interne pour l'amener à une réflexion sur des pratiques en médecine générale

auxquelles il sera forcément confronté, même s'il ne s'agit pas tout le temps d'une pratique « idéale »,

- Dans tous les cas, la notion qui semble inattaquable d'un point de vue éthique concernant l'EP est la notion de médecin-médicament. Tout ce qui concourt à améliorer l'environnement de soins, permet au final de potentialiser l'effet de n'importe quelle thérapeutique donnée pour son action spécifique. Il n'y a donc pas de raison éthique de ne pas en parler à l'interne.

#### D'autres freins sont, selon les MSU, liés à l'interne

- ➤ Les internes ne posent pas de question sur l'utilisation de l'EP, probablement car la réflexion sur les pratiques n'étant pas suffisante, ils n'ont pas conscience de tous les enjeux de la consultation.
- ➤ Le profil dit « trop hospitalier » de certains internes est jugé problématique. Il serait intéressant d'étudier spécifiquement ce sujet. Effectivement certains MSU semblent avoir des préjugés négatifs sur la médecine hospitalière, préjugés qui peuvent avoir des conséquences sur l'enseignement. Il conviendrait aussi de réfléchir aux freins à l'enseignement de la pratique de l'EP en milieu hospitalier, puisque les internes de médecine générale sont encore pour l'instant essentiellement formés à l'hôpital,
- ➤ Un profil trop « technicien » de certains internes est également évoqué, probablement en rapport avec le mode de sélection des étudiants en médecine, qui ne se fait pas sur la capacité à communiquer,
- ➤ La volonté de limiter la polymédication et la nécessité d'économie de santé, sujets sur lesquels les internes sont sensibilisés au cours de leurs études, peuvent constituer, selon certains MSU, un frein à l'enseignement de l'EP. Pourtant, il nous parait nécessaire d'intégrer ces paramètres à la réflexion sur la prescription de placebo impurs et d'examens d'imagerie à visée placebo,
- ➤ Une certaine maturité de l'interne serait nécessaire à la compréhension de l'utilisation de l'EP.

#### Enfin, plusieurs MSU ont remis en cause l'intérêt de l'enseignement de l'effet placebo

- ➤ Tout d'abord, des MSU pensent que certaines compétences ayant trait au savoir-faire « basique » sont plus urgentes à acquérir pour l'interne. Pourtant, il nous semble important d'aborder très tôt la notion d'EP, dans le cadre de l'apprentissage de la prescription selon l'EBM afin de ne pas surestimer l'efficacité spécifique des placebos impurs que le MSU utilise, et dans le cadre des premières notions de communication avec le patient,
- Certains MSU remettent en question l'intérêt d'enseigner l'effet placebo : pour ces enseignants, l'« effet médecin » est une notion importante à enseigner, mais il ne s'agit pas d'un effet placebo. De même, pour certains, l'effet placebo n'est pas la meilleure approche pour aborder les notions de communication et de relation médecin-patient. De notre point de vue, l'apprentissage de l'effet placebo va au-delà de la problématique de la communication et permet d'engager une réflexion personnelle sur l'acte de prescription et sa portée.

Les freins à l'enseignement de l'EP semblent donc d'origines multiples. Pour améliorer cet enseignement, il est fondamental que les MSU s'interrogent sur leurs pratiques et sur la pédagogie au cours de formations spécifiques. Il nous parait également important d'aborder la notion d'EP avec les internes largement en amont des stages chez le praticien, en expliquant ses mécanismes, et peut-être en l'intégrant aux formations sur la communication. L'interne ainsi sensibilisé, sera plus à même d'interroger le MSU sur ses pratiques. De cette façon, une réflexion conjointe sur ce sujet complexe pourra s'engager.

### **ANNEXES**

### Annexe 1:

### Lettre envoyée aux Maîtres de Stages des Universités

Virginie ARDITO Lise QUERRIOUX

Grenoble, le 28 janvier 2011

Madame, Monsieur, cher(e) confrère,

Nous arrivons au terme de nos études de médecine générale et effectuons notre travail de **thèse sur l'enseignement de l'effet placebo aux internes**, par les maîtres de stage, au cours des stages de médecine générale ambulatoire. Ce travail est placé sous la direction du Dr Jacques BOUCHAUD. Nous souhaitons recueillir votre avis sur ce thème.

Nous avons choisi pour ce travail une méthode qualitative : nous voulons réaliser des **entretiens individuels**, de préférence à votre cabinet médical, **enregistrés** et analysés, et dont le contenu apparaitra dans la thèse, avec votre accord. Nous respecterons l'**anonymat** des participants à cette étude. Nous estimons que chaque entretien durera entre **45 minutes** et une heure. Nous cesserons de réaliser des entretiens dès que ceux-ci n'apporteront plus d'idée nouvelle. Vous ne serez donc peut-être pas sollicité pour un entretien.

L'objectif de cette thèse n'est en aucun cas de porter un jugement de valeur sur les pratiques ou l'enseignement dispensé par les médecins enseignants. Nous souhaitons seulement étudier l'enseignement de l'effet placebo en médecine générale, afin d'ouvrir la voie à d'autres travaux sur l'enseignement de l'effet placebo, voire sur l'enseignement en stage de médecine générale ambulatoire, de façon plus large.

Nous vous contacterons dans les semaines ou mois qui viennent pour savoir si vous acceptez de participer à ce travail.

Nous vous remercions et vous prions de croire en l'assurance de nos respectueuses salutations.

Virginie ARDITO et Lise QUERRIOUX

### Annexe 2: Guide d'entretien

## 1/ J'aimerais que vous me disiez s'il vous arrive, dans l'exercice de votre profession, d'utiliser les pratiques que l'on vient de décrire

SI OUI: conscience qu'il s'agissait d'EP

Réponse négative : de quoi s'agit-il selon vous?

SI NON: vous ne prescrivez jamais:

de pilule sucrée?

de placebo impur (Magnésium, Vitamines)?

l'examen clinique dans le but de rassurer le patient?

de formule de réassurance?

#### Comment avez-vous appris à utiliser l'effet placebo en thérapeutique?

#### 2/ Est-ce que vous parlez de l'EP avec votre interne?

SI NON : Est-ce que vous dites clairement à votre interne qu'il s'agit d'EP ou utilisez-vous d'autres termes?

#### Vous arrive-t-il d'évoquer avec votre interne une situation

- où vous ou votre interne avez utilisé un placebo impur?
- où vous ou votre interne avez utilisé une procédure placebo?

Est-ce que vous évoquez avec votre interne la possibilité d'augmenter l'effet de n'importe quelle thérapeutique par son effet non spécifique?

SI OUI : est-ce que vous parlez de l'EP de façon claire?

### 3/ Pouvez-vous me dire si vous identifiez des freins à l'enseignement de l'EP à votre interne?

pas de gène

problèmes pratiques

Est-ce que vous pensez que votre interne est en mesure de comprendre ces notions complexes?

Pensez-vous qu'il est important d'enseigner l'EP à votre interne, ou qu'il s'agit d'un sujet secondaire?

#### 4/ Pensez-vous que vous influencez beaucoup votre interne dans sa future pratique?

## 5/ En pratique, comment pensez-vous qu'il est possible d'améliorer la qualité de votre enseignement de l'EP à votre interne?

Pensez-vous qu'une formation pourrait vous être utile pour enseigner la notion d'EP? Pour les enseignants en stage UPL : à quelle phase du stage, selon vous, est-il plus propice d'enseigner la notion d'EP?

Pensez-vous qu'une formation théorique pourrait être utile à votre interne de médecine générale?

Annexe 3: Verbatim

ENTRETIEN n°1

<u>Intervieweur</u> (I): J'aimerais que vous me disiez s'il vous arrive, dans l'exercice de votre

profession, d'utiliser les pratiques que je viens de décrire...

Maitre de stage des universités (MSU): Oui, les pilules sucrées, ça existe pas, mais des

produits que je donne en me disant que ça ne servira pas à grand-chose en tant que produit,

oui, ça arrive, ça m'arrive assez souvent.

*I : Et donc vous avez la sensation, vous savez que c'est de l'effet placebo...* MSU : Oui

*I : D'accord, vous avez des exemples...* 

MSU: Celui que vous avez donné, du Magnésium dans l'asthénie, c'est un des plus

fréquents...Le fait que le Magnésium soit dé remboursé maintenant, ça change un petit peu le

côté enfin... le côté efficace du placebo, parce qu'il nous manque un vrai placebo officiel,

remboursé...

*I*: Vous pensez que du coup les patients pensent que c'est moins efficace?

MSU: Je pense... peut-être je me trompe, mais je pense ouais... ceux qui ont eu l'habitude

d'en prendre, on leur redonne en disant « c'est toujours bien » on peut le continuer, mais

heu... les déremboursements des médicaments, quelque part ça enlève un petit peu le côté

scientifique, efficace du médicament, ça devient plus le médicament que les gens achètent

eux-mêmes en pharmacie.

*I : Vous parlez avec votre interne de l'effet placebo ?* 

MSU: Faudra lui demander, mais j'ai pas l'impression.

*I : Il ne vous pose pas de question là-dessus* 

MSU: Non, enfin... pas de manière... « un enseignement de l'effet placebo », non! C'est

vrai qu'on parle de... de la relation thérapeutique, de pourquoi prescrire ça ou pas prescrire,

69

ça oui, mais... en citant vraiment le mot effet placebo, je crois pas que, depuis que j'ai des internes, on en ait vraiment parlé spécifiquement.

I: D'accord... et .... Vous savez pourquoi? C'est parce que l'interne vous pose pas de question, ou...

MSU: J'ai en général des internes assez curieux, qui posent pas mal de questions. Mais il me semble pas qu'on ait parlé spécifiquement de l'effet placebo. C'est pointu comme sujet... parler de l'effet du médicament, et pourquoi on prescrit tel médicament, ou tel examen clinique, ou paraclinique... l'examen paraclinique, ça oui on en parle beaucoup, mais le mot placebo, je pense que je l'ai jamais prononcé avec mes internes...

I : D'accord... du coup, vous utilisez d'autres termes, mais au final, vous parlez quand même de ça...

MSU: Oui, je pense oui...

I : Vous n'arrivez pas trop à savoir pourquoi, est- ce que c'est pour vous, parce que ça vous gène

MSU: Je pense que moi, je ne me le dis pas clairement... je me dis pas, je vais donner ce médicament, pour son effet placebo... je vais pas me dire, et bien telle personne en face, elle est vraiment à la demande d'un médicament, donc on va essayer de discuter, on va essayer... des fois, ça m'arrive de dire à une personne, et bien « vous n'avez besoin de rien »... et de quand même lui faire une prescription... et dans ces cas-là, je peux utiliser...

*I* : *C'est une alternative en fait... à la non prescription...* 

MSU: Oui, j'utilise aussi assez souvent, des médicaments à base de plantes pour... Spasmine, Euphytose, des choses comme ça, comme anxiolytique, je sais pas exactement quel est le rôle médicamenteux du produit que j'utilise, dans ces cas-là, mais c'est pour répondre à une forte demande de prescription à laquelle j'arrive pas à dire « non » directement. Dans ce cas-là, je prescris ce type de produit, donc je sais qu'il y aura pas de dépendance, donc ça, je peux en parler avec mes internes mais on va jamais dire « c'est un placebo », parce que moimême je sais pas exactement si c'est vraiment un placebo, ou si c'est un médicament d'action douce...

I : D'accord, vous pensez qu'une formation des médecins enseignants ...

MSU: Peut-être, pourquoi pas... je pense quand même que parler que de l'effet placebo, c'est réducteur... c'est plus, la prescription, la relation médecin malade, quel message on fait passer, pourquoi est-ce qu'on donne ou qu'on donne pas... à mon avis c'est plus ça: on répond par une prescription, ou bien on répond pas par une prescription, oui ça je pense que oui, ça c'est un vrai sujet d'étude.

I : Et ça, vous en parlez ? MSU : Oui et ça on en parle souvent oui

I: Du « médecin médicament » en fait ? MSU : Oui, c'est ça

*I : De la communication ... ?* 

MSU: Oui, cette dimension là mais... sans forcément mettre le mot « placebo », même sans jamais utiliser le mot « placebo ». Mais le médecin médicament, oui, ça c'est sûr que c'est quelque chose que je fais passer, c'est que, les gens viennent chercher du contact, chercher des explications, moi je prends beaucoup de temps, je passe beaucoup de temps pour expliquer aux gens leurs symptômes, pour expliquer pourquoi je leur donne tel médicament, et ça je pense que c'est vraiment important, et ça oui, on en parle avec l'interne

I : Pour vous, c'est donc pas quelque chose de secondaire, de se pencher sur tout ce qui est... tout ce qui englobe l'effet placebo, jusqu'à la communication ?

MSU: Oui, si vous comptez la communication comme un effet placebo, oui, effectivement, dans ce cas-là, oui.

I : Quelquefois, vous avez la sensation que des patients semblent déjà guéris en sortant de la consultation ?

MSU: Ça oui, ça arrive. Souvent ils le disent « je vais mieux... »: l'autre jour, j'ai vu une dame, elle venait vraiment pour parler de ses angoisses, à la fin, elle me dit « oh bien j'ai vraiment besoin de rien, ça va, je sais que je fais pas un infarctus, je peux rentrer chez moi, c'est bon... Elle était rassurée, et ça a pas débouché sur un médicament, là j'ai pas eu besoin d'utiliser un « placebo médicament », la consultation était suffisante pour elle... et ça, ça arrive relativement souvent, quand même, et ça effectivement, on en parle avec les internes...

ils voient comment je travaille et... bon... c'est surtout dans la première période, la période « passive » entre guillemets, la période d'observation, on en parle souvent.

I : Pour vous, c'est la période la plus propice, du coup à l'enseignement de ce type de notion ?

MSU: Oui , parce que, dans la période d'observation, ils voient comment je travaille, et c'est là où on peut plus facilement discuter de la relation médecin malade, l'autre période(est aussi intéressante, la troisième est peut-être plus difficile, parce que l'interne prend ses décisions lui-même, et effectivement après, en relecture, on peut se dire, et bien « pourquoi t'as prescrit, à tel moment, est-ce que vraiment c'était nécessaire, mais c'est peut-être plus facile, en première période de dire et bien « tu vois pour ça, là, j'avais pas besoin de prescrire.

*I* : *D'accord, donc vous avez conscience d'avoir une influence sur votre interne ?* 

MSU: Oui ça c'est sûr que mon rôle d'enseignant c'est de montrer comment je fais, ça veut pas forcément dire « c'est comme ça qu'il faut faire », mais ça ouvre à la discussion... oui, je pense effectivement qu'on influe nos internes en leur montrant notre façon de travailler. Après, eux, ils sont grands, ils en font ce qu'ils veulent, mais ça joue sûrement, oui... j'espère!

I : Et vous avez la sensation de prescrire moins de placebo devant votre interne, ou bien selon vous, vous ne changez pas du tout ? On pourrait penser que certain médecins puissent être gênés de prescrire des placebos devant leur interne?

MSU: Non... sûrement que la présence de l'interne influe ma manière de travailler. J'essaie de travailler le plus naturellement possible, je ne pense pas que ça change beaucoup. Là où ça changera peut être, c'est au contraire... la présence de l'interne, va me pousser souvent, à relire le dossier un petit peu différemment, et peut être à aller plus loin, dans des examens complémentaires, à plus chercher à comprendre, c'est vrai que quand on est tout seul, on rentre vite dans un cocon, on revoit les personnes qu'on connait bien, on represcrit les même choses... la présence d'un interne va souvent pousser à revoir d'une façon un peu différente, un peu comme un remplaçant, qui va amener à une vision nouvelle de quelqu'un qu'on voit depuis longtemps.

*I : Est-ce qu'en pratique, vous pensez qu'il est possible d'améliorer l'enseignement de l'effet placebo, et pour vous comment ?* 

MSU: Bien déjà en se posant la question, puisque moi je m'étais jamais posé la question de ce que c'était l'enseignement de l'effet placebo, donc ça c'est la première chose. Bien je vous l'ai dit déjà un peu tout à l'heure, je pense que ça serait un peu réducteur de ne parler QUE de l'effet placebo, voilà. C'est plus le médecin médicament, et être attentif à qu'est-ce que la personne cherche, et pas répondre forcément... pas systématiquement, répondre par un médicament, à la demande qui est souvent pas médicamenteuse... oui ça c'est quelque chose que j'essaie de travailler avec mes internes, c'est être attentif à pourquoi la personne vient, parce que souvent, nous, on part avec nos idées préconçues, et c'est pas forcément l'idée de la personne, de toujours laisser parler le patient au début, avant de lui renvoyer, nous, notre idée de ce pourquoi il est là . Voilà encore une fois, ce n'est pas encore directement l'effet placebo, c'est plus la relation médecin malade que l'effet placebo... mais ça en fait partie complètement.

I: Et donc, pour vous, les principaux freins pour le moment, à cet enseignement, c'est des problèmes de connaissances des médecins, d'après ce que j'ai compris tout à l'heure, ou bien...?

MSU: Non je pense qu'on connait tous l'effet placebo, on connait tous les études en double aveugle contre placebo, c'est pas ça... moi je pense que c'est plus la réflexion, c'est pas « l'effet placebo » en lui-même, c'est « la prescription médicamenteuse » oui « pas de prescription », c'est plus là qu'il y a une réflexion à faire, plus sur le fait que le malade ne vient pas forcément chercher des médicaments, et que nous, médecins, on est trop vite dans cette optique-là.

# *I : Par facilité, alors, quelque part... ?*

MSU: Par formation, je pense aussi... par « formatage », et on fait des ordonnances pour trois mois, le patient qui vient au bout de trois mois, il vient pour renouveler son ordonnance, point. Souvent, on part là-dessus, alors que souvent il a autre chose en tête que simplement renouveler son ordonnance de GLUCOPHAGE par exemple. Je pense que c'est aussi ce qui fait l'intérêt de nos consultations, parce que si on se contente de renouveler des traitements, c'est pas intéressant.

# I : Et vous pensez que l'interne est en mesure de comprendre tout ça ?

MSU: Et bien oui sans problème quand même! Jusqu'à maintenant j'ai eu que des internes avec qui je me suis bien entendue et... j'ai trouvé du reste que vous êtes bien formé par rapport à ce que ce dont moi, je me souviens, quand j'ai débarqué en médecine générale où je n'avais qu'une formation hospitalière... c'est vrai que les stages chez le praticien, et même, votre formation d'interne de médecine générale, j'ai l'impression que même dans les hôpitaux, c'est quand même différent de ce qu'on avait nous... on était vraiment au service de l'hôpital... alors peut-être que je rate, mais j'ai quand même l'impression que... vous êtes plus à l'hôpital pour apprendre quelque chose pour la médecine générale.

# I : Oui, enfin, ça dépend des stages...

MSU: Oui, moi je ne connais que le côté « médecine générale », mais je vais bientôt me lancer dans le tutorat, donc je découvrirai probablement un peu plus l'internat à l'hôpital, et les problèmes de ce côté-là, mais... vu de loin, j'ai l'impression en tout cas que vous êtes mieux formés que nous... c'est même pas une impression, c'est sûr que vous êtes mieux formés, parce que nous on débarquait sans aucune idée de ce que c'était que le libéral, et tout ce qui était communication médecin malade, on avait pas de formation, ça c'est clair. Après, on se forme sur le tard...

## I : Merci d'avoir répondu à ces questions.

# ENTRETIEN n°2

I: J'aimerais que vous me disiez, s'il vous arrive dans l'exercice de votre profession, d'utiliser les pratiques que je viens de décrire MSU: Oui, couramment, oui.

*I : Vous avez des exemples de situation en tête ?* 

MSU: Je pense que déjà dans toute pathologie le fait que le médecin rassure le patient par rapport à une pathologie... ça a un effet important, je sais pas si ça c'est un effet placebo, mais... des fois les gens ils viennent, on les examine, on leur dit « et bien écoutez, voilà , il n'y a rien de grave, on leur prescrit du sérum physiologique pour le nez, pour leur nourrisson par exemple qui tousse beaucoup , et puis le fait de les ausculter, le fait de dire que ce nourrisson n'a pas de signe inquiétant, qu'il n'y a pas de bronchite ou de bronchiolite, ou d'aspect inquiétant dans l'examen, ça va rassurer la maman qui va se sentir plus apaisée, et je suis sûre que de ce fait là, elle sera beaucoup plus en adéquation avec son nourrisson, et la nuit suivante sera sans doute sûrement moins mauvaise que la nuit d'avant, alors qu'on n'a rien prescrit, que des conseils, du sérum phy, des choses comme ça...

*I : Vous parlez de l'effet placebo avec votre interne ?* 

MSU: Non... non... Je pense qu'il le... comment je dirais... ça transparait un peu dans mes relations... auxquelles il assiste... et puis... je pense qu'il apprend lui-même à l'utiliser, c'est un peu inné, je pense de toute façon... dès qu'on voit que quelqu'un, qui arrive malade, ressort, il a encore rien, on lui a prescrit les médicaments, mais il ne les a pas encore achetés et il se sent déjà mieux, donc c'est qu'il y a un effet placebo qui joue un rôle important.

*I : Et votre interne ne vous pose pas de question par rapport à ça ?* 

MSU: Non... ça fait dix ans que je suis maître de stage, un peu plus même quinze ans maintenant, et... à aucun moment l'interne ne m'a posé de question... peut être qu'il y en a un qui m'a dit mais... c'est dommage qu'on ait pas des pilules placebo, c'est vrai que vous vous avez des pilules sucrées (sous-entendu à l'hôpital) nous on ne peut pas les prescrire, à ma connaissance en tout cas, on ne peut pas les prescrire en ville.

*I : Du coup vous ne parlez pas de l'effet placebo en d'autres termes à votre interne ?* 

MSU: Ça peut arriver occasionnellement que je lui dise que... des fois dans la thérapeutique il n'y a pas que les médicaments qu'on prescrit, il y a aussi la bonne parole qu'on apporte... je sais pas si c'est réellement un effet placebo, d'ailleurs ça, en fait...

*I : Le fait de rassurer le patient ?* MSU : Oui...

I : Cela fait partie des « procédures placebo », oui.

MSU: Vous rentrez dans les procédures placebo... pour moi, c'est une thérapeutique en fait... c'est une thérapeutique non médicamenteuse, mais une thérapeutique... mais bon voilà. Bon et bien ok pour le terme « procédure placebo », je suis d'accord avec vous. Moi il y a une chose qui m'avait beaucoup surprise, je sais pas si je peux vous le dire maintenant, ça fait rien, vous le mettrez après ailleurs s'il faut... vous parliez par exemple tout à l'heure de la METFORMINE dans le diabète, moi j'avais été extrêmement surpris lors d'une étude que j'avais faite que d'apprendre que suivant comment le médecin présentait la METFORMINE, l'effet thérapeutique serait complètement différent : dans certains cas le traitement ne sera pas pris du tout... donc et bien voilà! Dans d'autre cas il va être pris mais le patient a la conviction que ce traitement va lui faire du bien parce que son médecin lui a dit « prenez ça, ça vous fera du bien »; puis dans d'autres cas le médecin a juste donné une ordonnance sans commentaire, et donc il prend la pilule et... ça n'a pas du tout le même effet thérapeutique dans les trois cas, et les résultats seront différents, y compris j'en suis certain sur les mesures de la glycémie qu'on pourra faire après... ça c'est quelque chose qui m'avait beaucoup impressionné, et je crois que... enfin, moi dans mon exercice, ça a peut être modifié un peu ma façon de travailler. Je m'attache toujours, quand je donne une ordonnance au patient, à lui expliquer pourquoi je lui donne ce traitement et ce que j'en attends... et voilà, je pense que c'est important

I : Oui, en fait, on vu cette étude... et on s'est dit que ça faisait partie des choses importantes à enseigner aux interne, la communication. Est-ce que vous identifiez des situations où votre interne a utilisé l'effet placebo ?

MSU: Dans tous les troubles anxieux, tous les troubles du sommeil... oui, bien sûr. De toute façon, on discute toujours un peu des traitements qui ont été donnés par l'interne quand il commence à travailler tout seul, et... c'est sûr que la consigne essentielle, j'essaie un maximum de les sensibiliser, c'est de limiter au maximum les anxiolytiques, les hypnotiques,

et justement, d'essayer de rassurer les gens, autrement que par des prescriptions médicamenteuses... oui, effectivement, dans ces situations-là, il va prendre du temps pour parler avec le patient, définir ses troubles du sommeil, le rassurer, et, de manière générale, le patient repartira sans traitement, ou parfois avec une phytothérapie, bon... dont l'effet thérapeutique effectivement n'a... certainement, jamais été démontré...

*I : Donc c'est le médecin/ ou l'interne dans ce cas, qui tient lieu de médicament selon vous?* 

MSU: Oui on peut dire les choses comme ça, oui...

I : Est-ce que vous identifiez des freins à l'enseignement de l'effet placebo à votre interne ? Vous venez de me dire que vous n'en n'avez jamais parlé... c'est quelque chose d'intuitif pour vous ?

MSU: Je pense que si on avait des pilules placebo en ville, on serait plus aidé pour le prescrire, et donc plus aidé à l'occasion de cette prescription, pour dire à l'interne « et bien, tu vois là, par exemple... ce patient, à mon avis il est surtout inquiet, il a besoin d'être rassuré, donc on va lui donner un traitement qui va servir de substrat pour dissiper ses angoisses, et dans le traitement il n'y aura rien »... alors c'est vrai que des fois, on peut biaiser un peu, on peut mettre du MAGNESIUM, mais bon c'est vrai que maintenant en plus le MAGNESIUM n'est plus remboursé... les gens vont acheter un traitement, alors qu'on sait que l'efficacité n'est pas prouvée... et donc que c'est essentiellement l'effet placebo qu'on recherche, c'est un peu dommage, parce que c'est vrai que, auparavant, il m'arrivait régulièrement de donner du MAGNESIUM à des gens pour lesquels je savais que ce MAGNESIUM aurait très peu d'effet sur les angoisses mais que ça lui donnerait, à ce patient, un substrat thérapeutique, il aurait l'impression, en prenant son MAGNESIUM que ces angoisses vont aller mieux, et effectivement, elles iraient mieux... maintenant, cette possibilité est un peu biaisée par le fait que ... certaines personnes vont pas pouvoir se payer vingt ou trente euros de MAGNESIUM par mois... donc c'est dommage que ce traitement ne soit plus remboursé, et à ma connaissance, on n'a pas de...pilule placebo... donc des fois, j'essaie de trouver, donc je donne des gouttes des choses comme ça, des trucs que je vais donner en sachant que ça ne fera rien de toute façon, mais ça va rassurer la maman de mettre des gouttes dans le nez de son nourrisson... et puis que... voilà... alors c'est vrai que c'est un placebo, pas un « vrai » placebo, mais disons un traitement qui a très peu d'effet thérapeutique et pas de ... de preuve thérapeutique... dans sa façon de... fonctionner

I : Pour vous, il n'y a pas de gêne, de tabou à parler de tout ça? Vous me dites que vous n'en n'avez pas trop parlé avec votre interne ? Vous n'avez pas de gêne à prescrire des placebos devant votre interne ?

MSU : J'ai pas de gêne à prescrire des placebos, mais c'est vrai que par exemple, j'ai fait pas mal d'essais thérapeutiques... Vous savez que maintenant, quand on fait un essai en double aveugle, le patient signe une feuille comme quoi il sait qu'il aura peut-être du placebo... ça m'a un peu gêné, alors... j'ai eu l'occasion, des fois, d'en parler un peu avec les patients, d'autres signent le consentement sans poser de questions... donc personnellement, j'avoue que je n'ai pas soulevé le lièvre de leur dire « vous savez, ce que je vous donne c'est rien du tout », mais s'ils posent la question, je prends le temps de leur expliquer que, même de donner un placebo, ce n'est pas anodin, et d'autre part qu'il faut bien que le principe actif puisse se comparer à l'absence d'effet prouvé, pour justement prouver une efficacité... donc c'est une démarche qui me demande un effort, et je ne la fait pas spontanément. Quand je prescrit un placebo, par exemple du MAGNESIUM à un patient, en me disant en moi-même « il va prendre du MAGNESIUM, mais je sais très bien que ce n'est pas ça qui va le soigner », je vais pas lui dire « vous savez, je vous donne ça, mais en fait, ça va rien vous faire, juste vous rassurer de prendre un traitement »... j'ai l'impression que si je disais ça au patient, ça détruirait un peu l'effet magique du placebo... donc avec l'interne, je pourrais en parler, si ça se trouve, s'il me pose des questions, mais c'est vrai qu'avec le patient, par contre, c'est un sujet que j'ai du mal à aborder. Voilà.

### *I : C'est parce que vous avez peur qu'il prenne ça pour de la tromperie ?*

MSU: Et bien je me dis que quand il prend son traitement, s'il croit que ça va lui faire quelque chose, c'est pas pareil que s'il prend son traitement, et s'il sait que ça ne fera rien... et toujours dans les études, je vais vous dire, car moi je me suis beaucoup intéressé aux essais thérapeutiques... ils avaient fait une fois un essai en simple aveugle, et un essai en double aveugle. Dans un cas le médecin savait qu'il prescrivait du placebo, et donc, quand il donnait le traitement au patient, il ne le présentait pas du tout de la même façon que quand il ne savait pas ce qu'il donnait... où en fait les résultats ont été différents, et ces études montrent... L'intérêt du double aveugle, c'est qu'il faut absolument que le médecin prescripteur ne sache pas qu'il donne du placebo, sinon ça va fausser le résultat, et donc ça prouve bien que si on décrypte l'effet placebo au patient, à mon avis, on va... diminuer le résultat.

I: Oui mais si vous lui dites « je vous prescris ce qu'il y a de mieux dans votre cas... c'est pas une tromperie...?

MSU: Non, mais... je veux dire... on peut lui dire ça, mais je ne lui dirai pas que c'est du placebo, donc c'est bien une tromperie quand même...

*I : Pour vous, c'est donc toujours une tromperie... ?* 

MSU: Et bien, si je lui « je vous donne ce traitement, en fait c'est quelque chose qui n'a rien d'actif à l'intérieur, c'est juste pour vous rassurer »... et bien il va me dire « à ce moment-là ne me donnez rien, je prends rien! »... et bien à ce moment-là ça veut dire que seule ma bonne parole, ça peut aussi m'arriver des fois, que dans une consultation, je vais dire « et bien écoutez, je pense qu'il n'y a pas besoin de vous donner de médicament, je vous explique ce qui se passe, et puis je ne vous donne rien... » Comme ça, effectivement, il n'y a pas de tromperie! Si je donne une pilule pour lui faire croire que je donne quelque chose, c'est pas la peine que je lui dise « voilà je vous donne une pilule dans laquelle il n'y a rien » sinon, il va me dire « mais s'il n'y a rien, pourquoi vous me la donnez? »... donc voilà, pour moi, pour qu'il y ait un effet placebo, il ne faut pas que le patient soit au courant, sinon on traite différemment, on dit « et bien écoutez, je ne vous donne pas de médicament, là je n'ai pas besoin de vous donner de traitement »... ça m'arrive d'ailleurs de temps en temps. C'est pas la même démarche que de dire « je vous prescris ça, prenez-le, c'est important », alors qu'à l'intérieur de moi-même je sais qu'en fait il n'y a rien dans le traitement.

*I : Vous pensez que votre interne est en mesure de comprendre tout ça ?* 

MSU: Oui bien sûr...

*I : Il ne vous a pas posé de question sur l'effet placebo ?* 

MSU: Oui, c'est sûr, on n'a pas eu l'occasion d'en parler, mais je suis sûr que si je prenais le temps de lui expliquer tout ça... parce que moi, j'en suis conscient, et je pense que lui il ne doit pas en être conscient complètement, en fait. Ça ne ferait qu'expliquer quelque chose qu'il a plus ou moins déjà compris... je vois bien dans les prescriptions, quand les patients repartent avec du RHINOTROPHYL ou du SERUM PHY, honnêtement, je pense que l'interne qui l'a prescrit sait très bien qu'il le donne pour dire à la maman « tenez, mettez ça dans le nez de votre nourrisson, ça vous rassurera, ça améliorera sûrement la difficulté

respiratoire de votre nourrisson, mais ce n'est pas le RHINOTROPHYL en tant que tel qui va améliorer vraiment le problème respiratoire du nourrisson.

### I : Vous avez conscience d'être un modèle pour votre interne

MSU: D'avoir une expérience qui lui profite, oui... un modèle je pense que non, je suis pas un modèle... régulièrement, ils font des remarques et je dis «et bien oui, là, tu as raison effectivement...» soit c'est des notions que j'avais oubliées, parce qu'elles sont un peu anciennes, soit c'est des notions que je ne connaissais pas, parce que malgré les efforts qu'on peut faire pour se mettre à jour, on ne sait pas tout... moi j'apprends beaucoup avec mes internes, donc non, je ne veux pas être un modèle pour eux... je veux leur faire profiter de mon expérience, mais je veux pas être un modèle, ou alors en tout cas pas un modèle à gober tel quel et à recopier tel quel sans discuter. Il y a des erreurs que je corrige et que, grâce à eux, je peux aussi améliorer, et puis, et bien inversement, des fois il y a des choses qu'ils ne savent pas, et c'est pareil pour moi aussi, donc je crois que c'est un échange.

*I* : Mais vous avez quand même conscience que votre manière de faire va influencer votre interne ?

MSU: Oui bien sûr... oui. C'est évident que s'il va chez un médecin qui prescrit énormément d'anxiolytiques et d'hypnotiques, et bien il sera très tenté... enfin j'espère pour lui qu'il corrigera, mais... il pourrait être tenté, s'il n'a que ce modèle-là, de se dire, « et bien moi aussi, quand je serai généraliste, vous venez me voir, vous avez du mal à dormir, et bien tenez, prenez une gélule de machin pour dormir, vous êtes angoissé, et bien prenez un truc comme ça »... bon et bien j'espère quand même qu'ils voient que là, quand ils viennent ... c'est rare quand on prescrit des anxiolytiques au premier coup, ou... vraiment, quand le sujet est vraiment angoissé, et un hypnotique encore moins... c'est vrai que... les gens qui repartent avec des prescriptions d'hypnotiques, à part peut-être pour quelques jours, quand il y a eu un gros évènement qui peut le justifier, effectivement... je voudrais bien qu'il prenne effectivement conscience que c'est pas comme ça que je fais. Donc j'espère qu'ils ne feront pas comme ça non plus quand ils seront tous seuls...

I : Vous m'avez dit que vous n'avez pas trop parlé de l'effet placebo avec votre interne ; estce que vous pensez que c'est un sujet secondaire, par rapport à toute la masse de connaissances qu'il doit acquérir ? MSU: Je dirais plus que c'est un sujet dont il est déjà conscient... peut-être à tort effectivement...

### I : Donc selon vous c'est intuitif, donc ce n'est pas forcément la peine d'en parler ?

MSU: Pour moi il le sait déjà... il sait qu'on ne prescrit pas que des « traitements actifs » quand quelqu'un est malade... donc, déjà le fait de parler avec les gens, comme on l'a dit tout à l'heure... moi j'insiste par exemple sans leur dire forcément que c'est par l'effet placebo mais, ils auraient des fois tendance, effectivement, une fois faite, ils la donnent au patient et terminé. Je leur dis « non tu commentes, tu expliques pourquoi tu donnes tel traitement, ce que ça va faire, qu'est-ce qu'on en attend, et pourquoi par exemple pour un antibiotique, pourquoi faire telle durée et pas faire moins... que s'il prend un anti-inflammatoire, il faut bien le prendre au cours du repas et pas comme ça sans manger... enfin voilà... pour moi c'est important que l'ordonnance soit décryptée... et donc c'est aussi influencer le suivi du traitement et son efficacité. Donc par ce biais-là, sans dire, « voilà, j'insiste là, parce que là c'est aussi de l'effet placebo dans la prescription » oui je leur fais décrypter et expliciter toute l'ordonnance.

## I: Vous n'utilisez pas le mot placebo, mais en fait...

MSU: Voilà, en fait, si vous voulez... des fois, je leur dis « non, là, tu vas mettre, je sais pas moi... là tu vas mettre tel traitement, mais non, c'est pas la peine, à mon avis, si tu expliques bien au patient, il peut peut-être tout bêtement... heu... il a pas forcément besoin d'un traitement pour ça et... voilà : on le rassure, on lui explique, on lui dit de revenir si ça va pas mieux... », et donc on donne pas de traitement, et donc, effectivement, sans le dire, j'imprime... j'imprime une certaine façon de voir mes prescriptions...et certaines prescriptions de placebos...

# I : Vous pensez qu'un enseignement sur l'effet placebo serait profitable aux médecins ?

MSU: Oui bien sûr... je pense que ce serait bien, parce que moi, personnellement, et bien l'effet placebo, je l'ai un peu... compris, effectivement, en voyant que parfois, finalement, j'arrivais à soigner des gens sans leur avoir prescrit de médicament... alors que dans mon enseignement... ça m'est arrivé d'avoir quelques professeurs... à l'époque on n'avait pas la chance d'avoir des maîtres de stage... ça m'est arrivé d'avoir quelques professeurs à l'hôpital, qui m'ont appris qu'effectivement, dans certains cas, c'était pas la peine de donner une

ordonnance à la fin d'une consultation, mais bon... c'était pas la pratique habituelle. Et j'ai même eu un jour, un très bon professeur quand même, qui m'a dit « ne laisse jamais repartir un malade sans une ordonnance, parce qu'il aura l'impression que tu ne l'auras pas soigné »... c'était dans les idées dans les années 70-80, c'est un peu plus ancien, mais à l'époque, des fois, ne pas donner une ordonnance, c'était ne pas être un bon médecin... oh et puis j'ai eu aussi d'autres échos, et puis je me suis fait mon opinion moi-même par ma pratique, et puis j'ai vu qu'effectivement, si c'est souvent facile de donner une ordonnance, car ça permet parfois de couper un peu toutes les explications... c'est quand même aussi utile de prendre du temps, et puis de dire « et bien non, là je pense qu'il vaut mieux ne rien donner »; ça prend des fois plus de temps, de prescrire un placebo ou de donner la bonne parole, que de dire « et bien tenez, prenez ça, tout va s'arranger », voilà. Comme m'avait dit un jour un médecin aussi, c'est toujours plus long de ne pas donner un hypnotique ou un anxiolytique, que de dire « vous dormez pas, et bien tenez prenez ça vous allez dormir » : ça, ça prend trente secondes alors que d'expliquer aux gens pourquoi le fait de ne pas dormir peut être normal, peut-être réactionnel, qu'il faut savoir attendre que le sommeil revienne, faut expliquer la physiologie du sommeil, que ça dure longtemps, que c'est des cycles qui durent plusieurs jours, plusieurs semaines et cætera... donc tout ça prend du temps, et c'est toujours plus long que de dire « et bien prenez ça, vous allez dormir », voilà...

I : C'est ce qu'on reproche parfois aux médicaments placebo, aussi, c'est d'être une solution de facilité par rapport à la non prescription...

MSU: Oui, sûrement, oui, c'est vrai...c'est vrai que de donner un placebo... et bien des fois on peut s'affranchir de certaines explications, sur la physiopath, tout ça... c'est vrai, oui... en fait, des fois ça nous rend bien service d'avoir un placebo *(rire)* moi ça me manque... franchement, je sais que... justement, ces pilules sucrées que vous avez à l'hôpital, si on pouvait les prescrire, ce serait bien.

### I : Il y a peut-être l'homéopathie, mais...

MSU: Ah, pour moi, l'homéopathie, ce n'est pas un « vrai placebo », pas l'homéopathie, non... Moi je... quand je prescris de l'homéopathie, j'ai pas l'impression de donner un placebo. Peut-être qu'il y a des gens qui se disent « oh, on me donne un truc homéopathique, mais en fait c'est du placebo », mais... dans mon expérience personnelle et puis... bon, moi, j'en prescris pas beaucoup de l'homéopathie, mais ça m'arrive parfois effectivement,

notamment dans les angoisses... les pathologies que nous, en allopathie, on n'a pas trop de thérapeutique à proposer... Et bien quand je donne un placebo *(lapsus)*, et bien pour moi je donne un traitement, c'est pas un placebo... non l'homéopathie je veux dire : quand je prescrit des granules homéopathiques, c'est un traitement, c'est pas un placebo

I : Il y a pourtant une étude américaine parue dans le Lancet homéopathie versus placebo qui a montré que l'homéopathie n'avait pas plus d'efficacité que le placebo...

MSU: Ah bon, je ne l'ai pas lue, ça m'intéresse, si vous avez des références... bon, moi je suis pas pro homéopathe, j'utilise l'homéopathie, car il y a des cas, où, en médecine, on est des fois plus nocif qu'autre chose, donc il vaut mieux ne rien donner ou, pourquoi pas effectivement, de l'homéopathie... mais... peut-être naïvement, d'ailleurs, quand je donne de l'homéopathie, j'ai l'impression que j'ai aidé mon patient, pas seulement par un traitement placebo ... et voilà... c'est intéressant

I: Peut- être que c'est, comme vous me l'avez dit tout à l'heure, que c'est justement parce que vous y croyez que ça marche mieux... MSU : Oui, je pense, oui

I: Est-ce que vous pensez que c'est utile d'enseigner l'effet placebo aux internes ?

MSU: Oui...

I : Vous pensez que ce serait possible de faire un enseignement théorique là-dessus, ou bien ça vous semble inimaginable ... vous m'avez dit que pour vous, c'est intuitif?

MSU: Oui, mais parfois, c'est bien de mettre des mots sur l'intuitif, ça permettrait que pour ceux qui ont pas cette capacité... à percevoir l'intuitif, ça permettrait d'avoir... si, je pense que ce serait bien, sans en faire un truc qui dure des heures... mais peut-être... un cours ou deux sur l'effet placebo? Ce serait intéressant, comme vous le disiez tout-à-l 'heure, les différents cas où il y a effet placebo... c'est vrai que, par exemple, quand je donne la bonne parole, j'ai pas l'impression d'être dans une prescription d'effet placebo... donc... je savais pas

*I* : *Oui, et bien, c'est tout, merci.* 

# ENTRETIEN n°3

*I : Vous arrive-t-il, dans l'exercice de votre profession, d'utiliser les pratiques que je viens de décrire ?* 

MSU: Oui, ça me parait assez inévitable oui...

*I : Avez-vous des exemples de situations ?* 

MSU: C'est plus que des exemples... Je pourrais prendre la liste des rendez-vous d'hier, c'est-à-dire que c'est effectivement une composante complète de l'exercice, et qu'on ne s'en passe pas beaucoup. Il y a une chose avec laquelle je ne suis pas tout à fait d'accord, c'est quand vous parlez d'examen paraclinique à effet placebo : je pense que c'est quelque chose d'un peu différent : c'est une utilisation qui est faite pour renforcer la position d'autorité du médecin; on va dire: « je pense que nous sommes devant une somatisation, devant un syndrome dépressif masqué... je pense que votre corps a quelque chose à nous dire que vous n'arrivez pas à nous dire, et que donc il n'y a pas à craindre un cancer par exemple ou une autre maladie organique grave, et, pour vous le prouver, nous allons faire cet examen complémentaire que vous me demandez, bien que personnellement, je m'intéresse assez peu au résultat, dans la mesure où je suis certain que il va être rassurant. » Donc c'est un effet un petit peu différent de l'effet placebo. C'est une question de définition, mais c'est vrai qu'il nous arrive de prescrire des examens pour lesquels on ne s'intéresse absolument pas au résultat, voire éventuellement, on ne redemande même pas au patient qui dit : « je vous ramène l'échographie », « ah oui oui c'est bien, c'est ce qu'on a dit ». Voilà. Donc, après il y a des situations où... la situation qui me vient à l'esprit là c'est que ce sont les situations les plus difficiles, par exemple dans les situations d'absence de thérapeutique efficace, où on a une demande forte du patient, qui ne se résigne pas encore, qui n'est pas encore dans le stade d'évolution de sa maladie, où il va admettre le caractère inéluctable soit du handicap ou de la douleur qu'il ressent, par exemple dans une maladie banale comme l'arthrose du genou : on va avoir des gens qui vont dire « oui mais je suis allé en montagne, j'ai eu mal, qu'est-ce qu'on peut faire ? », alors qu'on a un diagnostic de gonarthrose peu évoluée, peu sévère, mais qui ferait contre-indiquer la marche en montagne, tout au moins la descente en montagne... le patient n'arrive pas à faire son deuil de cette possibilité qu'il avait qui était importante pour lui, et on va prescrire éventuellement de la chondroïtine sulfate ou un produit dérivé du cartilage, dont le médecin est persuadé qu'il n'a jamais démontré son efficacité de façon rigoureuse. Donc ça c'est pour dire : « il faudrait que vous évitiez les terrains accidentés, que vous vous limitiez à ceci, pourquoi est-ce que vous ne vous mettriez pas au vélo ou à la natation, qui sont moins traumatisants pour les genoux ?»... en tout cas les conseils « mettez des semelles amorties, utilisez des bâtons, évitez les pentes raides... et je vais vous donner ça » : car c'est quelque chose qui va être un relai, qui va permettre à l'étape suivante au patient de dire : « malgré le traitement que vous m'avez donné, j'ai toujours mal quand je marche en montagne », et petit-à-petit ça amène le patient à faire son évolution vers le deuil. L'autre situation, où j'ai prescrit hier, c'est un patient qui est en insuffisance cardiaque terminale, et pour lequel on est coincés sur le plan thérapeutique, de façon assez irrémédiable, après avis spécialisé. Il a déjà vu qu'il était un bref séjour en soins vigilants et qu'il ne se passait rien. Il est rentré chez lui et j'ai rajouté un médicament pour... ça a deux effets : le premier est de dire « on va tenter encore quelque chose, parce que ça va l'aider à progresser dans l'idée que on aura tout tenté, qu'il n'y pas d'autre solution, et cætera... et simultanément, il va faire son chemin vers le fait qu'il est atteint d'une maladie incurable, et qu'il est train d'en mourir... et donc ça ça prend un petit peu de temps, et c'est pas facile. Le placebo peut aussi être utilisé comme un moyen de mettre un terme à une consultation : c'està-dire on fait le tour des possibilités, on s'engage sur le chemin : « voilà, où on en est arrivés, on a vu, on a demandé l'avis d'untel, on a essayé ci, on a essayé ça, ça je peux pas vous le donner parce que ceci, ça je peux pas vous le donner parce que cela, en l'occurrence l'insuffisance rénale qui contre-indique certains médicaments, et on va quand même essayer ça, et vous me direz comment ça va dans quelques jours »... ça donne un peu d'espoir pour quelques jours, puis ça l'aide à faire son chemin, et pour nous ça va être le terme, ça va nous permettre de mettre fin à une consultation, qui n'a pas l'issue que l'on souhaite, car l'issue que l'on souhaite c'est de faire partir le patient avec une procédure qui va l'améliorer ou le guérir, donc en l'occurrence, on n'en n'a pas à notre disposition, on a plusieurs façons de mettre un terme, qui vont être « on va demander l'avis d'untel », qui est aussi la prescription d'un spécialiste placebo, c'est-à-dire on sait très bien que le spécialiste va nous dire : « bien écoute, je pense qu'il faut continuer comme ça, et malheureusement, je peux pas autre chose ». Parfois le spécialiste va remplacer un médicament par un médicament de la même famille, dont les effets sont analogues, sans en attendre réellement une amélioration en disant : « bon ben des fois, ça, ça marche mieux, et cætera... ». Voilà, ça va être la même démarche, que l'on va avoir, et là en l'occurrence il va il y avoir une prescription qui va permettre de mettre un terme à une consultation, en relançant un petit peu d'espoir, et en laissant les choses faire leur chemin.

*I : Vous en discutez, de l'effet placebo, avec votre interne ?* 

MSU: Alors on en parle, mais souvent on en parle d'une façon... en réfléchissant à cet entretien, je me disais qu'en fait l'enseignement se faisait de façon inversée... c'est-à-dire que moi je suis très... j'ai fait beaucoup d'essais thérapeutiques, et j'ai beaucoup utilisé des placebos de façon tout-à-fait intentionnelle, pour mesurer l'effet placebo des produits... donc on essaie plus d'attirer les internes vers *l'Evidence Based Medecine* et donc de leur dire: « attention, on sait que là, spontanément, la prescription ça va donner temps de pourcent de résultat, donc dans la prescription, dans ton choix de molécule, il faut être conscient que tu dois faire mieux que le temps de pourcent de résultat ». Donc c'est a contrario où effectivement on sait que pour un grand nombre d'affections, l'évolution naturelle se fait vers la guérison, quelle que soit la thérapeutique utilisée, et, enfin, sauf si on insiste vraiment, mais sinon les gens sont assez résistants, ils finissent par guérir malgré la plupart de nos thérapeutiques, et, de temps en temps, ce qu'on souhaite, c'est des thérapeutiques qui sont plus efficaces que le placebo. Donc l'enseignement, il se fait à contrario, en postulant qu'on a de toute façon un effet placebo qui est un effet puissant, et d'autre part, on attend des molécules que l'on prescrit un effet plus puissant... je ne suis pas clair ?

I : Si si... donc si je comprends bien, avec votre interne, au final, vous ne parlez pas trop d'effet placebo, car vous essayez plutôt de vous tourner vers des thérapeutiques...

MSU: Si, on en parle, mais en négatif, ou en creux, si vous voulez. De toute façon, les internes, on essaie de leur apprendre à utiliser des molécules pertinentes, et qui vont avoir de l'efficacité. Après... Il y a tout ce qui est l'effet du médecin, dans lequel on inclut l'effet placebo... car l'effet médecin et l'effet placebo, dans votre présentation, ne sont pas distincts, mais je pense que c'est pas tout-à-fait la même chose je pense : il y a la partie du relationnel, donc qui est très très claire. Il y a des gens qui viennent ici, et qui vont dire « je viens parce que j'ai mal », on va leur dire « et bien ça c'est dû à ça », on va donner une explication qui va permettre aux gens de comprendre pourquoi ils souffrent, et puis après on va dire « et bien maintenant je peux vous proposer » et puis on va avoir des gens qui vont dire : « mais non, si c'est que ça, la douleur n'est pas tellement importante, je m'en arrange très bien, à la limite je prendrai un peu de PRACETAMOL si la douleur est plus forte, ça ne me dérange pas ». S'ils

venaient, c'était pour chercher une explication et une réassurance. Donc ça c'est un effet médecin qui va se passer de l'effet placebo. Je n'aurais pas intégré « le médecin », dans l'effet placebo.

I : Dans les définitions de l'effet placebo, l'effet médecin fait partie des procédures placebo...

MSU : Je l'aurais séparé, c'est un des aspects un peu particuliers... il y a ici dans mon placard le livre de Lemoine intitulé « Les mystères de l'effet placebo »... Il a sorti récemment la même chose sur l'effet nocebo, c'est-à-dire sur l'effet négatif d'une prescription, en fonction de ce qu'on attend déjà, et que l'on vit très bien, par exemple au début de l'initiation d'un traitement antidépresseur, quand on n'a pas encore tout-à-fait l'adhésion du patient au diagnostic de dépression, et à la nécessité de le traiter. Si l'on prescrit trop tôt l'antidépresseur, on a systématiquement : « je l'ai arrêté au bout du premier comprimé, ou au bout de deux jours, parce que c'était encore pire, ça me faisait trop dormir ou ça m'empêchait de dormir... » Voilà, on va avoir une multitude d'effets qui sont des effets nocebo, qu'il analyse très bien dans son livre sur l'effet nocebo. Donc c'est un livre très intéressant dont je réalise que je l'utilise peu, en tant qu'enseignant. Donc pour revenir, pour se recentrer sur la façon dont je l'enseigne, cet effet placebo, je crois que je le fais aussi... car beaucoup d'internes ont, beaucoup plus qu'un manque de connaissances, un manque de confiance en leurs connaissances. Les recours directs, c'est souvent pour s'entendre confirmer que l'attitude thérapeutique adoptée était la bonne, mais on est dans une situation où on est pas sûr, au début, on n'est jamais sûr de bien faire, et au bout de quelques semaines de pratique, on n'est pas sûr dans un certain nombre de situations, parce que c'est potentiellement grave, notamment les situations où c'est grave, on va tenter de se rassurer... ou dans les situations ou la détresse est très importante, on va tenter de se rassurer. Donc dans ces cas-là effectivement il va il y avoir des prescriptions... très souvent, l'interne, qui n'est pas bête, fait une prescription d'examen paraclinique en disant : « vous verrez mon maitre de stage, avec le résultat, dans trois jours »... en sachant très bien que la prescription paraclinique ne va pas nous apprendre grand-chose, que le chiffre d'hémoglobine va être normal, et cætera... mais c'est une façon de gagner un peu de temps et de rassurer le patient sur le fait qu'on a été capable de faire quelque chose. A ce moment-là, le placebo joue à double sens : il est là pour rassurer l'interne sur le fait qu'il est capable de prescrire -la prescription étant perçue en France comme la façon de mettre fin à une consultation-, autant que de rassurer le patient sur le fait que quelque chose a été fait, qui va déboucher sur autre chose d'ailleurs. Et dans les prescriptions, c'est vrai qu'actuellement par exemple on nous incite très fortement à supprimer la totalité des placebos qu'on utilisait dans l'affection des voies respiratoires hautes de l'enfant, et à renoncer à toute thérapeutique alors que les mamans sont anxieuses et sont en demande d'un soin à faire à leur enfant qu'elles voient souffrir, peut-être pas d'une façon considérable, mais qu'elles sentent pas bien... C'est très difficile de dire à une maman dont l'enfant a une rhinopharyngite, il est réveillé la nuit parce qu'il ne respire pas très bien, il est encombré, et il a éventuellement des otalgies qui sont purement virales et qui ne paraissent pas justifier d'antibiothérapie : « donner un peu de PARACETAMOL, ça doit passer tout seul... » ou « faites des lavages de nez au Sérum salé physiologique », qui est devenu le nec plus ultra de la thérapeutique de l'enfant, par exemple, ça ça n'a pas d'effet placebo, car c'est considéré comme trop banal, ça a très peu d'effet placebo... ça a une petite efficacité certes, mais très peu d'effet « magique ». J'emploie le terme « d'effet magique » pour « effet placebo », mais c'est un peu près ça. C'est-à-dire que la maman est privée de la possibilité de donner un soin à son enfant, ou d'avoir l'impression de le faire, parce qu'on est vraiment dans un discours : si on lui donne un peu de CARBOCYSTEINE : « vous allez le noyer dans la nuit »...ce qui me parait un discours extrêmement douteux, j'y crois pas du tout, vu les hectolitres d'ACETYLCYTEINE que j'ai prescrits dans les années écoulées... et donc il nous manque effectivement quelque chose. Donc la consultation ça sera effectivement une réassurance, mais on a un peu plus de mal à la gérer, sans avoir le relai d'un petite thérapeutique, éventuellement dénuée de toxicité, mais qui avait le mérite de faire quelque chose très régulièrement. C'est là que les homéopathes vont faire beaucoup mieux que nous, en disant : « vous donnez toutes les trois heures deux granules de camomilla 4CH et puis rajoutez le matin et le soir trois gouttes de teinturemerde poudre de perlinpinpin et cætera... dans cette démarche là, en apportant un contact très régulier, et un certain nombre de contraintes pour la mère, qui va avoir à respecter dans ses horaires, pas se mélanger dans ses granules, on va lui donner l'impression qu'elle fait le maximum pour son enfant, et en fait on va la soulager de la tâche qu'elle a de faire disparaître la souffrance de son enfant : « j'y travaille et ça va rentrer dans l'ordre », certes mes granules homéopathiques vont mettre 4 jours pour agir, ce qui est exactement le temps que mettait la CARBOCYSTEINE ou la goutte de perlinpinpin qu'on voulait bien prescrire, et qui est également le temps de guérison spontanée de la maladie, mais ça lui permettait de répondre à une exigence que lui donne la société, c'est-à-dire ne pas rester indifférente à la souffrance de son enfant. Ca ça nous manque un peu à l'heure actuelle. A l'heure actuelle, il faut trouver des relais. On demande à l'heure actuelle aux mamans d'assumer le fait que ça peut évoluer vers une guérison spontanée, que ça n'est pas grave et qu'il faut le tolérer... ce qui est recevable aussi, ça peut être un projet thérapeutique, c'est comme ça que ça se passait... il est évident que, il y a un siècle, on ne courait pas chez le médecin dès que l'enfant avait le nez pris...

# *I : Et vous parlez avec votre interne de tout ça justement, il vous pose des questions ?*

MSU: Ca peut arriver. En fait beaucoup d'internes qui sont passés ici par exemple, sont passés en pédiatrie, et se posent pas de question. C'est-à-dire qu'en pédiatrie on a dit : « on donne rien, point. Ou bien si, du PARACETAMOL mais rien d'autre... et encore ça dépend : si on est passé à Chambéry on a le droit de donner de l'IBUPROFENE, mais si on est passé au CHU on n'en donne surtout pas... » Donc il est acquis que c'est quelque chose qui ne se traite pas, et que ça ne va pas être nécessaire. En fait, ils vont peut-être être surpris que, parfois, en ne donnant rien, les gens ont la sensation que la consultation n'est pas terminée. C'est arrivé un jour à un enfant qui venait pour une otite, qui avait été examiné, donc je lui avais fait une prescription... donc l'enfant repart, et au moment où la maman se lève le petit dit: « mais j'ai encore mal », d'un air de dire « attention, t'es en train de te faire avoir, la consultation n'est pas terminée, je ne suis pas guéri... » j'ai trouvé intéressant de voir ça chez un jeune enfant, donc ça les internes ont du mal à comprendre que... il faut qu'il y ait une explication. Tout récemment j'expliquais à une interne avec ce patient, donc c'était dans un recours direct au cours d'une consultation, il ne s'agissait pas du tout de prescrire un placebo, mais il s'agissait d'une prescription, dans une situation délicate chez un patient très fragile... une prescription inadaptée pouvait être lourde de conséquences, donc c'était une réassurance... et je disais : « il va falloir que tu négocies ta thérapeutique, c'est-à-dire que la prescription c'est le résultat d'un accord entre le patient et le médecin, et souvent, quand on sort de l'hôpital, la prescription, c'est le papier qu'on remet au patient qui s'en va... ce qui est pas tout-à-fait la bonne façon de faire, en sachant que seule une petite minorité des traitements seront pris comme ils avaient été prescrits ». Donc je lui ai expliqué qu'il allait falloir négocier ça, expliquer et obtenir l'accord thérapeutique qui allait permettre de mettre en œuvre cette stratégie-là, qui n'allait pas être évidente chez ce patient qui était inquiet, à juste titre... ça c'est pas tout-à-fait de l'effet placebo, mais il y en a une petite partie quand-même. C'est de dire « ce traitement, il va bien marcher, pour les raisons que je vous indique... ». c'est pas parce que c'est le bon médicament, et que j'ai appris à la faculté que pour tel type d'affection il faut donner ce médicament-là... c'est parce que j'ai appris ça, que je le sais, que j'ai la compétence et l'autorité pour pouvoir vous le donner, que d'ailleurs mon maître de stage, que j'ai appelé devant vous, il a confirmé que c'était bien ça qu'il fallait faire alors que vous avez confiance en lui, alors ça nous fait deux bonnes raisons de faire ça... Et ce médicament, il va agir comme-ci et comme çà, et donc vous devriez obtenir tel ou tel effet, vous devez vous attendre à ceci et à cela, est-ce que vous êtes d'accord pour le prendre, est-ce que vous connaissez déjà ce médicament, est-ce que vous l'avez bien supporté dans le temps, et cætera... » Donc tout ça, ça va faire partie d'un ensemble de choses qui vont aboutir au bon résultat d'un médicament. De la même façon que, quand on anticipe et qu'on explique un effet secondaire fréquent, il va être beaucoup mieux accepté et beaucoup moins souvent à l'origine d'une interruption du traitement. Et d'ailleurs, je sais pas s'il va survenir plus ou moins souvent si on l'a annoncé, cet effet secondaire, mais en tout cas, il va donner beaucoup moins souvent lieu à une interruption du traitement.

I : Donc si je comprends bien, vous parlez ouvertement avec votre interne, de la possibilité d'augmenter l'effet non spécifique d'un traitement...

MSU: Oui, ça c'est certain qu'on en parle notamment dans toutes les situations, par exemple la prise en charge des acouphènes, qui est symptôme extrêmement embêtant pour lequel les patients sont prêts à tout : si on leur dit : « faut aller marcher jusqu'à Lourdes sur les genoux pour être guéris de vos acouphènes », ils partent en cohorte, il n'y a pas de problème, tellement c'est pénible, mais ce sont des domaines où il faut aborder cet effet-là.

I : Donc par contre vous ne dites pas forcément qu'il s'agit de l'effet placebo...

MSU: Non je n'utilise pas le terme « placebo »... notamment cet « effet médecin » comme je vous le disais, je le distingue un peu de l'effet placebo, même si on peut le rentrer tout-àfait dans le même champ.

*I : Identifiez-vous des freins à l'enseignement de l'effet placebo à votre interne ?* 

MSU: En fait, je ne me suis pas posé, avant que vous me la posiez, la question de la façon dont je l'enseignais, c'est quelque que chose qui fait partie, comme monsieur Jourdain, qui fait de la prose sans le savoir, ça fait partie des choses qui vont être enseignées... Je pense qu'il y a peut-être un obstacle : je n'aime pas prescrire un placebo de la façon la plus pure qui soit, c'est-à-dire donner une molécule dont je pense qu'elle est pharmacologiquement inactive, mais dont j'attends un effet thérapeutique important, parce que le patient investit

beaucoup dessus. Et il m'arrive très souvent d'accompagner ma prescription par exemple une prescription d'antispasmodique dans une colopathie de : « ça peut peut-être vous aider, c'est pas ça qui fera des miracles, mais ça peut contribuer à vous aider ... donc j'ai plutôt tendance à ne pas survendre ces molécules, dont je pense que l'effet principal est un effet placebo, donc de ce fait j'en atténue l'efficacité. Un exemple que je cite parfois est la prescription d'un placebo, qui avait été faite dans l'angine de poitrine... une expérience très ancienne : on avait pris des patients qui étaient angineux, parce qu'à cette époque-là il existait encore des patients angineux, parce qu'on leur avait pas posé un stent avant qu'ils aient eu l'idée d'avoir mal. Maintenant, ce n'est pas tout-à-fait dans cet ordre-là. Mais à l'époque, on attendait que les gens aient mal pour explorer leurs coronaires, et on n'avait pas de thérapeutique instrumentale et agressive pour prendre en charge cette angine de poitrine. On proposait des dérivés nitrés au moment de la crise douloureuse, et on proposait également un traitement de fond. Et donc on prenait des patients angineux qui avaient un traitement de base, et on comptait le nombre de comprimés de trinitrine qu'ils consommaient au cours du mois... donc il y avait un mois, et on leur donnait une boite neuve, on comptait les comprimés qui restaient, on leur demandait s'ils n'en n'avaient pas perdu, puis on leur disait « et bien voilà, ils prennent 2 comprimés par jour, par exemple ils ont consommé 60 comprimés au cours des 30 jours écoulés ». Et ensuite, le médecin donnait un placebo pendant un mois. Il disait « voilà, c'est un médicament qui devrait espacer les crises, ou les rendre moins douloureuses : je vous remets ce flacon, de TRINITRINE à nouveau, mais vous prendrez tous les jours, 2 fois par jour, tel médicament qui est très certainement susceptible de vous aider... et le médecin savait que c'était un placebo, et on constatait une diminution sensible du nombre de crises, et donc de la consommation de comprimés de TRINITRINE. Et puis à l'issue de ce mois-là, le médecin donnait le comprimé actif. C'est une démarche qui est très classique dans l'essai thérapeutique : on commence par une période placebo pour faire le base line comme disent les anglo-saxons, et ensuite, on va mesurer l'effet thérapeutique. Et on constatait que, avec ce principe actif, on avait une très forte diminution de la consommation, y compris par rapport à l'effet placebo. Sauf que le 2° médicament était aussi un placebo, et le médecin ne le savait pas. Et donc quand le médecin pensait qu'il donnait une molécule très puissante, le patient avait une nette baisse de ses symptômes douloureux par rapport au moment où le médecin donnait un placebo en connaissance de cause. C'est ça un peu une grosse partie de notre effet thérapeutique. C'est qu'on donne des placebos sans le savoir, jusqu'à ce qu'ils soient réévalués et qu'on montre qu'un anti-spasmodique fait 5% ou10% de mieux que le placebo.

Et la conviction qu'a le médecin dans la façon dont il donne son produit est un des grands atouts. C'est d'ailleurs pour ça que quand je prescris de l'homéopathie, ça a très peu d'effet positif alors qu'un bon homéopathe va avoir un effet beaucoup plus puissant tout en prescrivant la même molécule, la même absence de molécule que celle que j'aurais utilisée

I: Donc d'après ce que je comprends, le principal frein que vous identifiez à l'enseignement de l'effet placebo à votre interne est que vous-même, vous n'utilisez pas trop les médicaments placebos, et que par ailleurs vous utilisez les procédures placebos, mais sans utiliser le terme « placebo » ...

MSU : Ça peut être formulé comme ça... mais les molécules placebos, mes prescriptions en sont pleines, si on fait le tour de mes ordonnances, on va sans doute trouver un grand nombre de produits, notamment dans les affections qui ont un caractère chronique, dégénératif, qui accompagnent le vieillissement, on va trouver beaucoup de ces produits-là... on va en trouver dans les acouphènes, dans l'arthrose, dans la colopathie... donc ce sont des produits qui ont quand même été prescrits et qui sont le relai de la présence du médecin et qui vont avoir éventuellement un effet bénéfique. Donc il y a bien une prescription de molécules à effet placebo, c'est certain. Je mettrais plus volontiers en garde l'interne sur le fait que ce qu'il est en train de faire, ou ce que j'ai fait avant lui, c'est une prescription qui est une prescription d'un placebo, et donc pas d'une molécule active, et que donc il ne faut pas ni survendre, ni surpayer ces molécules, et que notamment, les effets indésirables ne sont pas tolérables lorsqu'il s'agit de ce type de molécules. Prescrire une molécule dont on attend avant tout un effet placebo, c'est tout-à-fait admissible, par contre le faire au prix d'effets indésirables potentiellement graves, c'est tout-à-fait inacceptable. Apprendre à se prescrire soi-même, à s'utiliser soi-même comme placebo, ce que j'appelle l'effet médecin... oui, on en parle. On va en parler à travers l'analyse de situations difficiles, où en fait l'attitude thérapeutique était la bonne, et où l'interne n'a pas senti l'attente du patient satisfaite en totalité. On va expliquer pourquoi, qu'est-ce qui fait que moi si j'avais fait la même chose le patient aurait été content, et, quand il ou elle a fait ça, c'était pas forcément aussi bien... il y a un certain nombre de gestes...les internes le comprennent très bien. Par exemple les internes ont beaucoup de mal à ne pas examiner un patient. Moi ça m'arrive maintenant de plus en plus souvent d'avoir des patients pour lesquels la consultation va se faire de face à face, et il ne va pas il y avoir de retour à l'examen, alors que, au début, et c'est ce que font les internes, quand les gens arrivent avec une radio de poumons, ils vont ausculter le patient, hors... bien sûr il y a des affections

du type de l'asthme où on n'a rien à entendre... mais quand une radio de poumon est prescrite et que les gens la rapportent, type « je n'ai rien entendu, je demande une radio de poumons pour voir s'il n'y a pas une pneumopathie, un foyer de condensation alvéolaire... » S'il n'y est pas sur la radio, l'interne va réausculter le patient... et moi, je ne le ferais plus, sauf si on pense à une autre hypothèse. Mais en général, il n'y a pas de raison de le faire puisque qu'on a sous les yeux une radio qui sort de chez le radiologue et qui nous montre qu'il n'y a rien à entendre. Et donc eux vont le faire, parce qu'on attend d'eux qu'ils examinent le patient. Et ils vont lui prendre la tension même si ça fait pas l'objet, si c'est un patient qui a... y a les dates des dernières tensions qui sont affichées et cætera... si c'est un patient non hypertendu, qu'on l'a mesuré très récemment, et qui a 39°C de fièvre, donc qui va avoir une valeur de tension qui va être perturbée par la vasodilatation, et ça n'a pas forcément d'intérêt, mais ils vont quand même le faire, parce que eux, ils peuvent pas dire : « j'ai fait mon travail de médecin alors que je n'ai ni pris le stéthoscope, ni pris la tension ». Ce sont deux choses sur lesquelles... donc parfois j'attire leur attention sur le fait qu'ils ont fait de « l'effet placebo », si vous voulez, ce que j'appelle « l'effet médecin », pour renforcer leur position de médecin. Et souvent, parce qu'eux-mêmes ne sentaient pas médecin. Eux se sentaient en difficulté, ils n'avaient pas l'impression d'avoir établi l'autorité dont ils avaient besoin pour dire « rentrez chez vous ne prenez rien », ou « ça va rentrer dans l'ordre », ou « je vais vous proposer ça, et l'évolution naturelle fait que, tout va rentrer dans l'ordre »

I : Avez-vous conscience d'influencer la future pratique de votre interne, d'être un peu un modèle ?

MSU: Oui je pense qu'on a une influence sur les internes... dans les deux sens même car il va il y en avoir qui vont dire « surtout je ne ferai pas comme lui... » Mais oui, je préférerais qu'ils essaient de faire comme moi.

I : En pratique, comment pensez-vous qu'il est possible d'améliorer la qualité de votre enseignement de l'effet placebo à votre interne ?

MSU: C'est une question que je ne me suis pas encore posée, car je ne me suis pas encore posé la question de la façon dont je l'enseignais. Donc c'est en fait en en parlant que je découvre ce qui tourne autour de cet enseignement-là. Donc je pense que déjà cet entretien peut me permettre de prendre conscience de cette partie de l'enseignement, et de l'identifier comme tel et de leur permettre de l'identifier comme tel. Je pense que c'est là l'essentiel de ce

que je peux proposer. Et puis ce livre sur l'effet placebo, plutôt que de le mettre dans mon placard, même si je leur indique éventuellement les choses, on pourrait le sortir et le proposer à la lecture, parce qu'une connaissance théorique peut permettre d'avoir un retour vers l'analyse de la pratique de façon plus simple, plus facile.

I : Vous pensez qu'une formation théorique pour les médecins ou pour les internes serait bénéfique et envisageable ?

MSU : Je pense qu'une réflexion est possible. Mais située assez haut dans le cursus, car les jeunes étudiants n'ont pas conscience... surévaluent ou survalorisent l'efficacité de la thérapeutique, très souvent. Ce qui est intéressant, c'est aussi de faire un retour vers nos propres pratiques. C'est-à-dire que quand on se demande dans un groupe de pair : « mais toi, quand t'as ça qu'est-ce que tu fais ? » et bien, on fait rien, nous... moi quand je suis enrhumé je fais rien. C'est-à-dire je prends un peu de PARACETAMOL ou d'ASPIRINE éventuellement, point barre! C'est tout! Je ne mets jamais des gouttes dans le nez, je prends jamais de sirop contre la toux. Donc ça montre bien que je n'en n'attends pas des effets extraordinaires, car je suis bien certain de ne pas en avoir acheté au cours des 30 dernières années. Donc ça peut être éventuellement intéressant un peu tôt, mais essentiellement, je le placerais de nouveau en creux par rapport à ce qu'est l'Evidence Based Medecine, c'est-àdire: «il faut savoir qu'il y a des choses qui sont efficaces, et d'autres que l'on fait, et qui donnent un résultat... parce qu'un des effets de la consultation qui est important, c'est la satisfaction du patient, c'est-à-dire que le patient... c'est un résultat important, parce qu'un médecin libéral souhaite avoir des patients, et donc, si personne ne vient le voir, même s'il ne prescrit que les bonnes molécules, et bien, il va être triste. Mais c'est aussi un résultat qu'on peut rechercher indépendamment de l'objectif d'avoir beaucoup de gens qui veulent prendre rendez-vous avec vous. C'est le fait que les patients sortent en ayant l'impression qu'on a entendu et répondu à leur problème qui est un point très important. Mais ça va être plus dans les techniques de communication qu'il me semble qu'il y aurait à travailler encore... notamment l'écoute du patient, la reformulation et l'alliance thérapeutique au moment de la prescription, plus qu'au niveau de l'effet placebo. Même si, on l'a dit au début, ces choses font partie de l'effet placebo

Bien merci beaucoup d'avoir répondu à ces questions.

# ENTRETIEN n°4

I : Vous arrive-t-il, dans l'exercice de votre profession, d'utiliser les pratiques que je viens de décrire ? MSU : Oui tout à fait

*I : Vous avez des exemples en tête ?* 

MSU: L'homéopathie. Je l'utilise beaucoup comme ça. Effectivement le MAGNESIUM en fait partie. Effectivement des prescriptions d'imagerie peuvent... moi personnellement je n'aurais pas un besoin absolu d'avoir ces résultats, mais je sais que le patient sera rassuré. L'exemple type c'est les céphalées... le scanner dans les céphalées, quand ça fait des années et des années que le patient vient pour des céphalées, angoissé, « j'ai une tumeur », le scanner en général arrête tout ça... après il faut passer à autre chose. Y aura un nouveau symptôme qui apparait. Mais bon, celui-là, des fois on le résout comme ça, c'est vraiment quelque chose de très typique. Voilà en gros les choses principales.

I: Vous avez conscience qu'il s'agit d'effet placebo?

MSU: Oui, bien sûr, je le sais, les gens sont inquiet, le scanner pour eux c'est un truc qui fait foi, et quand on dit: « le scanner est normal », les céphalées, on n'en parle plus. Souvent, il n'y en n'a plus, c'est pas rare du tout. Après il peut il y avoir tout ce qui est traumatisme, donc des douleurs, les gens sont inquiets, nous on sait qu'il n'y a pas de fracture, mais bon... les choses qui trainent... les gens quelque part sont persuadés d'avoir une lésion sous-jacente, le fait de leur montrer que leur radio est normale, pareil, permet, finalement, une guérison plus rapide et plus simple...

*I : Est-ce que, avec votre interne, vous en parlez de tout ça ?* 

MSU: Oui je pense oui... je vais pas vraiment me dire: « bon là, aujourd'hui, je vais lui parler de l'effet placebo », mais on discute des dossiers qu'on voit ensemble, et je suis persuadée que je le transmets

*I : Vous parlez « d'effet placebo » ?* 

MSU: Oui, tout à fait, oui, je l'utilise... déjà pour l'homéopathie, ça c'est clair, et j'explique aussi souvent que certains examens para cliniques, je les utilise dans un sens... alors j'utilise

pas forcément là le mot « placebo », mais j'explique bien que c'est pour rassurer le patient, que moi, personnellement j'en n'aurais pas besoin, pour me faire une idée, de la situation. Mais bon là je pense que j'utilise pas le mot « placebo ».

I : Avez-vous un exemple en tête où votre interne a utilisé l'effet placebo et où vous en avez discuté ? MSU : Non j'ai pas d'exemple en tête

*I : Et pour vous, donc, c'était principalement l'homéopathie...* 

MSU: Oui l'homéopathie. Quand on a envie parfois de rien prescrire, car y a rien à prescrire... oui l'homéopathie... les internes ne savent pas trop... j'utilise malgré tout pas n'importe quoi... j'ai appris un peu à manier l'homéopathie, mais je n'y adhère pas... je suis restée dans l'allopathie... donc je l'utilise quand même à bon escient. Je vais pas prescrire quelque chose qui, a priori, pour un homéopathe, n'a rien à voir avec le problème. C'est peutêtre pas très logique je sais pas... n'importe quoi...

I : Donc vous l'utilisez comme alternative à la non prescription...

MSU: Oui des fois, j'ai l'exemple des verrues, où je prescris de l'homéopathie... ça marche pas si mal... je pense comme effet placebo...

*I : Pour vous, il n'y a donc pas de gêne, pas de tabou à parler de ça avec l'interne ?* 

MSU : Pas du tout. Je pense que ça fait partie de la médecine. Je suis d'accord, cela fait partie intégrante. Et cette arme là il faut qu'on l'utilise. De plus en plus, car on a des médicaments de plus en plus puissants, de plus en plus nocifs. On a vraiment intérêt à l'utiliser le plus possible

*I : Votre interne ne vous pose pas de question là-dessus ?* 

MSU: Non je ne pense pas. C'est entendu. C'est pas non plus quelque chose qui leur paraît étrange. C'est tout à fait entendable, défendable. Des fois l'interne n'y a pas pensé, mais il n'y a pas de surprise. Il me semble que la plupart des internes le conçoivent bien comme ça. J'ai jamais eu de discussion un peu opposante là-dessus.

*I : Comme s'il le comprenait de manière naturelle, intuitive ?* 

MSU: Oui, et pour nous c'est intuitif aussi. Nous on n'en a jamais parlé pendant nos études de cette utilisation-là. Effectivement, c'est venu en cours de pratique. C'est vrai que si on va dire à la SECU: « on va prescrire un scanner placebo », il ne seront peut-être pas très contents mais n'empêche que dans la réalité, ça peut être comme cela, et tout compte fait ça coute moins cher parce qu'on arrête les consultations pour ça, les prescriptions à tort et à travers d'antalgique et cætera... donc que je pense que tout compte fait c'est pas si cher que ça. Voilà.

*I : Vous pensez qu'une formation sur l'effet placebo, la communication, serait intéressante pour les médecins ou pour les internes ?* 

MSU: Je sais pas... pour moi ça fait plutôt partie de... c'est quelque chose qu'on utilise à bon escient, et qui vient naturellement. Je ne pense pas qu'il faille forcément en faire un enseignement. L'effet placebo, on le connait dans les études de médecine, on sait que chaque médicament a 30%, je crois que c'est ça, d'effet placebo, bon ça tout le monde le sait on l'a appris, et à partir de là on construit un peu nos outils. Je sais pas moi. Personnellement je sais pas si un enseignement là-dessus m'aurait aidé dans ma pratique aujourd'hui, je ne crois pas. C'est du bon sens... du bon sens médical

*I : Pour vous, y a-t-il des freins à l'enseignement de l'effet placebo ?* MSU : Il n'y en n'a pas.

I: Donc selon vous, la transmission de ce savoir se fait de manière naturelle, il n'y a pas de frein? MSU: Non, il n'y a pas de frein.

*I : Vous avez l'impression que l'interne a tout compris ?* 

MSU: J'ai l'impression. Ils entendent cela avec intérêt ... il n'y a pas de « oui, mais... » Je n'ai pas eu ça pour le moment. J'ai l'impression que c'est quelque chose malgré tout d'assez limpide. C'est mon expérience avec 10/12 internes, jusqu'à maintenant

I : Avez-vous déjà parlé avec votre interne de la possibilité d'augmenter l'efficacité de n'importe quelle thérapeutique par un effet non spécifique ?

MSU: Non... effectivement, on en parle d'une façon indirecte, car on sait que nous, en tant que médecin, on a aussi un effet placebo. La manière de présenter un médicament : si le patient voit que ça on y croit vraiment, et que c'est bien, alors oui, on rajoute l'effet placebo par notre manière d'être, de le dire, de le présenter. Donc pour moi... c'est un peu pompeux

de dire : « la médecine c'est un art », mais pour moi c'est ça. Là se situe le côté « art » entre

guillemets. Savoir, effectivement, selon les patients que l'on a en face de soi, c'est pas pareil

pour chacun, dire les chose d'une certaine façon, telle qu'il y a une adhésion, que le patient y

croit, que ce que le médecin lui dit va l'aider, que ce qu'il lui donne est bon, et cætera... et

c'est vrai qu'on n'envoie pas le même message selon la personne que l'on a en face de soi.

C'est adapté au patient.

*I : Vous avez conscience d'influencer la future pratique de votre interne ?* 

MSU: Oui, j'espère, je suis là pour ça. Quelque part, si je veux transmettre quelque chose,

c'est que je pense que ce que je fais n'est pas mauvais, et que j'ai bien envie que l'interne

l'intègre. Je sais aussi que je ne suis pas toute seule... je ne risque pas non plus de créer des

dégâts irréparables, avec une attitude qui peut ne pas être la bonne tout compte fait. Je suis un

médecin parmi au moins 3 voire 6 s'il a fait 2 stages, voilà.

I: En pratique, comment pensez-vous qu'on pourrait améliorer cet enseignement, cette

transmission de savoir? Est-ce qu'il y aurait des choses à dire, à plus communiquer à

l'interne?

MSU: Peut-être être plus explicite, effectivement. Peut-être des fois, cet enseignement de

l'effet placebo... d'abord il n'est pas toujours nommé en tant que tel, il est analysable en tant

que tel, mais le mot n'est pas tout le temps utilisé... peut-être par moments l'interne tout

compte fait ne le saisit pas, c'est possible. Et peut-être effectivement, de vraiment le ressortir,

de dire : « et bien voilà, là tu vois, ce que j'ai fait, c'est pour rassurer, j'en avais pas besoin de

cet examen-là, c'est l'effet placebo, peut-être vraiment de le nommer. J'insiste pas assez. Je le

noie peut-être dans la discussion sur un cas, et peut-être que si on demande à mon interne :

« alors l'effet placebo, ton médecin t'en a parlé? » il va dire : « non ». Et pourtant je suis

persuadée que je l'utilise beaucoup et que je le transmets beaucoup. Peut-être là je... je sais

pas comment font les autres médecins mais

*I : Etre plus explicite ?* 

MSU: Oui, de mieux le montrer

I : Ok merci d'avoir répondu...

98

# ENTRETIEN n°5

I : Vous arrive-t-il, dans l'exercice de votre profession, d'utiliser les pratiques que je viens de vous décrire ?

MSU: Alors le placebo pur, ça m'arrive, mais c'est rare... ça m'arrive occasionnellement. Je fais faire des gélules par le pharmacien, avec le numéro que le pharmacien veut bien mettre dessus... des pilules de sucre en fait... ça m'est arrivé... ça se compte les doigts d'une main... de 2 mains... mais ça m'est arrivé pour certains patients. Des gens qui ont pris des gélules comme ça pour la douleur, avec une efficacité pas inintéressante... pendant des mois voire des années... donc ça je l'ai déjà utilisé. Je l'ai jamais enseigné, c'est vrai que c'est pas tombé... y a pas eu de consultation avec l'interne -ça fait 5 ans que je reçois des internes-... il n'y a pas eu de cas où... mais ça m'est arrivé de lui en parler, mais comme ça quoi, peut-être pas à tous...

Le placebo impur oui, on l'utilise quotidiennement... enfin très fréquemment. Y a plein de médicaments qu'on utilise, le MAGNESIUM, les fortifiants, je dirais même les antalgiques, dans beaucoup de situations, dans des tableaux qu'on n'enseigne pas à la fac, qu'on n'enseigne pas en médecine, parce que c'est des tableaux qu'on voit au quotidien, c'est-à-dire des gens qui ont des symptômes multiples, dont on sait pas d'où ça vient, c'est difficile de classer ça psychologiquement... donc on donne des traitements, un peu de MAGNESIUM, en disant, « on va voir comment ça évolue d'ici 1 semaine ou 2. Et si on donne rien, on sait que le patient n'est pas très satisfait s'il n'y a rien de donné.

Après les procédures placebo alors ça oui... ça arrive aussi. Les rituels d'examen, ça arrive... on le voit chez les enfants : le rituel d'examen des enfants qui ont mal au ventre, par exemple régulièrement, ça m'arrive que les enfants me demandent d'examiner leur ventre : en fait, j'ai un peu un rituel d'examen chez le gamins: on regarde les oreilles, la gorge, et cætera... et puis le ventre je regarde, je palpe je regarde s'il n'y a pas une masse, et y a souvent des enfants qui me font « t'as oublié de faire ça *(il reproduit le geste de la percussion)*. Donc on s'aperçoit qu'ils vont mieux quand l'examen... ils sont venus comme à un manège c'est-à-dire en fait ils ont eu l'examen, ils ne sont pas très malades et il faut que l'examen soit complet. Je pense que le rituel, ça existe, oui... l'effet placebo du rituel, je sais pas mais... on voit des gens qui quand déjà ils sont venus chez vous, ils vont déjà mieux... ils vous le disent d'ailleurs. Au niveau des examens paracliniques, oui, moi je m'en sers souvent. Pas trop souvent, parce que

ça coute cher, mais quand on voit des gens qui sont très inquiets, un exemple pour les maux de tête : il y a des gens que vous classez « migraineux », vous les sentez anxieux, ils augmentent leur migraine, vous ça ne vous inquiète pas, car ça fait des années qu'ils ont ça, vous savez qu'ils ont rien, certaines fois, de leur prescrire une radio de sinus, un scanner cérébral, une prise de sang, ça peut aider... donc oui ça je les utilise.

### *I : Vous est-il arrivé d'en parler avec l'interne ?*

MSU: Avec les internes, oui, sur les examens ça m'arrive... quand un interne me dit « tel patient, qu'est-ce que vous auriez fait...? », moi ça m'arrive de dire de prescrire cet examen, pour justifier, car je vois certains internes qui sont embêtés, qui me disent « je sais pas moi, ça fait longtemps qu'ils ont mal à la tête, peut-être qu'il faut faire un examen », moi je dis : « oui », à la fois aussi pour rassurer le patient, donc avoir un effet rassurant, parce qu'on est persuadé qu'il va être normal... bon y a des cas où ça va pas l'être, mais enfin... on est persuadé que dans environs 95% des cas il va être normal, et moi ça m'arrive d'en parler avec l'interne de ça. Les pilules placebo, j'ai dû en parler, mais c'est vrai que je les utilise pas très souvent... et puis les placebos impurs, oui !!! On s'aperçoit que les internes quand ils sortent de la fac, sont un peu réfractaires à ça, complètement! Et c'est toujours amusant de voir que nous, on utilise ça régulièrement, je dirais en plus maintenant, les internes opposent le coût de traitement, « ça coûte cher », mais maintenant c'est plus remboursé dans la plupart des cas, donc ça ne coûte rien à la sécu, à la société... mais par contre, c'est intéressant... Y a des internes qui ont du mal à prescrire ça... par exemple dans des douleurs de thorax un peu bizarroïdes qui ressemblent à rien, le patient va bien, où à la limite on a déjà fait une radio des poumons, on a déjà fait un minimum d'examens qui sont normaux, que le patient a toujours ça... de prescrire du MAGNESIUM dans ces cas-là, on voit des internes qui ont du mal, et on en voit certains qui, au contraire, ont bien intégré cette notion du médicament qui, effectivement, médicalement à priori ne sert à rien, mais... donc oui, ça m'arrive d'en parler, de dire : « pourquoi ne pas prescrire un truc comme ça, parce que ça ... mange pas de pain... donc oui ça m'arrive d'en parler.

#### *I : Et vous utilisez le terme placebo ?*

MSU : Pas le terme placebo, non... je parle pas placebo... je l'ai peut-être utilisé, mais pas vraiment.... Pour les examens, le côté plutôt... de rassurer le patient... mais le placebo en terme de « nom placebo », non.

I : Avez-vous en tête des exemples de situation où vous ou votre interne avez utilisé l'effet placebo ?

MSU: Non, j'ai pas de situation clinique précise, mais c'est déjà arrivé... mais j'ai pas d'exemple en tête.

I : Vous est-il déjà arrivé qu'un interne vous interroge sur ces médicaments ?

MSU: C'est arrivé, effectivement. Les internes qui sont très réfractaires à ça, ceux qui sont « très hôpital », m'ont parfois dit : « j'ai vu que dans le dossier, tu as noté, la dernière fois, du MAGNESIUM pour ce type de douleur » -parce que le patient revient avec les mêmes symptômes, qu'il avait eus & an ou 2 auparavant...- « ça a marché, comment ça se fait...? » donc voilà, des questions comme ça oui, j'ai des retours... et j'explique : « oui, ça craint pas grand-chose », et d'un autre côté on sent que le patient a besoin qu'on le prescrive... et ça ça mérite d'en discuter avec les internes. Plus sur des questions par rapport à des traitements déjà donnés, vus dans le dossier, quand le patient revient pour les mêmes symptômes quelques années plus tard...

I : Avez-vous déjà évoqué avec un interne la possibilité d'augmenter l'effet thérapeutique d'un traitement par un effet non spécifique ?

MSU: Pas directement, je pense pas... pas en terme d'augmenter l'effet placebo... mais ce que je dis souvent aux internes, c'est que le fait d'être un peu « sûr de soi »... que ce qui va rassurer le patient sur notre prise en charge... si par exemple le patient voit que quand on ne sait pas, on va chercher dans le Vidal, ça a un côté rassurant pour le patient selon la manière dont on fait... donc plus la manière d'aborder le patient, et de dire : « et bien voyez, votre tension, elle est comme ça, on va mettre ce traitement-là... » et d'être un peu directif, et... « sûr de soi », c'est un mauvais terme... mais d'être un peu directif, et de sembler un peu sûr de soi, dans ce qu'on fait, ce qu'on dit... car ainsi le traitement sera mieux pris, donc plus efficace... donc je n'en parle pas directement en terme de « d'effet placebo », mais d'augmenter l'effet du traitement, ça je leur dis... on s'aperçoit que les patients vont prendre les traitements, vont suivre nos directives... donc nos traitements vont être plus efficaces s'ils sentent qu'on pose les chose.

I : Est-ce que vous avez l'impression qu'il existe des freins à l'enseignement de l'EP ?

MSU: Je dirais qu'il n'y a pas de freins pour l'utilisation de l'effet placebo... mais l'utilisation de produits qu'on peut considérer comme placebos impurs, où l'utilisation d'examens, je pense que des freins, il y en a... pour les examens, il y en a en terme de coût : je m'aperçoit que les internes - je dis pas qu'on l'est pas, nous...- ils sont assez formatés... vous, votre internat, vous avez toujours vécu avec les économies de santé, donc quand vous finissez vos études, vous êtes un peu calés là-dessus. Je dis pas que nous on l'est pas! Mais quand on a eu le vécu d'avant! Je dis pas qu'il ne faut pas faire d'économie de santé! Ne me faites pas dire ce que je n'ai pas dit! Mais quand on vous a dit « faut faire des économies de santé, faut faire des économies de santé, faut... », et bien on est là, on se dit : « est-ce que je prescris alors que ses mots de tête... c'est rien, quoi... est-ce que je prescris une radio de sinus? », ou alors « est-ce que je prescris un scanner cérébral? » Donc je pense que le frein est là : il est sur le vécu de l'interne, et le vécu des études de l'interne, c'est-à-dire quand il sort de l'hôpital : on s'aperçoit qu'effectivement... moi je l'ai vu par des remplaçants ou des internes qui étaient très formatés... par exemple : « il faut pas polymédiquer une personne âgée ». Effectivement, pour donner une situation, c'est une situation normale, oui, la polymédication... bon on est d'accord qu'il faut éviter de polymédiquer, mais moi, ça m'est arrivé de récupérer des patients qui ont des traitements... cardiologue, machin, et cætera... ils ont plein de traitements, mais ils ont ça depuis des années... donc est-ce qu'aujourd'hui, je commence à tirer dans le tas et à tout enlever alors que la personne va bien ? Ou est-ce que, même si en théorie, sur le plan idéologique, c'est pas terrible ce qu'on fait... moi j'ai vu des internes qui, effectivement, par se formatage, se disent « faut éviter, c'est marqué, on ne doit pas garder tant de traitements chez une personne d'un certain âge! », ils n'avaient qu'une volonté, finalement, c'était de supprimer des trucs, sans se demander à quoi ça sert. La personne elle prend ça depuis 10 ans... donc voilà, moi je dirais que les freins, c'est un peu dans ce sens-là. Ils sont dans l'enseignement des internes. C'est pas que l'enseignement n'est pas bon. Mais c'est d'arriver à interpréter l'enseignement... je pense que soit on reste très théorique, et on sort pas des bouquins, et dans ce cas-là, on aura du mal à passer à l'effet placebo, parce que c'est quelque chose qui effectivement, est reconnu, mais est-ce qu'on va prescrire des examens, est-ce qu'on va donner des médicaments pour ça... en théorie, ça sert à rien... donc, est-ce qu'on reste là-dessus, ou alors on est capable de s'adapter à la médecine générale, et à ce qu'on voit nous au quotidien, ce que ne verront jamais les médecins hospitaliers qui font l'enseignement. C'est pour ça que c'est bien qu'il y ait des médecins généralistes maintenant, mais... et de passer à moment-donné, en se disant : « et bien oui, il y a des moments où ça rend bien service!» voilà, le frein il est là à mon avis, dans l'enseignement des internes, et puis le matraquage: « attention ça coûte cher, attention ça coûte cher... » et quand ça coûte cher, et bien on prescrit plus, on fait plus rien quoi... moi, je suis un peu entre les deux... ça veut pas dire qu'il faut faire des connerie, c'est-à-dire donner du MAGNESIUM ou des fortifiants à tout le monde, mais je pense qu'il faut faire la part des chose et le frein est là : on sort des études, avec ce que l'on vous a enseigné, et derrière, nous, ce qu'on voit, ça n'a rien avoir avec ce que vous faites... ça a quasiment rien avoir avec ce que vous avez appris... pas rien avoir, mais... la pathologie bien réglée, bien structurée, bien carrée, quand on en voit une on est contents! Mais dans 80% des cas c'est pas ça... donc justement l'effet placebo nous rend service. Donc les freins à mon sens ils sont là.

I : C'est un frein lié à l'enseignement... pensez-vous à un frein qui pourrait être lié à vous, pas de gêne, pas de tabou ?

MSU: Non, car on l'utilise régulièrement, y compris sans nous en rendre compte... des fois on se dit... la personne est fatiguée, on a fait un bilan, il est normal... allez je vais lui donner des vitamines... c'est plus une habitude... on se dit : « et bien ça marche, 2 fois sur 3 les gens vont mieux »... après on sort de l'effet placebo là... on sait pas si c'est un effet placebo, ou finalement on se dit « peut-être que ça marche bien ces vitamines... » . On n'a pas de frein, car de temps en temps, je suis pas sûr qu'on prescrive une molécule en se disant : « c'est un placebo », mais plus « je prescris ça parce que j'ai l'habitude de le prescrire », en sachant qu'il n'y a pas d'étude sur ce produit-là... il n'y a rien de prouvé...

### *I : Vous avez vous-même un doute concernant l'efficacité de ces traitements ?*

MSU: Non, parce que pour nous ils marchent, 1 fois sur 2 ou sur 3, donc on joue sur ce tableau-là en essayant des produits dont on sait qu'ils marchent, mais qui marchent peut-être parce qu'ils ont un effet placebo, et non pas sur un plan médical pur, parce qu'il n'y a pas d'étude. On peut prendre le cas de l'homéopathie: il n'y a pas d'étude randomisée où on sait que... et il y a plein de gens qui vont dire que l'homéopathie... alors est-ce qu'on utilise l'effet placebo de l'homéopathie, est-ce qu'on utilise réellement l'effet du produit... Je suis pas sûr que les homéopathes, quand ils prescrivent de l'homéopathie, se posent la question d'un effet placebo. Je pense qu'ils se posent la question de l'efficacité du produit, même s'il y a sûrement un effet placebo.

### *I : Avez-vous la sensation d'enseigner l'EP à vos internes ?*

MSU: Indirectement oui. Pas au nom d'un placebo, marqué « placebo » quoi... mais parfois on adapte notre traitement, notre conduite à tenir, en fonction du patient... donc oui, on l'enseigne indirectement : « ça va améliorer le patient », « ça peut l'améliorer »... mais pas en disant : « je prescris tel fortifiant : « c'est un placebo », mais en disant : « je prescris un fortifiant, car j'ai remarqué que ça marche de temps en temps ». Donc effectivement on utilise l'effet placebo, mais pas en disant : « on va marquer ça, c'est un placebo », moi je dis pas ça à l'interne.

# *I : Vous avez l'impression qu'il comprend que c'est de l'effet placebo ?*

MSU: Ça dépend des internes: il y a des internes qui sont des médecins généralistes un peu dans l'esprit, et qui s'adaptent aux traitements et à la prise en charge du patient... il y a d'autres internes qui ont du mal à sortir de l'enseignement qui, moins maintenant, mais qui va quand même à mon avis à l'encontre de ça. On voit, certains patients sortent de l'hôpital, où on leur a supprimé tout ce qui théoriquement ne sert à rien... Je vais prendre l'exemple d'un patient sous TANAKAN: en théorie ça ne sert pas à grand-chose, mais j'ai 1 ou 2 patients qui sont attachés leur TANAKAN. Quand on leur arrête, ils ne sont pas bien. C'est un effet placebo. Donc ça effectivement, on a des internes qui le comprennent, et puis il y en a d'autres qui vont dire: « pourquoi on donne encore ça »... mais il vont peut-être s'habituer... je pense qu'en médecine générale, on est obligés d'utiliser ces placebos impurs. Par contre, les vrais placebos purs, ça relève plus de l'hôpital... moi je l'ai vu utilisé en gériatrie.

### *I : Pour vous, les stages de médecine ambulatoire se prêtent-ils à l'enseignement de l'EP ?*

MSU: Oui je pense. Les internes sont confrontés directement à des situations où on n'a pas une médecine qui est écrite dans les livres... il va falloir s'adapter aux patients, on est obligés de zigzaguer pour que le patient prenne un traitement, pour essayer de l'améliorer, en sachant qu'on n'a pas grand-chose à lui donner de vraiment ou efficace, où on sait qu'il n'a pas grand-chose... je pense que les stages se prêtent à la médecine générale, donc à l'enseignement, indirectement, oui... il faudrait que j'en parle plus, oui... plus en terme de « placebo », plutôt que : « on fait comme ça, parce qu'on ne sait pas quoi faire d'autre »

I : Vous pensez qu'un enseignement théorique sur l'effet placebo serait utile pour les médecins ou les internes ?

MSU: Non... l'enseigner, personnellement, je vois pas l'intérêt... en plus, on peut pas l'enseigner, car c'est des situations... on peut enseigner des situations, mais après ça devient de la théorie... et après faudra pas non plus que dans l'autre sens on donne des placebos à tout le monde! Il faut pas arriver dans l'autre sens où dès que le patient arrive, s'il est un peu fatigué: « bon aller je vais lui donner un peu de MAGNESIUM »... ça n'a pas franchement d'intérêt.

I : Selon vous alors, comment peut-on améliorer cette transmission de savoir sans tomber dans l'excès inverse ?

MSU : Je pense, par la pratique en stage de ville. Et il faudrait peut-être que nous, maîtres de stage, on soit un peu plus directifs, qu'on parle vraiment de placebo... peut-être que le fait que vous démarchiez pour votre thèse tous les maîtres de stage va peut-être nous faire penser à ça et dire « et bien la prochaine fois, on pourra mettre le nom « placebo » sur un examen... » Peut-être aussi que si les internes, par le biais d'une thèse comme vous la faites, auront des questions sur les placebos... mais en enseignement pur... non... je crois que l'effet placebo, il est connu, il est enseigné déjà. On sait que tout médicament est testé contre placebo, et on s'aperçoit que les placebos marchent tous, donc ça veut bien dire que l'EP existe... mais c'est bien d'avoir détaillé différemment, car entre l'effet placebo du médicament qui lui marche par ailleurs, et toutes les situations où nous-même, le fait de nous voir est un EP, de voir le médecin... donc l'EP c'est aussi la consultation médicale : c'est le médecin, ce qu'il dit... c'est pas simplement la manière de faire, c'est un peu tout ça. On a des patients qui nous disent : « ça va mieux depuis que je sais que je viens vous voir », ça m'est arrivé, c'est une situation courante, c'est pas occasionnel. Bon, il n'y a pas que l'effet placebo, peut-être qu'aussi il allait mieux parce que la maladie passait, mais il y a des gens qui vous le disent... donc effectivement, (revient à l'enseignement de l'EP aux internes) plus dans l'échange avec l'interne que lors d'un enseignement théorique.

#### I : Merci

# ENTRETIEN n°6

Intervention pendant la présentation power point :
I: l'effet thérapeutique global,
MCU: C'est tenu en compte par toutes les firmes pharmaceutiques.
I: C'est-à-dire ?
MCU: Oui, mon fils avait fait un sujet l'année dernière et il a joint, le professeur « j'sais pas quoi » Sherman à Paris, spécialiste mondial de l'EP, où il leur à filé des articles où les firmes pharmaceutiques disaient que quand elles concevaient un médicament, elle incluaient tout le temps
I: Ah oui, par exemple, sur la couleur des médicaments, le bleu est plus efficace sur le sommeil
MCU: Oui par exemple.
I: Est-ce que vous utilisez les techniques qu'on vient d'évoquer dans votre pratique quotidienne?

MSU: Et bien, oui, le placebo inhérent à chaque médicament, forcément dans ma pratique quotidienne, mais c'est pas moi directement, en fait quand je prescrit un médicament, c'est déjà inclus dans le médicament, et je le sais, voilà, donc indirectement je le fais. Impur, euh alors là, très peu, mais il est vrai que si j'ai un patient très demandeur, je vais pour quelque chose -comme je suis peu pour les thérapies lourdes- passer par exemple... là il y avait l'étudiante, je peux vous dire parce que là on revient du débriefing, et elle avait une jeune fille qui consultait qui avait un CAP de coiffure, plus pour un problème de retour veineux des membres inférieurs, et en fait la question était esthétique. Et la jeune fille demandait des drainages lymphatiques chez un kiné. Alors l'étudiante m'a appelé en me demandant « qu'est-ce que je fais, ce n'est que de l'esthétique, elle me demande de la presso-thérapie, machin... ». Alors je lui dis « ben non pas d'emblée, tu fais un doppler etc... », puis après elle me rappelle et elle me dit « elle demande de l'ENDOTELON », donc l'ENDOTELON, versus placebo, c'est quasiment presque inférieur, comme l'homéopathie, donc je lui dit « si

vraiment elle est demandeuse de quelque chose, tu peux toujours prescrire par exemple... » donc moi je suis pas du tout homéopathie, mais dans les veinotoniques, il y a quand même une aberration, c'est que l'HAMAMELIS COMPOSE, qui est de l'homéo -vous ne connaissez pas ?- donc forcément un super placebo, dilué et re-placebo dilué, parce que dans toutes les études l'homéopathie était inférieure au placebo...

I: J'avais mal compris, je pensais que vous parliez des veinotoniques en fait...

MSU: Enfin là c'est de l'homéo avec une composante veinotonique, l'HAMAMELIS COMPOSE, mais il est remboursé. Ils ont oublié de le dé-rembourser. Donc en fait pour nos patients, ils déboursent rien, on ne prend aucun risque à mettre de l'homéopathie super diluée, par rapport ne serait-ce à une autre molécule, donc je lui ai dit « prescrit de l'HAMAMELIS si elle est vraiment demandeuse ». Donc si j'ai bien compris d'après ce que vous m'avais dit, j'ai fait un placebo impur. Et il m'arrive de mettre un petit coup de

Magnésium pour une fatigue, je mentirais si je disais que je ne l'ai pas fait, de mettre de l'ARNICA, alors que je ne suis pas du tout pour l'homéopathie. La procédure placebo, et ben je pense que je la fais tout le temps.

*I: D'accord. Et c'est quelque chose dont vous n'avez pas de mal à parler avec votre interne ?* 

MSU: Enfin, euh... Du mot « placebo » par exemple ?

I: Oui, par exemple.

MSU: Euh, non, par contre dans l'enseignement, c'est ça que j'ai pas compris.

*I: Vous n'avez pas compris quoi ?* 

MSU: Votre thèse c'est sur l'enseignement, mais « comment je vais faire passer le message ? » ou « est-ce que moi dans ma pratique de transmettre quelque chose à mon interne je vais faire un mauvais placebo pour elle ? »

I: Non, non, ce n'est pas ça, notre but est d'étudier l'enseignement de ces notions-là aux internes.

MSU: D'accord. Ben non. Ben en fait, je fais des TCC, des thérapies cognitivo-comportementales (TCC), donc on a quand même une formation un petit peu dessus et dans ce que l'on appelle « l'alliance thérapeutique »: une thérapie ne va marcher que si -ça rejoint

une procédure placebo- que si on a créé avec son patient une bonne alliance, que si on a envie de l'aider, si on sent qu'on va développer une empathie avec ce patient. Donc là, on rentre complètement dans une procédure placebo. Quand par exemple on fait une séance cognitive de Beck, on s'interroge sur ses schémas inconscients, les fondateurs des TCC nous disent « vous faites le tour du bureau et vous vous mettez à côté de votre patient ». Donc là, j'ai complètement une attitude pour l'alliance thérapeutique.

I: D'accord. Mais c'est quelque chose que vous transmettez à votre interne?

MSU: Ah oui oui oui, parce qu'elle assiste aux TCC. Les TCC sont validées scientifiquement, dans les recommandations de l'HAS etc...: trouble anxieux phobique, dépression, stress post traumatique. L'interne assiste aux TCC. Et je transmets ça à l'interne, oui. Enfin, j'ai essayé du moins.

I: Donc vous verbalisez...

MSU: Je verbalise le mot « placebo » ?

*I: Oui. Le mot « placebo, vous n'avez pas de mal à le prononcer ?* 

MSU: Non.

*I: Est-ce que vous pensez que ce sont des notions qui sont importantes à transmettre ?* 

Oui.

*I: Oui ?* 

MSU: Oui. Et puis j'ai vu aussi mon fils avec son TPE en première. Bon il avait ressorti plein d'études. On avait vraiment au niveau cérébral trouvé une nouvelle molécule qui agit au niveau du cerveau.

*I: (regard interrogateur)* 

MSU: Un truc pas très connu, dans la neurotransmission. Oui, y'en a une nouvelle qui a été découverte il y a un an ou deux ans.

*I: Oui ??? Une endomorphine peut-être ?* 

MSU: Oui, et dans les endomorphines, une nouvelle, qui a été mise en évidence et qui est l'« effet de l'effet placebo », la preuve que quelque chose existe, mais comme on a un but

thérapeutique en tant que soignant, bien sûr que c'est important à transmettre dans cet objectif.

*I: D'accord. Et est-ce que vous avez l'impression qu'il peut y avoir des freins de votre côté ou du côté de l'interne dans la transmission de ces savoirs ?* 

MSU: Et bien oui, parce que ce n'est pas quelque chose que je connais très très bien. J'ai bien vu avec un sujet de TPE de mon fils en première que je découvrais des trucs. Et donc je peux faire des erreurs... (silence)

I: D'accord, donc plus par rapport à vos connaissances à vous. Sinon, vous n'avez pas de gêne à en parler?

MSU: J'ai pas de gêne à dire que l'homéopathie est moins bonne que le placebo, j'ai pas de gêne à en parler, au contraire, j'ai intérêt à en parler. Je cherche quelqu'un en face de moi qui quand on en parle qui va me dire « ah oui les nouveau progrès, l'imagerie, c'est ça, machin... ». Au contraire, je trouve ça fascinant. Après l'interne, comment il le reçoit, non, parce que les jeunes internes je les trouve supers. Donc je n'ai jamais eu quelqu'un qui ne comprenne pas...

I: Vous avez conscience d'influencer beaucoup vos étudiants?

MSU: Ça c'est dur à dire. C'est très dur à dire. On ne sait jamais bien. Je crois que vous faites cette thèse avec Jacques Bouchaud, j'ai moins d'expérience que lui, parce que je suis maître de stage que depuis un an et demi. Et, je peux pas dire. Ça dépend trop de la personnalité de l'interne. Avec la dernière on est plus proches, mais du coup comme ça demande beaucoup de connaissance de l'autre, je sais pas si j'influence ou si j'influence pas. Et à la fois, on peut avoir quelqu'un qui peux dire « j'ai été influencé » et puis après elle va tout oublier, voyez, on ne peut pas savoir. Ou elle va avoir un discours hypocrite, donc on ne peut pas savoir quel impact on a réellement, parce qu'on ne connait pas assez ces jeunes internes. On montre quelque chose. Si on montre avec honnêteté et intégrité intellectuelle, on peut dire qu'il y a des chances qu'on s'en souvienne, mais ça dépend trop des personnalités de chacun. Peut-être qu'on s'y prend mal. Peut-être que je m'y prends mal. Donc j'influence pas... je transmets pas comme je devrais transmettre.

*I:* D'accord. Vous pensez que c'est parce que ça ne fait pas longtemps que vous êtes maître de stage que vous n'arrivez pas à évaluer l'impact que vous avez sur vos internes ?

MSU: Ben je pense que oui, j'ai pas énormément d'expérience d'enseignement là-dessus, mais je suis pas sûr qu'au bout de 10 ans je sache mieux évaluer l'impact que j'ai sur l'interne, parce que c'est très complexe comme interaction. L'interne, il peut penser des choses qu'il ne vous dit pas, il peut ne pas apprécier du tout, il peut dire « oui » mais ne plus s'en souvenir, il peut... voilà, il peut être complètement en dehors de tout cela! Voilà, on peut pas deviner, parce qu'on fait pas des évaluations... Après, on voit au débriefing. Donc là je peux dire que l'interne avec qui je suis, je suis sur la même longueur d'onde. Quand elle me demande un truc, je sais qu'au débriefing elle me le retransmet, et qu'elle va pas l'oublier. Mais avec d'autres c'est plus difficile. Le débriefing est pas aussi... harmonieux.

I: Donc finalement, vous n'êtes pas sûre d'être arrivée à transmettre votre pratique ?

MSU: Non, je suis pas sûre de ça.

I: De quelle manière pensez-vous qu'on puisse améliorer l'enseignement de l'EP aux internes ?

MSU: Des cours... Des cours... Sur tout ce qui est fascinant : l'imagerie cérébrale, les nouvelles molécules... Des cours de neurosciences !

I: D'accord. Ce qui vous intéresse c'est plus la physiologie ? Depuis tout à l'heure vous me parlez de neurotransmetteurs, d'imagerie, et tout ça...

MSU: Ben ce qui est fascinant, c'est que ça existe, et que sur le terrain ça fait partie de notre pratique. Donc ça je pense que je transmets, comme... Mais par exemple, si je dis à un interne une manière d'examiner dans la procédure placebo —d'accompagner les gens, de les regarderça c'est fascinant sur le terrain. Mais peut-être que l'on pourrait... J'espère que l'interne retiendra, mais on sait jamais, peut-être que dans 6 mois elle aura oublié... Parce qu'on sait pas l'impact et vraiment ce que recherche l'interne, donc on peut pas savoir comment... La dernière, ça marche bien parce qu'elle est réellement motivée par la médecine générale libérale, donc elle est très attentive. Les autres, on les sentait pas très motivés par s'installer. Donc vous pouvez bien leu raconter plein de truc, si ça leur passe au-dessus de la tête... elles semblent à peu près convaincues mais elle vont pas l'utiliser, donc elles s'en servent pas.

*I: D'accord, vous avez ressenti ça ?* 

MSU: Oui, cette impression que ça les intéressait, mais bon... comme elles allaient faire autre chose... c'est pas sûr que dans 6 mois elles auront retenu, quoi.

I: Et donc avec votre dernière interne, vous prenez beaucoup de temps au debriefing pour parler de ça ?

MSU: Du placebo?

I: Oui, du placebo, des procédures placebo...

MSU: Oui, oui, oui, bien sûr. Comment accompagner la personne, est-ce que la personne a...? Est-ce que le patient avait bien reçu son message, est-ce qu'elle a bien été attentive à le regarder? On avait insisté sur l'examen clinique, par exemple ne pas faire de palpation abdominale trop brutalement, y aller tout doucement, regarder le patient, pour prendre une tension, l'apaiser un petit peu avant, ne pas jeter sur le brassard. Tout ça elle a été attentive, oui. Et puis après dans le débriefing, si on a utilisé de l'HAMAMELIS COMPOSE, on a évoqué le mot placebo, voyez, c'est pas parce que vous veniez tout à l'heure que... mais c'est tout le temps pratiquement... Ou alors dans le discours, je lui ai dit d'attendre, d'essayer de voir, voyez, le discours peut être complètement placebo, et elle a bien apprécié, compris ça.

I: Donc finalement, vous avez eu combien d'internes au total? MSU: trois

*I: Et vraiment vous notez une différence entre la dernière et les deux précédents?* 

MSU: Je pense que pour transmettre quelque chose, ça dépend des motivations de la personne que vous avez en face. C'est comme dans une thérapie. L'alliance thérapeutique, c'est fondamental, le patient, il faut qu'il ait envie de changer. S'il a pas envie de changer, c'est cuit. Donc là, les internes précédentes, si elles ne voulaient pas réellement faire de la médecine générale, et ben, ça les soulaient tous ces trucs de médecins généralistes, placebo machin, accompagnement du malade, écoute... voilà. Donc on transmet moins bien, c'est un peu normal. Plus le fait qu'on peut si prendre mal...

I: Oui? Vous pensez que vous pouvez vous y prendre mal?

MSU: Oui, ben oui... Je sais pas si j'arrive à transmettre... Je fais de mon mieux. Je vais pas dire « c'est absolument parfait comme j'enseigne ou comme j'essaie de transmettre ».

I: Bon et bien merci de m'avoir reçu.

## ENTRETIEN N°7

I : Pouvez-vous me dire si vous utilisez couramment les pratiques que je viens de vous décrire ?

MSU: Tout à fait. Assez régulièrement, régulièrement. Une pratique quotidienne, au moins hebdomadaire, et probablement quotidienne. Autant dans les prescriptions médicamenteuses que dans les rituels, les gestuelles, comme la prise de la tension, effectivement, où le patient peut avoir l'impression de ne pas avoir été examiné, quand bien même on vient de passer une vingtaine de minute avec lui à expliciter un certain nombre de choses. Et donc le fait de ne pas lui prendre la tension à la fin, il est bien souvent qu'on nous fasse remarquer la chose en disant « vous ne m'avez pas examiné, vous ne m'avez pas pris la tension », donc il arrive effectivement qu'on soit amené soit à la prendre de façon, je dirais, non consciente, et parfois volontairement dans le fait de donner l'impression, le sentiment au patient qu'on prend en charge sa problématique, quel que soit le motif de consultation et fortiori plus dans le domaine psychologique, donc quand il s'agit de faire du soutien et de l'accompagnement psychothérapeutique.

*I : Est-ce que ce sont des choses dont vous parlez avec votre interne ?* 

MSU: Alors on fait effectivement -euh, parce qu'on reçoit au cabinet deux types d'internes, des internes en UPL et des internes en SASPAS- donc on ne fait pas la supervision au même moment, il y a les supervisions directes et indirectes, avec les internes en UPL on débriefe volontiers après chaque consultation; et effectivement, on ne prononce pas l'« effet placebo », hein, ce n'est pas le mot qu'on prononce, même si il est dans l'esprit de tout le monde, je pense, présent, mais en tout cas, pas spécifié, ou en tout cas mentionné de façon différente, et comme le fait de préciser en fin de consultation à l'interne que là, il n'y avait pas forcément un intérêt à ce type de traitement, mais que dans l'accompagnement, ça permet d'apporter quelque chose. Alors c'est vrai qu'on est très, au sein du cabinet portés sur- bon ça ne va pas forcement avec votre sujet- sur l'Evidence Based Medecine, donc on essaie d'avoir une thérapeutique et une conduite thérapeutique dans le sens « mise en place d'un accompagnement, d'examens et de thérapeutiques assez proche de ce que la science nous apporte. Donc c'est que ça, ils (sous-entendu « les internes ») y sont sensibilisés très tôt, ils le sont déjà bien avant de venir ici, mais il arrive que dans certaines circonstances on se sente un

peu, peut-être, acculé, on a l'impression de ne plus trop avoir, de thérapeutique à proposer et en fonction du profil du patient, il peut arriver qu'on prescrive une molécule, mais alors, on essaie en tous cas dans la mesure du possible et du temps, de bien préciser à l'interne que ben voilà dans cette circonstance le Magnésium n'a pas d'intérêt. On le fait aussi avec certains patients, selon leur niveau intellect et ce qu'ils sont capable de comprendre, et de retenir, il arrive qu'on leur dise « et ben voilà », ils viennent avec l'idée de se faire prescrire du Magnésium, puisque vous en parliez, et en repartant d'ici, avec une information que, selon les études , ça ne va pas apporter grand-chose et que la prescription n'est pas forcément utile, et avec leur ordonnance ils sont satisfaits, au moins, de la prise en charge. Et en fonction de ce qu'ils peuvent nous répondre, ils peuvent repartir avec une ordonnance même si ils ont eu l'information que ça n'a pas été très utile de prescrire, repartir avec une ordonnance, quand bien même ils aient compris que ça n'a pas forcement d'intérêt. Mais c'est vraiment, je pense, très patient-dépendant. Voilà. Tout comme la prise de tension, c'est aussi patient-dépendant, dans la nature de la consultation, qui à mon sens, rentre en ligne de compte. Les internes sont en tous cas, bien sensibilisés à ça. Je pense, maintenant après, j'espère.

*I : Est-ce que vous identifiez des freins à la transmission de ce genre de savoir ?* 

MSU: Vis-à-vis des internes?

*I : Oui, vis-à-vis des internes, par rapport à votre enseignement.* 

MSU: Non, je ne pense pas qu'il y ait des freins particuliers, ils sont plutôt très critiques, enfin, très tôt et très critiques dans les prescriptions, on leur demande de bien, de ne pas hésiter à nous interrompre soit pendant la consultation si il semble pour eux opportun de le faire ou en tous cas selon encore une fois le type de consultation, à nous interrompre en fin de consultation ou entre deux. Ils sont bien sensibilisés au fait que par exemple, si les choses leur ont semblées contradictoires, farfelues, dénuées de tout sens et pas forcément proches de l'EBM, ben on leur demande effectivement de ne pas hésiter à nous sensibiliser à cela, ben en tous cas de ne pas hésiter à en parler, quitte à le noter sur un bloc note...

(Dring dring, téléphone) MSU, A sa secrétaire : Je pourrais ne pas être dérangé pendant toute la demi-heure ? L'entretien est enregistré. A l'intervieweuse: Excusez-moi. J'étais en train de vous dire... C'est très perturbant, c'est pas votre enregistrement hein, c'est le fait d'être interrompu, ça arrive souvent, malheureusement. J'en étais, j'en étais...

I : Vous étiez en train de me dire que les internes étaient très sensibilisés à l'EBM, et qu'ils vous remettez ...

MSU: Oui, je trouve qu'ils sont effectivement, très critiques, et qu'ils n'hésitent pas à nous interrompre, à nous interpeller, de façon très habile en général, aussi loin que je puisse me souvenir, il n'y a jamais eu aucun soucis de ce côté-là, en tous cas sur le fait de l'intervention, et voilà. Et on est, je pense, en tous cas on essaie d'être très porté sur la chose et d'expliciter les problématiques qui peuvent être soulevées au cours de la consultation ou entre deux consultations, et en particulier par l'interne.

*I : D'accord. Et vous pensez que les problématiques éthiques potentiellement liée à la prescription de placebo peuvent constituer un frein à son enseignement ?* 

MSU: (Silence...) Je pense que à partir du moment qu'on explicite à l'interne tout ce qu'on est en train de mettre en place, en terme de feuille de route, feuille de soin, vis vis du patient, que le patient est au courant de la sensibilité que nous nous avons dans la prescription de thérapeutique ou dans la prescription d'examen, je suis, et je pense et j'espère, en tous cas j'ai pas forcement de conflit de ce côté-là, en tous cas il ne me semble pas de ressentir un conflit de ce côté-là. A partir du moment où les choses sont explicitées, du côté des deux parties qui sont encore une fois le patient et l'interne quand il est là en formation, je n'ai pas foncièrement entre guillemet de remord -c'est peut-être pas le mot que je devrais prononcermais voilà, à partir du moment où les choses sont explicitées, comprises des deux parties, on est plus dans une logique de compréhension de l'un vis-à-vis de l'autre, mais tout aussi ouvert, je pense à la critique. Alors après, il peut arriver -c'est pas forcement arrivé de but en blanc- il peut arriver qu'il y ait une distension ou tout du moins une vision différente, qui peut en tous cas enfin à mon sens être enrichissante pour l'expérience du médecin comme pour celle de l'interne, à partir du moment où il y une discussion, c'est surtout ça qui est important.

*I : Est-ce que vous pensez que c'est important d'enseigner l'effet placebo ?* 

MSU: Alors oui je pense. Ne serait-ce que parce que pour avoir moi-même été confronté lorsque j'étais interne à l'hôpital, au CHU -euh, alors la prise en charge des patients est foncièrement pas la même, on est moins confronté quelque part je dirais à des situations d'urgence telles que celles qu'on peut être amené à voir aux urgences médicales ou dans des grands services hospitaliers-, euh mais quand bien même je pense que c'est quelque chose

qui peut-être certainement intéressant dans la mesure où ça permet d'avoir une conduite habile, éthique, comme vous le disiez vis-à-vis du patient, dans la transparence et du corps enseignement et à fortiori des médecins qu'on peut recevoir dans notre cabinet, oui l'idée d'avoir une certaine transparence, donc euh, l'idée de pouvoir enseigner au sein de la fac ou en cours externalisé au cours des GAC, l'effet placebo, me semble intéressant, c'est quelque chose qui nous a peut-être manqué, beaucoup, et on a du développé peut-être cette sensibilité-là plus sur le terrain quoi, sur le terrain de stages hospitaliers et des stages ambulatoires. Voilà, je pense du coup ont tendance à faire appel à sa propre expérience et on sait pas foncièrement à mon sens si ça repose sur des choses bien scientifiques, quoi, et le fait qu'on puisse apporter un certain enseignement dans ce sens-là, ça permet de se reposer plus sur certaines certitudes, plutôt que de partir un petit peu sur des données subjectives, voilà.

I : D'accord, et est-ce que vous abordez avec votre interne ce que j'abordais avec vous tout à l'heure à savoir l'effet placebo inhérent à tout thérapeutique et qui peut augmenter l'effet thérapeutique global de toute thérapeutique ?

MCU: Pas franchement, et pas dans ce sens-là. Je vais vous illustrer avec un exemple. Il arrive parfois qu'à l'issue de certaines consultations, j'ai pas forcement d'exemple tout fait à vous donner, mais, par exemple tout à l'heure j'illustrais mon propos en disant « il arrive qu'on puisse prendre la TA en fin de consultation à un patient », euh, en sortant de consultation, surtout dans les premiers temps des stages avec un interne où on leur fait préciser « ben voilà, là par exemple la prise de TA n'a aucun intérêt, mais dans l'expérience vécue de certains patients, il y a un retour dans le fait de penser, que du côté du patient en tous cas, que le fait de ne pas lui avoir pris la tension lui donne l'impression de ne pas avoir été pris en charge et que sa problématique n'a pas été écoutée et analysée, quand bien même on ait pu rester 20 minutes à expliciter des choses avec ce patient et donc le fait de lui prendre la tension permet de renforcer de son côté l'idée qu'on se fait de lui faire comprendre qu'on le prend en charge dans toutes ses dimensions ». Et donc voilà, on précise au patient, euh, à l'interne, que là la tension n'a aucun intérêt mais que dans le fait de la prise en charge du patient, pour qu'on lui donne l'impression, le sentiment qu'il est pris en charge, on la lui prend. Voilà. C'est arrivé d'expliciter les choses dans ce sens-là. Vous dire qu'on lui précise ou qu'on lui explicite les choses dans le fait de comprendre que ça permet de renforcer l'effet thérapeutique, je pense pas l'avoir exprimé dans ces termes là et dans ce sens-là avec les différents internes que j'ai pu avoir. Après c'est possible que ça a pu être dit de façon voilé,

mais c'est pas quelque chose qui est du conscient. Voilà. Consciemment, je ne pense pas avoir utilisé ce type de phrase.

I : Vous me parlez des rituels, mais quand vous prescrivez n'importe quel médicament...

MCU: Alors dans les « n'importe quel médicament », on essaie de rester je vous le disais euh, proche de l'EBM, mais il arrive... ce que vous mettiez entre parenthèse dans ce que vous illustrez comme propos dans le fait de prescrire du Magnésium, c'est quelque chose qui est assez... qui cristallise pas mal à mon sens puisque c'est souvent ce type de thérapeutique- il y a aussi les veinotoniques, puisque que là on a pas non plus le sentiment que le service médical rendu est intéressant- mais on va prendre l'exemple du magnésium puisque c'est un exemple assez parlant à mon sens. Là par contre on est dans une logique où on va le prescrire au patient sans franchement lui expliciter peut-être la chose, que ça a un effet thérapeutique et dans le cadre de la supervision, on dira à l'interne qu'on a fait quelque chose qui n'est pas foncièrement proche de l'EBM, mais qui est peut-être plus dans l'effet donc placebo, parce que le mot est pas franchement prononcé, c'est pas un mot qui est... bon c'est pas un mot tabou non plus. Mais on va plutôt expliciter à l'interne que voilà, on a mis du magnésium mais en service médical rendu et en niveau de preuve, c'est foncièrement proche de zéro. Et alors, on est peut-être plus ou moins dans l'inconscient de penser que dans l'esprit de l'interne il va forcément comprendre que c'est foncièrement de l'effet placebo. Alors après, dire comment c'est foncièrement exprimé et comment c'est reçu... y'a pas foncièrement d'analyse jusqu'à prononcer le mot placebo.

I: D'accord. Donc ça c'est pour les placebos impurs, mais par exemple si vous prescrivez de la METFORMINE ou d'autres médicaments qui ont fait leurs preuves dans certaines indications, est-ce que vous parlez de l'effet placebo que l'on peut y mettre ?

MCU: Non. Non. J'en parle pas trop ou pas du tout quoi. C'est pas forcement parce qu'on veut pas aborder la chose mais qu'on a pas conscience de la chose. Et ça c'est plus du côté du maître de stage. C'est pas forcement soulevé par le médecin, pardon excusez-moi, par l'interne en stage. Voilà. Donc c'est beaucoup moins fréquent sur cette dimension-là, je trouve.

*I : C'est quelque chose dont n'avez pas conscience vous-même peut-être ?* 

MCU : Je pense dans les prescriptions, parce que quand c'est des grands domaines que sont - je ne dirais pas forcement la chasse gardée des médecin traitants, des médecins généralistes ou des médecins en soins primaires- mais des pathologies chroniques comme le diabète, mais je pense pouvoir dire que chacun de mes patients qui sortent de ce cabinet -enfin de ces 3 cabinets- sortent avec des prescriptions qui ont fait leurs preuves. Alors, je ne vois pas ce qui peut bien se passer dans le bureau du Dr A ou du Dr B (nb : ses associés) mais on a une vision assez convergente des choses, on a aussi une espèce de supervision entre nous, puisqu'il arrive qu'on soigne les patients des uns et des autres, et l'idée de prescrire quelque chose qui n'est pas foncièrement utile pour le patient, pour sa pathologie donnée –là par exemple le diabète- ça ne figure pas franchement sur son ordonnance quoi...

I : Ce n'était pas ça dont je voulais vous parler, c'est simplement de dire que, selon la manière dont vous allez présenter votre metformine, elle aura plus ou moins d'effet...

Alors, je voulais rebondir sur l'idée de penser, même plus de penser, qu'on a des patients qui ont des profils différents sur le plan instruction. Alors, on ne parle peut-être pas forcement d'effet place... enfin... dans la façon de présenter les choses, alors je voulais dire que avec les patients instruits, on va pas hésiter à parler d'études. Chez un autre, on va peut-être raccourcir le discours en disant « c'est bien pour vous, c'est bien pour votre santé ». Alors, certainement que la présentation n'est pas la même puisque dans un cas on illustre avec des études et que dans l'autre on ne va pas le faire. Euh.... Non pas parce qu'on a pas envie de se fatiguer, mais parce qu'on n' a pas le sentiment que le patient va avoir une certaine sensibilité de ce côté-là. Et peut-être que le médecin qui présente la molécule joue énormément. Si bien que du coup, les internes, quand ils sont amenés à modifier un traitement ou quand ils sont dans une logique de pouvoir ou de vouloir le faire, et bien ils n'osent pas le faire parce qu'ils ont l'impression que le patient en face d'eux ne va pas forcement l'accepter parce que ce n'est pas prescrit, ou changé, modulé, adapté, par le médecin qui est sensé les suivre. Alors après il y a beaucoup, ben, l'effet de confiance qui rentre en ligne de compte, l'effet de connaître le médecin et de ne pas forcement connaître l'interne qui officie à sa place, mais euh alors peutêtre, oui, c'est vrai que dans la façon dont ils ont... enfin, le médecin qu'ils ont en face d'eux va forcément favoriser l'acceptation du traitement, de la feuille de route, plus que si c'est forcément prescrit par un autre confrère. Euh, alors après...

*I : Est-ce que c'est un sujet que vous abordez avec votre interne ?* 

MCU: Euh, pas franchement, je trouve pas, peut-être pas... C'est pas quelque chose qui me frappe, on est plus porté sur l'EBM, et pas sur le fait de penser que par exemple « dans tel cas, tu vois, on a prescrit telle chose chez ce patient, mais il a fallu utiliser une dialectique un peu différente, parce que ce patient avait cette logique-là ». Non, je crois pas qu'on le fasse, je crois pas. J'ai plus l'impression que c'est dans l'inconscient. Est-ce qu'on pense que l'interne a compris et que du coup on ne le soulève pas ? Est-ce l'interne n'ose pas en parler ? Est-ce que pour nous on pense tout simplement qu'il n'y a pas eu de problématique et on le fait pas ? Je ne sais pas. Je sors mon joker. .. Je pense effectivement, maintenant que vous me le dites, que c'est certain qu'une thérapeutique n'est pas présentée de la même façon quand bien même c'est la même molécule, et qu'en face de nous on a des patient de niveaux sociaux, professionnels, culturels, différents, quand bien même on peut parler leur langue, euh, certains ont, peut-être à tort- nous avons le sentiment qu'ils ne sont pas capable de comprendre qu'il existe des études avec des niveaux de preuve. D'autres, on va screener les pensées qu'ils ont, un certain niveau et un certain bagage, et on va penser qu'ils vont comprendre plus facilement et foncièrement accepter. Et donc la politique dans la manière de présenter la chose est fondamentalement différente. C'est sûr, j'en suis certain. Mais c'est pas soulevé avec l'interne.

*I : C'est pas verbalisé ?* MCU : C'est pas verbalisé.

I : Est-ce que vous pensez qu'il y a des moyens pour améliorer l'enseignement de l'EP?

Les mises en situations... les jeux de rôle... Ca me semble pas mal, pour avoir été dans des séminaires différents, autours pas forcement de l'effet placebo, mais dans un certain nombre de séminaires où on a eu à illustrer pas mal les choses sous la forme de jeux de rôle. Je pense que ce type de situations pourrait permettre de faire en sorte de soulever intuitivement et de verbaliser les choses et peut-être de formaliser au sens écrit, au sens « niveau de preuve » peut-être, que il y a foncièrement un effet placebo évident, et qui est peut-être, tant qu'on l'a pas forcement explicité, dans l'inconscient et du médecin et du stagiaire -enfin, de l'interneet que du coup on a pas, je pense pas en tous cas en ce qui me concerne, le sentiment qu'il y a une problématique et donc on la soulève pas. Et donc le fait des jeux de rôle, et les mises en situation, est pas mal, quoi...

I: D'accord. Et est-ce que vous avez conscience pour votre interne d'être un modèle?

MCU : Je pense que j'en aurais encore plus conscience si j'étais le seul maître de stage qu'il verrait, et je serais pas forcement à l'aise. Alors ce n'est pas forcément une réponse que vous attendiez...

#### *I* : Non j'attends rien.

MCU: Mais le fait que ces internes évoluent dans 3 cabinets avec des pratiques différentes du fait que ce sont 3 médecins avec des personnalités différentes, des parcours différents, même si on a la même sensibilité au sens « niveaux scientifiques de preuve » pour ce qu'on apporte à nos patient.. Peut-être, peut-être que je suis un modèle, mais j'espère qu'ils sont relativement critiques pour ne pas forcement tout remettre en question, mais pour être suffisamment critiques pour décortiquer tout ce que je peux bien dire et tout ce que je peux bien faire. Ça m'apporte d'ailleurs beaucoup plus qu'on critique mes prescriptions et mes conduites thérapeutiques, même si oui d'une façon ou d'une autre je pense qu'on est un modèle. Alors cet effet de modèle avec les avantages et certainement les inconvénients sont dilués avec le fait que le même interne passe dans d'autres cabinets ce qui permet de confronter les images et de confronter les pratiques, et d'en tirer une certaine substance qui je l'espère est relativement plus objective que subjective.

I : Mais vous avez conscience de l'influence que vous avez même si le mot « modèle » vous gêne ?

MCU: Voilà, le mot « modèle » me gêne, je dirais plus « influence » ou « sensibilité ».

I : Mais un modèle peut-être quelques chose de positif ou de négatif.

Ouaih c'est vrai. Et je pense que les deux en font parties, hein... Je pense qu'on doit certainement avoir de bonnes pratiques, j'espère en tous cas quand on essaie d'être proche de la réalité –enfin d'un certain niveau de preuves- pour ce qui est de notre conduite thérapeutique et pratique, en terme d'exercice médical, de prescriptions d'examens, mais j'ai surtout conscience d'une certain nombre de scotomes –même si c'est pas forcement conscient un scotome par définition-, euh, et le fait d'être modèle, ce qui me gêne le plus c'est foncièrement de transmettre quelque chose sur laquelle votre interne va recevoir sans être critique vis-à-vis de ça. Et ça c'est ce qui me gêne le plus. C'est ce qui me gêne le plus, certainement.

*I : Voilà je vous remercie.* 

MCU: Merci aussi à vous, merci de vous être intéressée à moi.

Arrêt de l'enregistrement

En off: vous savez, l'EBM ça ne va pas contre l'effet placebo.

Oui c'est vrai c'est complémentaire, et ça peut permettre justement d'être plus transparent sur ce que l'ont fait réellement en consultation

# ENTRETIEN n° 8

I: Vous me disiez qu'il vous arrivait dans votre exercice d'utiliser les pratiques que je viens de décrire ?

MCU: Bien sûr.

I: Pouvez-vous me donner des exemples de situations...

I: Alors, en technique, ben oui, c'est en fait une consult' de médecine générale où les gens sont là juste pour demander à être rassurés, où rien que le fait de la consultation, le médecin est un placebo à lui tout seul, et très souvent le contenu de ces consultations c'est très souvent la parole, à laquelle on adjoint ou non une prescription avec en tête « surtout ne pas nuire au patient , en faire le moins possible » parce qu'il n'a pas grand-chose ou parce qu'on sait que la pathologie qu'il a va passer toute seule. Je pense que tous les adultes en médecine générale qui consultent parce qu'ils sont enrhumés, ben le but de l'opération en MG, c'est de donner le moins possible, enfin, pas de substances dangereuses qu'on vend sans ordonnance le plus souvent, mais de les rassurer, de leur dire que bon « y'a pas de bronchite, y'a pas d'angine, y'a rien de grave » et que, un petit « pschitt » dans le nez, un petit coup de doliprane si ils veulent et puis ça va passer... Sachant que le rhume de toute façon en 3 jours, il passe, même si on consulte pas. (*Rire*). Bon je donne l'exemple du rhume, mais il y en a plein d'autres... Y'a l'asthénie effectivement, dans laquelle on est des fois amené à prescrire, bon à faire la prise de tension, ça les rassure, un bilan biologique, dont on sait pertinemment qu'il sera négatif à la sortie, bon ça les rassure.

*I:* Ce sont des choses que vous utilisez couramment, mais est-ce que vous en parlez à votre interne?

MCU: Alors, j'en parle en lui présentant ça comme un effet placebo, j'emploie pas forcement ce terme. Mais ce que je leur apprends, c'est certain, c'est que dans toutes ces petites pathologies qu'on voit dans les cabinets en médecine générale, ben la première des choses c'est de ne pas nuire au patient en lui prescrivant des substances qui n'ont pas lieu d'être, quoi. C'est ça le plus important, ne pas nuire au patient, avec, j'emploi souvent le terme « prendre un bazouka pour tuer une mouche » (Rire). Voilà, après, je n'emploie pas forcement le terme placebo dans mon discours.

I: Très bien. Vous avez un interne en SASPAS ou en UPL? MCU: En UPL

*I: Donc il vous voit en consultation ?* MCU: Oui oui tout à fait.

I: Et s'il vous voit prescrire par exemple du Magnésium ou autre chose, vous lui dites à la fin de la consultation

*MCU:* Je dis surtout pas devant le patient. Tout l'apprentissage que je fais avec l'interne, c'est forcément toujours en dehors du patient, même quand ils sont en semi –autonomie, où après je sais qu'ils vont être tous seuls, donc j'essaie de ne pas trop les reprendre en me disant « non non ça ne se fait pas », sinon le patient, il a plus confiance après... On en parle après, à la fin de la matinée en ce qui me concerne, vu la façon dont je consulte. Donc oui, quand je prescris du Magnésium quand quelqu'un est fatigué... ce qui m'arrive finalement rarement, parce qu'en prenant de l'âge, je, je,..., je les rassure, tout simplement. Mais quand ça m'arrive, je dis « bon ben voilà, ça le rassurera d'avoir... ». Mais je ne parle pas de placebo, je lui dis « ça le rassurera ».

I: D'accord. Vous n'employait pas le terme, parce que...

MCU: Parce que ..... Parce que j'y pense pas, tout simplement, hein... Voilà, j'y pense pas.... Qu'à la base, c'est un placebo, sûrement, mais c'est vrai que, le placebo, on a plus la notion que c'est de donner une pilule au gens, une pilule vide comme je disant tout à l'heure, une gélule vide dont on sait qu'il n'y a rien dedans. Le Magnésium, y'a déjà... c'est un placebo impur comme vous disiez... Si tant est que le Magnésium soit efficace dans quoi que ce soit... Enfin, on va pas partir là-dedans... Donc j'emploie pas le terme, voilà.... Pourquoi ?... Question d'habitude, question de formation, effectivement, nous encore plus que vous, le placebo, au cours de nos études... Si, dans les études de pharmaco, où les molécules sont comparées au placebo, sinon, on en entendait jamais parler.

I: Donc c'est quelque chose que vous avez constaté, au fur et à mesure...

MCU: Oui, au fur et à mesure de ma pratique, c'est comme ça que ça fonctionne... Ça s'appelle l'expérience (Rire)

I: Pensez-vous que c'est important d'enseigner ces notions-là à votre interne?

MCU: Oui, parce que toutes ces notions là on ne les voit pas à l'hôpital, justement... Je parlais du rhume tout à l'heure, mais parlons de l'asthénie si vous voulez c'est la même chose,

le patient, il ne va pas consulter à l'hôpital parce qu'il est fatigué ou enrhumé... Donc tous ces gens-là, on ne les voit pas, déjà. Et la médecine générale, c'est 80% de consultations comme ça, pour de temps en temps une pathologie intéressante pour le médecin et pas forcément pour le patient. On en voit beaucoup au cabinet et vous en voyez peu à l'hôpital. Ça, c'est que au cours des stages de médecine générale qu'on voit ça.

I: D'accord. Parce que vous associez la prescription de placebo aux pathologies non graves...

MCU: Qui de toute façon passeraient dans le temps très certainement. Enfin.... Disons que ça peut marcher dans l'anxiété, ça peut marcher dans certains types de douleurs... enfin j'ai pris l'exemple de pathologie pas graves mais pas forcement, non. Dans la douleur, les placebos n'ont pas un effet zéro...

*I: Tout à fait. Et j'évoquais tout à l'heure l'effet placebo inhérent à toute prescription, même dans les pathologies comme...* 

MCU: Oui, l'effet placebo inhérent à toute prescription, ça revient au médecin placebo. Déjà le contenu de la consultation en dehors du contenu de l'ordonnance est important. Ensuite, on s'aperçoit des fois que, je redonne l'exemple de la douleur, le patient a pris du DOLIPRANE, ça marche pas, c'est du PARACETAMOL, on va lui prescrire de l'EFFERALGAN alors peut-être à bonne dose alors qu'il avait... et miracle, ça marche ! *(rires)* 

I: Mais est-ce que c'est quelque chose que vous faites constater à votre interne ? Vous partagez ça ?

MCU: Oui oui oui.... Pas forcément en employant le terme « effet placebo» . Encore une fois. Mais bien sûr je lui fais remarquer.

*I: OK. Est- ce que vous pensez qu'il existe des freins à l'enseignement de l'effet placebo à votre interne ?* 

Pfffff..... Des freins ??!!!.....Non. Ca dépend de sa personnalité, après. Donc ceux qui ne veulent pas en entendre parler donc bon... c'est vite vu. Sinon, non. Donc moi le frein que je me mets c'est de ne jamais parler du contenu d'une consultation devant le patient, c'est toujours après. Quel que soit le stade où on en est avec l'interne, c'est-à-dire que ce soit en

consult à deux, que ce soit en semi autonomie, en autonomie complète, jamais devant un patient, c'est le seul frein que je me mets.

I: D'accord. Vous me parliez des freins liés à l'interne, certains qui ne sont pas intéressés....

MCU: Qui ne sont pas intéressés, hein.... qui ne sont pas intéressés, et... j'allais dire « qui vont devenir hospitalier s» (*Rire*). On en voit certains passer qui ne sont pas du tout intéressés par la MG et la pratique en cabinet...

*I: Parce que vous associez l'effet placebo forcement à la pratique de la MG?* 

MCU: Non non pas du tout. Mais..... euh.... L'effet placebo, ça peut être pour certain, quelque chose qui est en dehors, qui est pas purement scientifique. Par exemple. Voilà hein, donc.... Quand on sort pas du cadre pur d'une maladie, qu'on a fait un diagnostic, ou qu'on s'est dit « bon il a ça on va faire ça », quand on en est à, j'allais dire à ce stade de la pratique médicale, l'effet placebo, il est pas palpable encore...

*I: Donc pour vous, ça nécessite quand même une certaine maturité pour comprendre ce genre de notions...* 

MCU: Sûrement, sûrement. Sûrement.

*I: Et avec les internes que vous avez eu, en proportion?* 

MCU: Y'en pas beaucoup, n'exagérons pas non plus... Hein, mais en proportion, mais j'en ai eu, allez à la louche, 80% qui étaient réceptifs à ce genre de choses et peut-être même pas 20% qui ne l'étaient pas. C'est peut-être même, 90 et 10. C'est pas beaucoup, c'est même une frange....

I: D'accord. On vient de parler des freins du côté des internes. Est-ce que vous pensez qu'il y a des freins de votre côté ?

MCU: Non, parce que je l'utilise tellement souvent cet effet là sans en parler comme ça que, non... (Rires)

*I: D'accord. Vous êtes claire avec vous-même sur votre pratique ?* 

MCU: (Soupir...) Oui, j'essaie, je crois. Je crois, oui. Oui, si c'est pour donner un exemple plus précis, si c'est pour donner du Magnésium dans l'asthénie, je sais très bien que je prescris rien du tout...

*I: D'accord. Et pensez-vous que vous influencez beaucoup votre interne dans sa future pratique ?* 

MCU: (Silence...) Ben euh, j'espère quand même un peu, beaucoup je sais pas ? Ca dépend des personnalités. Mais euh, oui, si je suis devenue maître de stage, c'est pour essayer justement de leur monter certains savoirs, certaines expériences, je sais pas trop comment dire ça, mais... Pour essayer de les sortir de l'hôpital. J'en reviens à ça, mais disons qu'il y a un fossé entre la pratique hospitalière et la pratique libérale, on déborde de l'effet placebo, mais c'est ça que j'essaie de leur monter, que les médecins généralistes ne sont pas des idiots qui sont là pour faire des lettres pour envoyer aux urgences quand ça va pas, et vice versa, l'interne qu'on reçoit n'est pas forcément un crétin notoire de l'autre côté... C'est euh, voilà... c'est deux pratiques différentes.

*I: D'accord. Donc quand les internes arrivent chez vous vous avez cette impression là qu'ils sont déconnectés de la MG?* 

MCU: Pas tous. Non pas tous. Pas tous, mais je pense que plus ils sont avancés dans leurs semestres et moins ils sont déconnectés, par la force des choses, et puis après c'est lié à l'état d'esprit de chacun... Ceux qui n'ont qu'une idée, c'est de rester dans le giron de l'hôpital, à la base, voilà...

*I: Bon. Et est-ce que vous pensez qu'il est possible en pratique d'améliorer votre enseignement de l'EP ?* 

MCU: Ben oui, en donnant des noms, déjà, sur ce que je disais pas, sur ce que j'expliquais sans donner de noms. Peut-être aussi, je ne sais pas, oui, il y a pleins de consultation où je dis tout simplement « voilà, j'ai fait ça parce que je sais qu'il n'y a pas grand-chose, et que je sais que ça va passer tout seul ». Est-ce à dire que c'est un effet placebo ?

I: D'accord, d'accord d'accord. Pour finir, je voudrai encore revenir sur un point qui m'a étonné. Vous pensez que l'effet placebo, ce n'est que en MG?

MCU: Non, j'ai jamais dit ça. Mais je dis que les internes le découvrent à cette occasion-là. Non à l'hôpital, ça existe aussi, c'est évident. L'hôpital est aussi un magnifique placebo (*Rire*). C'est juste que c'est dans ce stage là que les internes découvrent des pratiques un peu différentes où on utilise peut-être plus quand même qu'à l'hôpital l'effet placebo... J'ai jamais vu un patient sortir de l'hôpital avec une ordonnance de Magnésium, hein ? Pour donner cet exemple idiot, mais il y en a cinquante autres, hein.

I: Voilà je vous remercie beaucoup.

# ENTRETIEN n°9

Interventions pendant la présentation power point:

I: (...)Les placebos impurs, qui sont des thérapeutiques dont l'activité spécifique n'a pas été démontrée dans les posologies ou les indications dans lesquelles elles sont données. L'exemple typique est le Magnésium donné dans l'asthénie, il y en a plein d'autre.

MCU: « Moi je mettrais toute l'homéopathie »

I: Voilà tout à fait, ça en fait partie effectivement.

(...)

I:(...) les rituels comme la prise de TA

MCU: Je suis abonné à une revue où il y a un petit billet, je dirai concret, et dans un de ces billet la collègue, une jeune collègue, qui dit « il m'arrive de mentir » quand elle prend la tension au gens, « voilà je vous ai pris 12,5/8 » des fois c'est 14,5/9, mais « je mens ! » (*Rire*), parce que 1) elle veut pas les affoler et 2) elle sait pertinemment qu'il y a quelque chose qui perturbe la personne et que c'est passager. Elle optimise encore son effet placebo en une prise de tension (*Rire*)

I: Oui, ce n'est pas étonnant effectivement. Alors, l'effet placebo quant à lui n'est pas uniquement le fait d'un placebo pur ou impur ou d'une procédure placebo, mais il est inhérent à toutes prescriptions.

MCU: Oui, oui, y'a une dose d'effet placebo en tout. Et dans toute personne je dirais...

I: Oui ? « Dans toute personne », vous parlez des médecins ?

MCU: Oui à partir du moment où on est soignant, même, il n'y a pas que les médecins, à partir du moment où vous écoutez quelqu'un et vous entendez et vous reconnaissez ce qu'elle a à dire, déjà vous avez un effet intéressant.

I: Oui, donc effectivement, quand on parle d'effet thérapeutique global, il y a l'effet spécifique de la molécule prescrite, il y a l'évolution naturelle des symptômes

MCU: C'est sûr, le temps fait bien les choses.

I: Effectivement, et donc l'effet placebo sur lequel on peut jouer en tant que médecin...

MCU: Et on s'en prive pas... Inconsciemment des fois, mais on s'en prive pas.

*(...)* 

I: Vous m'avez déjà un peu répondu, mais est-ce que dans votre pratique vous utilisez les techniques que je viens de vous décrire ?

MCU: Alors le plus souvent, ça se fait de façon intuitive. Inconscient, c'est un peu exagéré, mais intuitif en tout cas. C'est-à-dire que... d'abord on connait beaucoup les gens, dans notre système de santé, le généraliste, il est amené à voir les gens de façon récurrente. Donc y'a des situations, y'a des personnes où on sait très bien qu'elles naviguent dans des histoires personnelles compliquées, dans du stress, dans —qu'est-ce que je vais dire ?- des douleurs chroniques, chronicisées, parce que somatisées, etc... qui relèvent de ce type de thérapeutiques. Donc, je dirais que d'emblée, on se place sur ce sujet. Souvent. Et puis, dire que nous on a pas, à notre disposition, de placebos purs, pour reprendre les définitions dont on a parlé, on a que de l'impur, et puis on a nous-même, comme placebo, en tant que personne. Nous, le côté non verbal bien sûr, et aussi, la parole. Donc tout ça pour moi, ça y participe.

*I: D'accord. Donc c'est quelque chose que vous faite... couramment?* 

MCU: Ben, je dirais, de base à tout le monde, après l'importance que ça prend dans l'amélioration des gens, leurs soins –je ne veux pas parler de leur guérison- leurs soins, est très variable évidement. Y'a des gens aussi même, qui résistent, hein, à l'effet placebo. Je pense aux hystériques: vous leurs présentez un tas de trucs, et puis ils vous trouvent toujours un symptôme qui n'a pas été pris en compte, donc il faut encore aller chercher une autre stratégie pour nous, donc c'est très variable. Mais moi je trouve que plus ou moins, on est toujours dedans.

*I: Et est-ce que c'est quelque chose dont vous parlez à votre interne ?* 

MCU: Et ben ça c'est pas fréquent. Je suis d'accord que c'est pas fréquent du tout. Pourquoi ? Parce que, on peut prendre l'exemple de celle qui est là en ce moment, une des premières choses qu'elle m'ait dites c'est « je ne suis pas à l'aise avec les ordonnances, les médicaments, et tout ça ». Donc du coup, on a travaillé sur les ordonnances et sur l'AMOXICILLINE, le PARACETAMOL, les AINS, les antidouleurs... Bon on a travaillé sur

des choses, euh, un petit peu plus dur, où l'effet placebo est quand même moins prégnant, et du coup on a un peu laissé tomber le placebo. Dans l'ensemble, moi j'ai tendance à ne pas trop en parler. Sinon peut-être qu'elles reçoivent la façon qu'on a d'être avec les gens, ce qu'on leur dit et ce qu'on fait comme débriefing derrière « ben là tu vois, on n'a pas fait grand-chose, mais au moins, on lui a expliqué... ». Bon dans cette dimension-là, oui. Mais de dire « ben tu vois un placebo aurait... si on avait eu une pilule sucrée à la pharmacie on lui aurait prescrit », non.

*I:* Non? Et pourquoi pensez-vous que vous n'en parlez pas?

MCU: Parce que j'y pense pas. C'est devenu intuitif. Et du coup, ce qui est intuitif, on le fait de façon, heu... pas mécanique mais en étant moins conscient de ce qu'on fait...

*I: Et vous pensez que votre interne, elle a conscience de ce que vous faite ?* 

MCU: Non. Non, non, je pense que c'est une dimension qu'il faudrait plus donner. Surtout nous médecins généraliste. En plus, enfin dans l'ensemble, les internes, ils viennent de l'hôpital, c'est pas tout à fait la même médecine, donc ils ont forcément des cas... ils ont les gens les plus difficiles, les plus graves, donc ils ont pas la même philosophie... thérapeutique. Donc, oui, y'a une évolution à faire. Je pense.

I: D'accord. Vous me disiez qu'avec votre interne vous reveniez à des ordonnances « de base », est-ce que...

MCU: Oui ben au début on a fait ça les deux premiers mois, maintenant on en est plus là, elle est sur la fin du stage, c'est une bonne étudiante dont le cerveau est bien éduqué, elle s'est familiarisée, elle a appris, et puis... bon on a tous nos petits... bon, elle a 3 maîtres de stage, hein, donc on a nos tics de prescription, elle s'est adaptée, donc je dirais que là maintenant, voilà en ce moment elle est en train de travailler, j'ai pas de soucis, je sais que ses ordonnances vont être bonnes... Enfin « vont être bonnes », comment dirais-je ? Adaptées. Il y aura pas de fautes. Après le bon et le pas bon, ça dépend de...

*I: Donc vous estimez qu'elle est en mesure de comprendre ça en fin de stage ?* 

MCU: Ah oui bien sûr. Oui, elles comprennent, oui. On en parlera peut-être de façon... pas subliminale, mais de façon... suggérée, au moment du débriefing, de fin de matinée ou de fin d'après-midi.

### *I: De quelle manière ?*

MCU: En reprenant le cas de toutes les personnes qu'on a vu. Bon, moi je resitue puisque les internes sont là qu'une journée par semaine, l'histoire de chacun : il y a eu ça, ça, ça (avec les gestes), et puis on refait l'histoire de la consultation, « bon ben voilà on a mis ça, mais tu sais, en fait c'est pas le plus important pour lui, etc... ». Ou alors : « Voilà, j'ai pas voulu donner d'antidépresseur, (j'en prescris très peu finalement) parce que on peut faire autrement, sans donner un produit de ce type ». Bon ça m'arrive de prescrire du magnésium, de la phytothérapie, de l'homéopathie, voire, rien du tout. Voire, prescrire une psychothérapie, c'est-à-dire, faire un papier —non pas un papier parce que les psychiatres n'en ont pas besoinmais d'indiquer l'adresse d'un psychiatre, quelque chose. Voilà, donc à ce moment-là, bribes par bribes, ils peuvent intégrer qu'on peut faire autrement que répondre par un médicament... ou un médicament, avec AMM, etc...

## *I: D'accord. Et est-ce que vous pensez que c'est important d'enseigner l'effet placebo ?*

Oui, je pense que c'est important. Qu'on le veuille ou non on y sera confronté. Même en temps qu'externe ou interne à l'hôpital, on a été déjà, on le sait, moi j'ai souvenir quand j'étais- il y a longtemps maintenant- externe, un patron qui avait, pour un seul malade, hein il lui avait fait du « sérum américain », c'était un truc, il lui prélevait du sérum, et puis le premier jour il lui en réinjectait en sous-cutané 4 mg, et puis 3 après et puis 2 après et puis il s'arrêtait. C'était une méthode placebo écrite sur le dossier du patient, qui marchait très très bien. Déjà même à l'hôpital on sait que ça fonctionne! Moi j'ai vu aussi -enfin j'ai vu, indirectement par mon épouse qui est infirmière en traumatologie, en chirurgie orthopédique-un type qui était amputé, une douleur fantôme, on lui fait des piqures d'eau distillée et ça fonctionnait, à la seconde où on piquait il avait plus mal. Donc, il y a des situations que à l'hôpital on connait ça mériterait de ne pas être conçut comme quelque chose de marginal... par l'étudiant.

I: Vous me parlez surtout de l'effet placebo lié à un placebo pur ou impur, mais ce qu'on évoquait tout à l'heure, à savoir l'effet placebo inhérent à toute thérapeutique ?

MCU: Ah oui alors ça, est-ce que les enseignants sont convaincus qu'ils le font ? C'est pas si certain que ça. Est-ce qu'ils peuvent enseigner quelque chose qu'ils ne sont pas convaincus de connaître ? Ou, pas de « connaître », ils le connaissent, mais qu'ils ne sont pas convaincus que

ça existe ? Je sais pas, moi, je ne vois pas beaucoup de grand patrons hospitaliers chirurgiens ou même médecins, penser que ce qu'ils font pour une part est de l'ordre du placebo, d'ordre psychothérapeutique finalement.

I: Et vous en tant que médecin généraliste, vous avez conscience de ça dans votre pratique quotidienne?

MCU: Ah oui, oui oui oui. Pourquoi les gens... Telle personne vient nous voir à nous, telle personnalité aussi et pas... On est trois sur la place, pourquoi on se répartit les gens ? Parce qu'on a tous notre façon personnelle de présenter les choses, et ça ça fait partie du.... du besoin d'être rassuré, de la certitude d'aller mieux derrière. Mais nos techniques ne conviennent évidemment pas à tout le monde. Nos techniques personnelles, verbales, non verbales... Donc, oui pour moi rien que ça c'est une preuve, le fait qu'il n'y ait pas un médecin qui draine tout le monde, mais que c'est bien une question personnelle aussi. Pour moi, le placebo, il est intimement lié à la personne.

I: Pensez-vous que tous les médecins généralistes sont conscients de ça ?

MCU: Je pense qu'il y en qui en sont conscients, oui. Tous, je sais pas moi je peux pas répondre! A travers le groupe de pairs ou les formations qu'on fait en groupe, oui, je pense qu'il y en a qui en sont très conscient.

I: Et donc cet effet « médecin », est-ce que vous abordez le sujet avec votre interne?

MCU: Alors ça, ça arrive, oui. Ça arrive, le soir, toujours au débriefing. Je dis « ben là tu vois ... », ça m'arrive de dire surtout dans les problèmes psychiatriques, psychologiques, dire « ben tu vois aujourd'hui, on a avancé sur son problème, on a dit ça ça ça et ça » Il y a va pas y avoir tout de suite forcément, mais c'est important que le patient ait prononcé certains mots, que nous on ait prononcé certains mots, ça va faire avancer. Donc là dans cet aspect des choses, oui.

*I: D'accord, vous n'avez pas de mal à en parler ?* 

MCU: Non, non, non non non. Juste, un peu d'humilité, quand même... Plus on vieillit dans le métier, plus on s'aperçoit que on a du pouvoir certes, pour soigner, guérir, soulager, mais bon, faut beaucoup donner, quoi, de sa personne.

*I: Et est-ce que vous pensez que vous influencez beaucoup votre interne ?* 

MCU: Ah, j'ai aucun moyen de mesurer ça, j'en sais rien. Je sais pas du tout. Sur le moment, ça parait une évidence, parce qu'il sont obligés d'être à l'écoute de ce qu'on leur dit, puisqu'ils sont là, présents, on travaille ensemble. Il faudrait savoir après, qu'est-ce qu'il reste au bout d'un an, six mois -je sais pas je dis une date au hasard-, là je peux pas savoir. Comme ça, je vous dirais « ça dépend » ! Y'en a certains qui vont comme souvent être influencés de façon très importante par une phrase qui a été dite dans les 6 mois, et puis d'autres qui vont dire « ah ben tiens, il s'est rien passé de spécial » et puis dans deux ans ils vont se retrouver dans la situation et tout à coup ils vont penser à ce qui s'est passé à ce moment-là. Voilà. C'est pas facile à évaluer, à mon avis.

*I:* Et est-ce que vous pensez que c'est possible d'améliorer cet enseignement, et de quelle manière?

MCU: Possible de l'améliorer ? On peut toujours améliorer tout. Donc ça je dis « oui ». De quelle manière ? J'ai pas trop réfléchi. Euh.... Est-ce qu'il y a des bases théoriques, déjà ? J'en sais même rien, moi. Donc ça, ça serait intéressant de le savoir. De faire venir –j'allais dire « des spécialistes en placebo »- de faire venir des thérapeutes, des psychothérapeutes, des gens comme ça, pour parler de l'effet de la parole, pour monter éventuellement des films de consultations, où des choses se mettent en jeu. Peut-être encourager les groupes Balint aussi, j'en sais rien, voilà ce genre de pistes aussi.

I: Et vous en tant que MCU ? Améliorer votre enseignement ?

MCU: Ah ben moi ça m'intéresserais personnellement d'avoir des bases théoriques là-dessus. Parce que tout ce que je fais, c'est empirique. A la fac, on nous apprenait pas à traiter la douleur, déjà! Alors, nous apprendre le placebo... Déjà reconnaître la douleur, ça aurait déjà pas mal, mais bon, on est dans une autre étape, c'est bien, ça avance!!

I: Alors, comment avez-vous intégré l'EP à votre pratique?

MCU: Boh, je l'ai intégré... Je crois que ça vient du contact avec le public, et de cette répétition des consultations avec les gens. C'est-à-dire, de la familiarité qui s'installe entre eux et nous. On ne fait pas partie de la famille, mais on fait partie de ce que j'appelle « des familiers ». Quand ils ont un souci ils viennent nous voir. D'ailleurs petit à petit, on a une connaissance d'eux-mêmes, peut-être des fois on les connait mieux qu'ils se connaissent eux-mêmes, et c'est là que on dit « il faut pas que je sois agressif, mais il faut quand même que je

propose quelque chose ». Sinon, s'il n'y a pas un substrat concret, ben ce que je dis, ça va pas passer. Alors oui, magnésium; autrefois, les fameux anti-asthéniques qu'on avait, et qui ont disparu quasiment maintenant, les conseils d'hygiène de vie, enfin c'est très variable, et, c'est euh... Moi, j'y suis arrivé par le concret, par le besoin exprimé par les gens « j'espère que ça va aller mieux, je viens vous voir parce que je vais pas bien » et la volonté de ne pas être agressif aussi. Après ça s'est adapté au fil du temps, on se perfectionne toujours un peu... Bon, y'a des trucs qui marchent pas ! Ou qui marchent très bien avec une personne et pas du tout avec une autre. On invente une autre chose... Pour vous raconter, pas une anecdote mais une situation clinique, je me rappelle un monsieur, il avait mal, ici, là... Il appelait, le jour, la nuit, le dimanche, tout le temps, et il avait besoin, ben qu'on regarde sa jambe et d'avoir quelque chose. Alors il avait partout chez lui des médicaments, partout des boîtes ouvertes, partout ! Et bon finalement, il avait besoin d'être rassuré, point. Et à chaque fois que j'arrivais chez lui, je me disais « bon, il va falloir que j'ai une idée ! Lui dire ou lui proposer autre chose». Bon ben ça va du kiné, au massage, à la promenade, à la tierce personne qui l'aide à faire certaines choses... on trouvait d'autres idées sans arrêt. Donc voilà ça nous fait avancer.

I: Donc c'est quelque chose que vous avez intégré au fur et à mesure de votre pratique ?

MCU: Ouaih , progressif. Et, quand on sort de la fac... en plus nous, on n'avait pas de stages en ambulatoire... Des oies blanches! On était comme des oies blanches! Et après, si on a envie de s'intéresser aux gens, ça vient. Si on veut rester technicien, on le reste. Mais si on a envie de s'intéresser à la vie des gens, on est obligé d'y venir.

I: Et par rapport à la formation de votre interne ? Est-ce que vous pensez qu'il est possible d'accélérer un petit peu les choses ?

MCU: Alors, ce qu'on peut faire nous, on a la chance qu'ils soient dans le cadre peut-être de leur exercice futur, et donc le fait de bien signaler les situations : « ben là on est dans une situation, il va falloir que l'on se débrouille, qu'on l'enquiquine pas avec un antidépresseur qui va le faire vomir, mais, qu'on mette autre chose en place ». Oui, il a des moments où on peut le signaler. Allumer des feux oranges : « attention, là, situation placebo». Ca on peut le faire...

*I:* Vous ne faites pas en ce moment?

MCU: Pas tant que ça. On le fera un petit peu décalé dans le temps....

#### *I: C'est-à-dire?*

MCU: Et ben je parlais de débriefing, mais ça peut être aussi, la fois d'après, comme moi je les vois deux fois par semaine. J'ai revu la personne sans leur présence, je leur redis « tiens, tu sais j'ai revu le gars qu'on avait vu... ». Donc là on peut être amené aussi, voilà, à évoluer comme ça : « il faut qu'on change il faut pas qu'on change, ça a marché, ça a pas marché... »

I: On en a déjà parlé, mais est-ce que vous identifiez des freins -soit de votre côté soit du côté de l'interne- à l'enseignement de l'EP ?

MCU: Des freins à l'enseignement ? (Silence) Non. Quand ils viennent ici, enfin moi je n'en pas eu beaucoup, j'en ai eu que neuf, ils arrivent, ils sont extrêmement disponibles, mentalement, souvent c'est leur premier stage et en plus en ambulatoire, donc ils sont très... attentives (je vais mettre au féminin, je n'ai eu que des filles), très très attentives, et donc non, pas de freins. Et de ma part donc non aucuns. Parce que, j'allais dire, quand on est là-dedans, quand on y est arrivé comme j'y suis arrivé, de façon empirique et tout, au bout de quelques années, on est comme un poisson dans l'eau finalement, dans un milieu qu'on connait parfaitement bien, tout le monde, presque tout le monde on les connait bien, non il ne va pas y avoir de freins. A part peut-être un manque de connaissance, mais bon...

#### *I: Je parle de freins à l'enseignement...*

MCU: Ah, oui, freins à l'enseignement, non... Non après c'est une question plus de... de routine un peu. Quand il y a des journées, où on voit -je sais pas- 20-25 personnes, on a un peu plus le temps, des journées où on en voit 40... on est pressé que la salle d'attente se vide, et puis, malheureusement, je dirais, on est tous des êtres humains, on va un peu plus vite. Donc du coup, cette dimension-là, c'est celle qui passe la plus à l'as. C'est dommage, mais en fin bon, il faut bien reconnaître qu'en pratique ça se passe comme ça.

#### I: Parce qu'il y a d'autres choses à intégrer, d'autres prio...

MCU: D'autres priorités, y'a tout ce qui est aussi médico-social, les papiers à faire, le dossier d'APA pour le grand-père, le dossier cotorep pour ci pour là, le « ah oui, j'ai pas fait l'ALD », « ah, mais je me suis trompé là j'ai pas daté », bon donc là il faut dater. Bon on est toujours sollicité pour des trucs... C'est vrai que quand il y a beaucoup de monde, tout s'accumule... On règle le côté administratif très vite, parce que ici pour les gens, c'est de l'argent, hein,

c'est des indemnités, c'est des trucs comme ça, et vu la population qu'il y a ici... on va pas les laisser un demi mois sans indemnités journalières.

I: Donc le temps, c'est un frein, quand même?

MCU: Vu comme ça, oui.

I: Bon ben très bien, je vous remercie.

# ENTRETIEN n°10

I: Vous venez de me dire que vous n'utilisez pas l'effet placebo...

MSU: Si, quand je vois ça... si vous considérez que des examens ça peut être... oui, vous considérez ça comme un effet placebo, le fait de faire un examen, de rassurer...

*I : Et vous n'utilisez jamais de placebo impur ?* 

MSU: Depuis que ça n'est plus remboursé, les gens sont moins demandeurs. Du coup... je ne prescris pas. Je leur explique, par exemple dans le cas de l'asthénie, que finalement, le meilleur remède, c'est de dormir et d'avoir une bonne hygiène de vie. Finalement, ça se solde sans prescription... et effectivement, peut venir derrière la prescription d'une prise de sang pour rassurer, ou pour s'assurer qu'il n'y a rien, car il y a parfois des mauvaises surprises, ou des choses qui expliquent... une hypothyroïdie ou autre. Il m'est arrivé d'en découvrir dans ce cadre-là. Mais alors, est-ce qu'on prescrit pour se rassurer, ou quand même pour éliminer un minimum de choses qui pourraient expliquer cette fatigue aussi... la frontière est quand même floue. Je ne prescrirais jamais pour prescrire: si je suis sûr qu'il n'y a pas d'hypothyroïdie, je ne prescris pas. Mais il m'est arrivé, dans un contexte d'asthénie, de faire un bilan, et là effectivement, les gens avaient une hypothyroïdie. Donc je le prescris plutôt pour conforter mon examen.

*I : Vous est-il déjà arrivé de discuter de l'effet placebo avec votre interne ?* MSU : Non

*I : Il ne vous a jamais posé de question ?* MSU : Non jamais

*I : Sur votre examen clinique...* MSU : Non

*I : Sur des prescriptions ...* MSU : Non

*I : Vous n'utilisez jamais de placebo impur ?* 

MSU : Peut-être des médicaments à base de plantes... mais encore que la phytothérapie, il semblerait qu'il y aurait un petit effet qui n'est pas de l'ordre du placebo.

I : Et votre interne ne vous pose pas de question par rapport à cela ?

MSU: Non, car je prescris peu... tout simplement parce que, il n'y a pas très longtemps, j'ai découvert quelque chose qui est intéressant, et dont je discute effectivement beaucoup avec l'interne, c'est l'entretien motivationnel. Et c'est en fait simplement guider, aider les gens à trouver leurs ressources en eux, et du coup il y a beaucoup de consultations qui se soldent par ça. Hier, par exemple, j'ai vu une dame qui venait, alors le prétexte c'était un contrôle de la thyroïde, mais en fait il y a tout un contexte familial qui était difficile, qu'elle vit mal... effectivement, la consultation a duré un peu plus que la normale, elle a dû durer une trentaine de minutes, mais elle est partie sans rien...

*I* : *C'est donc vous qui avez tenu le rôle de médicament...* 

MSU: Probablement. Mais c'est ce que je dirais: que le premier médicament, c'est le médecin, et qu'on a une influence, par notre attitude, sur le patient, et sur ce qu'il va croire... si on est rassuré, pas rassuré, si on est empathique ou pas, ça c'est très important... si on est en forme ou pas, ça aussi, parce que il faut un peu avoir la pêche pour... et hier, effectivement, ça a discuté... peut-être que je lui ai donné un anxiolytique, parce qu'elle voulait ça, mais ça c'est arrêté là... c'est plus le fait de discuter, et j'ai proposé de la revoir dans une dizaine de jours pour refaire le point, et voilà... mais je n'aurais pas donné du Magnésium, ou des plantes... et puis elle ne l'a pas demandé. C'était pas ça demande.

I : Les définitions des procédures placebos englobent la notion de médecin médicament, donc je pense que cet entretien motivationnel en fait partie...

MSU: Oui peut-être

*I : Et votre interne vous pose des questions sur ces entretiens ?* 

MSU: Oui, parce qu'ils découvrent ça. Ils voient que la consultation, elle est plus cool, que les gens, il n'y a pas de résistance, ou quand il y en a une, et bien on la contourne, il y a des techniques pour aider les gens, donc on n'est jamais dans le conflit, ce qui fait qu'on avance...

*I : Et vous avez suivi des formations ?* 

MSU: Oui, il y a des formations. Moi j'ai découvert ça un peu par hasard, parce que d'être toujours «bah il faut prendre ça » et ils veulent pas le prendre... et bien à la fin, ça m'énervait... après on est fatigué, parce qu'on s'épuise à ça, et puis de fil en aiguille, j'ai fait

des formations sur « comment gérer les patients difficiles »... ces formations, elles sont biens, mais c'est un peu un fourre-tout, où on met plein de choses dedans. Il y a des bonnes choses, y a beaucoup de petits trucs qui sont très utiles lors des consultations, et puis y a pas longtemps, je suis allé à une formation sur cet entretien motivationnel... et là je me suis rendu compte qu'il y a vraiment une base, quelque chose de structuré, ça ne correspond pas à toutes les consultations, loin de là, c'est pas la méthode miracle, parce que sinon ça se saurait, mais ça sert à prendre en charge ces patients chroniques, un peu difficiles, qui ont de la peine à avancer, qui sont ambivalents face à leur situation... sans se prendre la tête.

Les quelques internes qui passent ici, ça les intéresse. Ils se rendent compte que finalement, on n'est plus à l'hôpital, donc c'est plus le même contexte, et puis les gens, une fois qu'ils ont passé la porte, ils font ce qu'ils veulent... donc nous, notre rôle, c'est quand même de les aider à être en meilleure santé... donc un diabétique, vous pouvez lui prescrire une liste de médicaments et autres... s'il veut pas les faire, il ne les fera pas... après, pourquoi, il veut pas les faire...

I : Vous avez donc conscience que dans toute thérapeutique, il y a une part non spécifique, qui est liée à l'effet placebo... MSU : Oui

I : Et ça, vous en parlez donc avec votre interne, de la possibilité d'augmenter l'efficacité d'un traitement, par une bonne communication...

MSU: C'est plus... pas forcément de renforcer l'efficacité du médicament... ça j'avoue qu'on n'en parle pas... en revanche c'est plus la façon dont les gens vont adhérer au traitement, et là où on souhaite les mener pour à priori leur bonne santé. Mais effectivement, si vous prescrivez un médicament en disant « je vous donne cet anxiolytique » d'un air un peu dubitatif, ou un médicament à base de plantes... en disant « je donne ça ça marche super bien »... et bien effectivement on n'a pas le même discours ni le même impact au niveau du patient... et puis comme je le disais tout-à-l 'heure, quand vous êtes en forme ou quand vous ne l'êtes pas, c'est pas la même consult. C'est intéressant.

I : Vous, auparavant, vous n'aviez pas eu de formation spécifique dans ce domaine ?

MSU: non...

*I* : *Ça vous semble une notion importante* ?

MSU: Extrêmement importante... et je suis à la fois en colère, désolé, et je comprends pas que ce soit pas plus au centre de la formation des médecins... et quand je vois comment communiquent les hospitaliers... le peu de cheveux que j'ai sur la tête se dressent. C'est affolant... pas tous, loin de là... mais bon. La question n'est pas de répondre toujours oui aux gens, c'est de les aider, et en plus on ne s'épuise pas, c'est là ou je ne comprends pas. Et lors de la première formation, il y avait un collègue qui fait partie de la commission des permis de conduire, et l'expert disait « même là ça peut être utile, car entre quelq'un qui va dire « bon ben votre permis, c'est terminé, c'est par pour maintenant », et bien si on sait le prendre, il sortira différemment de cette séance si au lieu de dire « bon ben c'est terminé », on dit « bon ben y a peut-être quelque chose qui va pas... » sans forcément aller plus lion... le rôle c'est « oui-non » pour le permis.

I : Donc pour vous il s'agit d'une chose aussi importante à apprendre aux internes que les traitements de l'HTA ou du diabète...

MSU: Oui... c'est simple... je fais énormément de formations, et j'ai découvert ça il y a quelques années lors d'un séminaire tout bête qui n'avait rien avoir, sur l'asthme... et la moitié du séminaire était consacrée, ils avaient fait venir quelq'un, qui intervenait dans les entreprises pour favoriser la communication, et il intervenait sur l'asthme pour nous dire que le traitement chronique, les gens ne le prenaient pas souvent, et pour nous dire comment aider les gens à le prendre... et c'était quelq'un qui n'était pas médecin, qui venait nous donner des leçons... un peu surprenant... et avant d'enseigner « on a des très bons médicaments sur l'asthme, sur l'HTA, le diabète » faut peut-être se demander si gens les prennent... et d'ailleurs vous verrez quand vous remplacerez, souvent les gens confient au remplaçant « moi vous savez, il me donne ça, mais... je prends pas tout docteur. » Et je pense que ceux qui s'en sont bien rendu compte, c'est les diabétologues, parce que, il y a eu une période où c'était : « voilà, c'est comme ça, vous faites pas autrement, mangez à midi mangez tant de grammes de ça et tant de grammes de ça »... et ils ont compris que ça ça marchait pas... et que « ben qu'est-ce que vous pouvez faire ? Quel objectif raisonnable peut-on se fixer ? » et après on avance. Et ça, je crois qu'on ne vous l'apprend pas. En tout cas ce que je constate c'est que, avec les internes, on partage ça, et ils ont l'air intéressés, parce que la consultation devient intéressante. Mais je vous redis, ça ne fait pas tout.

*I : Identifiez-vous des freins à cet enseignement ?* 

MSU: Je vais être méchant... je pense que c'est les ainés les freins... c'est qu'ils n'ont pas pris conscience qu'il fallait l'enseigner aux internes... et les internes, moi, ça doit être le 10° interne, et bien tous ceux à qui j'en ai parlé sont super intéressés, parce qu'ils se rendent compte que finalement, leur consultation est plus facile, et qu'ils font avancer les gens. Jusqu'à présent -bon les gens sont toujours plus ou moins intéressés- mais il y a quand même un niveau d'intérêt qui est important.

*I : Pour vous c'est pas quelque chose d'intuitif...* 

MSU: Bon... y a un peu d'intuitif mais après il y a des techniques qui s'apprennent... pas forcément grand-chose... ça se travaille un peu, mais c'est vite fait. On peut le mettre rapidement en œuvre, se dire « bon aujourd'hui je vais faire ça, poser des questions ouvertes, faire des reflets » et du coup on voit que ça avance... et puis la consultation... l'exemple que je vous donnais... souvent les consultations sont pas plus longues au contraire. Elles sont plus cadrées. On centre sur les gens, sur leurs problèmes, et puis on avance. Je regarde pas souvent la montre. Ca se passe bien.

*I : Et pour vous, cette manière de communiquer avec le patient, afin d'augmenter l'efficacité d'une thérapeutique, ne pourrait être prise pour de l'effet placebo ?* 

MSU : Non je l'avais pas classé comme ça, car pour moi, c'est plus une aide qu'on apporte au gens...

I : Comment pensez-vous qu'il serait possible d'améliorer la qualité de cet enseignement aux internes ?

MSU: C'est en parlant déjà... en leur faisant mettre le doigt sur la consultation. Comment ça peut se passer, ce qu'on peut apporter aux gens... pendant les stages... et puis à la fac, on peut en discuter, moi, je l'ai appris pendant un séminaire, et puis aussi avec l'expérience, en disant « là ça marche pas, y a un truc, il faut avancer... ». Alors après il y aura toujours des gens, et ça je le vois parmi les internes, des gens qui vont rester très techniques, qui se contentent -enfin, « se contentent » c'est méchant- de la technique : « y a de l'HTA je la fais baisser » et puis point barre... mais on va pas chercher si cette HTA n'est pas due aux soucis qu'ont les gens dans leur travail, ou parce qu'ils sont en instance de divorce, ou autre... et ça c'est un peu dommage, parce que on règle pas le problème...

I : Donc vous pensez qu'il y a des internes qui ne sont pas réceptifs...

MSU: Non y a des gens qui ne sont pas réceptifs, comme des médecins.

## *I : Donc pas par manque de maturité...*

MSU: Non, c'est dans leur personnalité... Mais globalement, ils sont réceptifs, parce que c'est intéressant. Ils se rendent compte que finalement, les gens, c'est ennuyeux de voir toute la journée la même chose... et là aucune consultation n'est pareille, on a un regard différent on fait avancer les gens, c'est dynamisant. Et moi des fois les internes me disent... une fois, la dame venait pour une cystite, et puis simplement en posant 2 ou 3 bonnes questions... c'était la 4° cystite, elle a vu son médecin traitant, là elle venait en dépannage, et puis, il y avait un problème de couple, un tas de choses derrière, et puis ça a débouché la dessus. Faut creuser... et la cystite, y avait pleins d'explications derrière, ce qui d'ailleurs a réglé le problème de la cystite... alors après... effet placebo ou pas, je sais pas... et c'est pas moi c'est l'interne.

#### Commentaire du MSU après l'interview :

- J'ai lu un livre d'un professeur lyonnais... il dit que c'est en grande part la faute des médecins généralistes, si les patients se tournent vers les médecines parallèles... parce que les médecin ne prennent plus le temps d'écouter et de soulager les patient... par exemple, moi je suis content, quand j'arrive à rassurer et donc à soulager un patient qui vient pour un mal de dos... et qu'il se sent soulagé en sortant, et n'a pas besoin d'aller voir un ostéo.
- C'est marrant parce que les internes sont tout de même —bon j'en vois y a certains, ils sont plus techniques, parce qu'ils ont pas trop envie d'aller creuser les choses-, mais quelque part, ça les interpelle un peu parce que finalement, sur une consultation difficile, ça leur permet de sortir d'une ornière, et puis de pas rentrer dans le conflit, donc c'est aussi confortable pour nous... c'est ça aussi le but, c'est que la consultation elle se déroule tranquillement. Et une consultation qui se déroule tranquillement, c'est pas de fatigue. Vous rendez service au gens, vous vous fatiguez pas, qu'est-ce qu'on peut demander de mieux...
- C'est tout le problème de la communication en médecine : on recrute d'excellents scientifiques, parce que vous avez un niveau qui est au-dessus du panier... mais en revanche au niveau communication, y a pas de sélection. Et là après on n'est pas bons. Y a des choses qui s'apprennent, mais faut peut-être à un moment ou à un autre en parler sérieusement. Quand vous avez des gens à qui on annonce qu'ils ont un cancer

dans le couloir, ou quelque chose comme ça... même s'il y a le plan cancer, ça se voit encore... et en médecine de ville on récupère les morceaux cassés... donc là y a un effort à faire, mais bon...

- La communication avec le patient, il faudrait l'enseigner au plus tôt dans le cursus... dès la 2° année... voire en 1° année... effectuer un mode de sélection sur les capacités à communiquer...

ENTRETIEN n°11

I: J'aimerais que vous me disiez s'il vous arrive dans l'exercice de votre profession,

d'utiliser les mesures que je viens de décrire

MSU: Ça m'arrive, en ce qui concerne les deux premiers (placebos purs et impurs) de moins

en moins au fur et à mesure que j'avance dans mon exercice professionnel, parce que je pense

que c'est quelque part un aveu d'échec, de prescrire un placebo, d'échec de la relation...

l'échec n'est pas forcément du côté du médecin... qui peut être un défaut de compréhension

du patient, qui peut être culturel, qui peut être lié à sa personnalité... un échec du médecin,

qui peut tout simplement ne pas avoir le temps... et un échec de la relation... des fois on le

fait, je le fais des fois comme tout le monde, mais plus le temps avance, moins je le fais.

En ce qui concerne ce que vous appelez les procédures placebos, je pense que je le fais de

plus en plus, en particulier en ce qui concerne l'examen clinique, et puis en ce qui concerne

l'apprentissage, pour les gens, de ressources personnelles, de ressources qu'ils ont à

l'intérieur, dont les effets ne sont pas nécessairement prouvés, d'ailleurs, donc on peut pas

affirmer que ce n'est pas un effet placebo, on ne peut pas non plus affirmer que c'est un effet

placebo... donc l'enseignement aux gens de ressources internes, et de mise en œuvre de

ressources internes...

*I : Vous faites de l'hypnose ?* 

MSU: Oui, je suis hypnothérapeute

*I : Mettre le patient en confiance ... ?* 

MSU: Par exemple, tu parles de l'insomnie... et bien, quand on prend le temps d'expliquer

les mécanismes de l'insomnie, quand on fait de la relaxation profonde, quand on fait de

l'hypnose avec les gens... on sait pas exactement ce qu'on fait, mais en tout cas, on fait le

nécessaire pour leur transmettre des choses qu'ils ont à l'intérieur d'eux, et qu'ils peuvent

mettre en œuvre tous seuls, sans dépendre d'un praticien ou d'un cachet... donc je peux pas

dire que c'est un effet placebo, mais je peux pas dire que ça n'en est pas un non plus...

*I : Et vos internes, vous leur apprenez ces notions, ils vous interrogent ?* 

MSU: Alors... je leur apprends les notions, je leur apprends les concepts, je leur donne des

choses à lire... s'ils le demandent, j'essaie qu'ils puissent assister à des séances, s'ils le

143

demandent... c'est assez compliqué, parce que comme tout ce qui relève de la psychothérapie, c'est plus difficile... c'est vraiment le domaine où c'est le plus difficile d'avoir un tiers, la psychothérapie... avant on se disait « c'est la gynéco », mais c'est pas vrai. C'est la psychothérapie le domaine où c'est le plus difficile d'avoir un tiers. Mais il y a des patients qui acceptent... je leur apprends les concepts... je leur apprends pas l'hypnose, mais surtout ce que j'essaie de leur apprendre, c'est que quelque part, quand on accepte de rendre un patient dépendant d'une solution extérieure à lui, on a perdu. C'est ça que j'essaie de leur apprendre. Et que quand on donne un anxiolytique à quelq'un dont on pense qu'il en a pas forcément besoin... -je suis pas du tout anti-anxiolytique hein...- ou un somnifère à quelq'un, alors que, avec du temps et des apprentissages simples on pourrait faire autrement... on dit aux gens : « la solution elle est à l'extérieur de vous, elle est pas à l'intérieur de vous... » et donc on contribue à les... débrancher, quelque part, de leur santé, et de qui ils sont... à les dédouaner, quelque part... voilà : « j'ai un problème, je vais chercher une solution », et pas « j'ai une solution, et je la mets en œuvre »

### I : Vos internes semblent intéressés par ces questions-là?

MSU: Très... et je me rends compte qu'ils mettent ça... par exemple, quelque chose que je dis très très souvent : « je trouve dommage d'aller chercher la solution à l'extérieur de vous alors qu'elle peut être à l'intérieur... » je me rends compte qu'ils se mettent à l'utiliser... par exemple pour tout ce qui concerne la demande de vitamines... « est-ce que vous mangez des fruits et des légumes, est-ce que vous avez une alimentation diversifiée, et pourquoi vous avez l'impression d'avoir besoin de vitamines... » et tout l'interrogatoire qui va avec, et qui contribue à chercher quelles sont les causes de l'asthénie en terme de déséquilibre de vie, et puis après dire aux gens : « et bien écoutez, je pense qu'il peut il y avoir des solutions à l'intérieur, et c'est peut-être mieux que de chercher des solutions à l'extérieur »... ca les internes, ils sont très très... ils sont curieusement un peu étonnés du discours, donc c'est qu'il doit pas être si commun que ça, en fait... ils sont curieusement un peu étonnés du discours, mais par contre, ils adhèrent à fond, ça c'est sûr... mais ils disent aussi : « c'est quelque chose qui prend du temps, beaucoup plus de temps que de faire une prescription... » et que, comme toujours, le temps c'est de l'argent, le temps c'est de l'énergie, on n'en a pas toujours... on n'a pas toujours de temps, on n'a pas toujours d'énergie, on n'a pas toujours envie... et puis, y a des échec... y a des gens pour qui, tant qu'il n'y aura pas le nom du médicament sur le papier, ça fera rien... y a quelque chose que je fais moi, et que j'arrive pas à transmettre aux internes, mais ça je pense que c'est dû à la jeunesse, aux craintes par rapport au fait d'avoir une patientèle, et cætera, c'est que moi, je finis, pour les gens qui tiennent bon, qui disent « ben non, moi je veux, machin... » et qui entendent rien... qui entendent pas en tout cas ce que j'essaie de dire, ça veut pas dire qu'ils entendent rien... je finis par leur dire : « écoutez, je pense pas que je vais vous faire du bien en vous prescrivant un médicament, mais je suis persuadée que si vous le demandez au pharmacien, il va vous le donner, mais moi je vais pas écrire sur une ordonnance quelque chose que je pense pas qui va vous faire du bien. Voilà, ça j'arrive pas à le transmettre aux internes... je pense qu'il faut être suffisamment installé dans son métier pour pouvoir faire ça, plus avoir de crainte par rapport à ce que les gens vont revenir, ou pas revenir... alors qu'en fait, le fait de dire ça, c'est efficace... mais je pense qu'il faut du temps pour ça... donc je pense que le fait de dire ça, ça pourrait s'appeler une procédure placebo.

I : Comment avez-vous appris ces notions, avez-vous assisté à des séminaires ? Est-ce que ça s'est fait naturellement ?

MSU : J'ai fait un diplôme d'homéopathie à la fin de la fac... sans conviction par rapport aux prescriptions... et je crois vraiment que j'ai appris ça là, car je me suis rendue compte que peu importe ce que je prescrivais... on apprend, quand on fait de l'homéopathie, un entretien très très détaillé, s'intéressant beaucoup à la vie des gens, à l'équilibre des gens, aux réactions des gens, ça m'a passionné... et je me suis rendu compte que quoi que je prescrive derrière, j'étais déjà efficace, par ce travail que j'avais fait. Donc j'ai « rentabilisé » entre guillemets mon diplôme, en prescrivant des petites granules, et puis de moins en moins, et pour ainsi dire plus du tout... par contre je continue à faire l'entretien de la façon où je l'ai appris là... donc je pense que, à la base, je l'ai appris là. Et après je me suis dit : « mais en fait ça parle de quoi ça? » et j'ai lu, j'ai bouquiné, puis après je me suis rendue enfin compte qu'il me manquait un outil. C'est comme ça que je me suis formée à l'hypnothérapie... qui est un outil validé, ce qui ne me convenait pas dans l'homéopathie, c'était aussi que c'était pas validé, c'était aussi le côté ésotérique qui correspondait pas à ma façon de penser. Donc j'ai cherché quelque chose qui puisse être un outil, parce que parfois la parole ne suffit pas, et quelque chose qui soit validé et donc je me suis formée en hypnothérapie. Mais c'est qu'une toute petite part du truc. Y a des gens qui viennent pour faire de l'hypnothérapie, avec qui on fait pas d'hypnothérapie... on fait que des entretiens approfondis, que parler de leur équilibre de vie. Donc on peut dire que c'est une démarche de découverte.

I : A votre avis, pourquoi ces choses- là, la communication... ne sont pas plus enseignées aux internes?

MSU: Parce que je pense que c'est terriblement personnel. Je suis pas sûre qu'il y ait quelque chose de scientifique là-dedans. La communication, si... comment on fait passer les choses... la communication, c'est enseigné. Mais ça c'est pas que de la communication, c'est aussi être prêt à rentrer dans la vie des gens à un point qui peut influer sur leur façon de vivre... et ça je pense que c'est éminemment discutable... je pense que c'est pas tous les médecins qui sont prêts à ça. Et c'est pas tous les patients qui sont prêts à ce que leur médecin fasse ça. Quand je suis en vacances, mes associés me disent que mes clients sont chiants (rires). Et je pense que c'est vrai, mes clients, ils viennent chercher ça chez moi. Et comme ils le trouvent pas forcément chez mes associés -contrairement je pense qu'ils le trouvent chez pleins d'autres médecins, mais pas chez mes associés en tout cas-, et bien du coup ils sont chiants. Parce que ils posent des questions auxquelles ils sont pas prêts à répondre, et il y a aussi des patients qui viennent pas me voir, parce qu'ils ont pas du tout envie de toucher à leur équilibre de vie, que leur médecin leur pose des questions personnelles, leur demande ce qu'ils ont comme ressources, comment on pourrait augmenter leurs ressources internes, parce qu'ils ont envie d'un cachet et d'aller mieux... et bien voilà. Donc je pense qu'on se forge une patientèle en fonction de la façon dont on a envie de travailler... et puis moi, je suis médecin de montagne, ce qui me donne énormément de temps, parce que pendant 3 mois de l'année je travaille beaucoup, donc je gagne beaucoup de sous, ce qui me permet de travailler beaucoup moins, et de gagner beaucoup moins de sous le reste de l'année, et ça c'est un bénéfice que j'aurais pas ailleurs. Je peux faire 9 mois de l'année des consultations de 45 min sans couler la baraque. C'est aussi un choix d'exercice.

I : Donc pensez que c'est pas généralisable à tous les internes, car justement chacun a une personnalité adaptée à un type de patient...

MSU: Je pense qu'il faudrait au moins que tout le monde puisse avoir une réflexion allant dans ce sens-là... pour faire ses propres choix. On peut faire son choix que si on connait les choses. Mais par contre je me vois pas monter un enseignement parlant de ça... absolument pas! C'est pas transmissible de façon verticale.

I : Ça ne vous semble pas accessible à la théorie...

MSU: Non ça ne me semble pas accessible à la théorisation. Ça pourrait se transmettre dans des groupes de réflexion, par exemple sur l'éthique de notre fonctionnement... par exemple y a plein de bouquins qui sortent sur «Faut manger comme ça, machin», David Servan Schreiber... t'as entendu parler de ça! Je pense qu'il faut que les médecins les lisent, ces trucs-là. Je pense que c'est très important que les médecins les lisent, et les critiquent, et les analysent et sachent ce que leurs patients vont lire... et qu'ils aillent voir, quels sont les niveaux de preuve, de telle chose de telle chose, curcuma-poivre... ils veulent tous curcuma-poivre les patients. Heu, moi, j'en sais rien, tant que je suis pas allée voir si quelque chose avait été fait sur curcuma-poivre... maintenant je sais. Toutes ces choses-là grand public, il faut les lire et les analyser, et ça pourrait tout-à-fait rentrer dans l'ordre d'un groupe de réflexion avec des juniors... ça pourrait tout-à-fait concerner des juniors. Mais « un enseignement »!!!

#### *I : Les juniors c'est les internes ?*

MSU: Oui... ou nos jeunes confrères... pas que les internes. Parce que je vous disais je pense que c'est très lié au vieillissement dans le métier. Je pense que c'est quelque chose que l'on apprend...

#### *I : Ils manquent de maturité ?*

MSU : Je pense qu'ils n'ont pas les mêmes préoccupations. Y a tellement de choses à savoir, à connaître, à lire, à étudier... non c'est pas une histoire de maturité, c'est une histoire de priorité.

#### I : Pour eux la priorité pour le moment c'est d'acquérir...

MSU: C'est la connaissance. Et après... voilà. Mais ça pourrait se faire par un groupe de réflexion pourquoi pas. Y a un mémoire extraordinaire qui a été fait récemment, présenté en octobre sur les traitements adjuvants en cancérologie, par un médecin généraliste - j'ai oublié son nom, mais je peux le retrouver- où il a analysé les niveaux de preuve du sport, de la relaxation, de la méditation... c'est remarquable, comme travail, donc ça peut être fait par un junior, à condition que ça soit sa préoccupation. Lui c'était sa préoccupation. Et donc il a fait un travail vraiment remarquable là-dessus, mais je suis pas sûre que ça pourrait être généralisé.

*I : Ce serait plus sur la base du volontariat, donc.* MSU : Oui.

#### I : Vous pensez quand même que ça peut être enseigné pendant les stages...

MSU: Oui, indéniablement. Je crois qu'on peut l'enseigner dans les stages, tout-à-fait. Et c'est d'autant plus important de pas enseigner le contraire. C'est-à-dire de pas répondre à la « demande médicament » par « médicament ». Je suis pas en train de dire que les gens qui font ça, ils travaillent mal. C'est pas du tout ce que je suis en train de dire. Je suis simplement en train de dire que c'est un constat d'échec de le faire. Mais... c'est important que les maîtres de stages... qu'on fasse attention que les maîtres de stages soient pas des gens qui prescrivent n'importe quoi n'importe quand, simplement parce que les patients leur ont demandé... même si dans un certain nombre de cas, et on le sait très bien, parce que l'effet placebo a été étudié, ça peut être efficace... bon y a quelque chose qui m'a énormément appris quand-même, c'est quand on a analysé l'évolution naturelle de l'otite moyenne aigue... et qu'on s'est rendu compte que 70% des otites de l'enfant de plus de deux ans guérissaient en 48h. C'était une des grandes têtes de pompe des prescripteurs d'homéopathie, de dire « on guérit en 48h trois otites sur quatre avec des granules », et quand les études ont progressé, on s'est rendu compte que trois otites sur quatre guérissaient sans rien du tout. Donc peut-être qu'on va se rendre compte que l'effet placebo, en fait c'est l'évolution naturelle des maladies... peut-être, je sais pas.

#### *I : Merci d'avoir répondu à mes questions*

ENTRETIEN n°12

I: J'aimerais que vous me disiez s'il vous arrive d'utiliser les pratiques que je viens de

décrire en thérapeutique

MSU: Jamais en prescription... alors enfin... jamais en prescription... j'ai pas une pilule

sucrée. J'ai pas un deal avec la pharmacie... si... le MAGNESIUM, je l'utilise. Je suis pas

sûre que je l'utilise véritablement avec un effet placebo, même si je sais qu'il y en a un

derrière... mais je l'utilise quand-même. Je le mets pas à toutes les sauces, on va dire. Et

après, je pense que l'effet placebo, il vient du fait qu'ils viennent juste pour se rassurer, et

que... alors, je l'utilise peut-être sans vouloir l'utiliser, parce que les gens disent « et bien,

c'est bon, je suis venu, je vais mieux... » on le voit avec les enfants aussi... mais je pense que

j'ai des rituels qui font que ça a un effet. Mais en même temps, est-ce qu'un examen clinique

systématique ça fait partie d'un rituel, ou c'est aussi parce qu'on a envie de faire bien les

choses, notre examen... j'ai des patients chez qui je prends la tension systématiquement, alors

que je sais qu'elle est parfaitement normale, et que c'est vraiment un effet placebo, parce

qu'ils en ont besoin, même ils me le demandent. Donc oui, je l'utilise. Quand je l'utilise dans

les examens... à la limite, ça m'arrive presque plus souvent de faire des examens

paracliniques qui je sais vont être normaux, parce que le patient veut être rassuré, parce qu'il

le demande, que parce que moi je le fais en disant « je vais vous faire ça, et vous allez voir,

tout ira mieux après... »

*I* : *C'est quelque chose que finalement vous faites naturellement, et finalement, vous ne vous* 

étiez pas trop interrogée là-dessus...

MSU: Oui, voilà

*I : Ça vous est arrivé de parler de placebo avec votre interne ?* 

MSU: Non, je pense pas. Là avec celle qui est là, non... après... sans dire le mot, peut-être

qu'une ou deux fois, on a communiqué en se disant « ouais ouais, on lui met ça »... avec des

signes qui disent « on sait pourquoi on lui met ça, mais...» on n'en a pas vraiment parlé. On

n'a pas posé ce mot-là

*I : En supervision indirecte...* 

149

MSU: Oui plutôt... mais non, on n'est pas revenu là-dessus...

I : Vous avez des exemples de situation en tête, où votre interne a utilisé l'effet placebo ? Où il vous en a parlé, indirectement ?

MSU: Là, comme ça, non, il faudrait que je cherche...

I : Vous avez l'impression que c'est un sujet qui peut intéresser votre interne, ou elle ne vous a jamais posé de question là-dessus... par rapport à des rituels d'examens... ou à des examens paracliniques que vous avez prescrits pour rassurer le patient...

MSU: Non, comme je vous dis... les examens paracliniques, si des fois je les demande, c'est des fois pour me rassurer moi. Et que ça m'arrive des fois de dire au patient « je vous assure, on le fait pas, parce que c'est normal, y a pas de raison »...et je le fais quand même, et là, c'est vraiment pour lui faire plaisir, parce que je me dis que, de toute façon, je vais user dix litres de salive, et trois heures de mon temps, et que j'irais plus vite en faisant la prescription. Mais non, j'arrive pas bien à voir ça... est-ce que j'ai eu une discussion récente. En plus, on vient de changer d'interne, donc je suis un peut parasitée par la nouvelle...

I: Et puis c'est peut-être surtout en fin de stage que les internes posent beaucoup de questions...

MSU: Oh, elle en pose pas mal, mais c'est spécial, elle vient de faire son droit de remord, elle était hémato... donc elle a fait cinq semestres d'hémato, et là elle vient là... elle pose des milliards de questions, parce que... c'est plus du tout... on n'a pas encore abordé ça... mais je pense que si on l'aborde, ce sera en supervision indirecte, c'est clair.

*I : Vous avez la sensation, que certains internes, plus techniciens, se désintéressent de ce type de question ?* 

MSU: Oui, au début, ils sont comme ça... moi j'en ai pas eu tellement que ça, des internes techniciens... elle c'est la plus, parce que elle, elle vient du CHU, donc elle est formatée CHU, donc c'est clair, ça se voit. Je vois vraiment la différence, parce que les autres, elles avaient déjà fait des stages, elles étaient déjà bien branchées médecine générale, beaucoup moins... non j'ai pas le sentiment qu'elles étaient très techniciennes.

*I : Donc pour vous, technicien, c'est plutôt lié à l'hôpital ?* 

MSU: Non, pas forcément, mais c'est... je fais mon examen, je demande des examens paracliniques, des bilans... quitte à des fois se passer de l'examen clinique, et c'est pour ça que je disais... ici on voit quand même pas mal d'enfants, et j'apprends à faire un examen clinique systématique. Et pour moi, c'est pas un rituel à effet placebo, c'est vraiment qu'il faut tout voir... alors c'est sûr, les enfants, ils adorent qu'on les examine des pieds à la tête. Alors quand il y a des parents qui disent « je l'amène parce qu'il a dit qu'il voulait vous voir, je pense que c'est pas grave, mais il a dit qu'il fallait qu'il vienne... » je pense que ça rentre dans leur truc aussi, mais... pour moi, c'est pas à visée placebo...

I : Vous voyez des freins à l'enseignement de l'EP ? Est-ce que vous imaginez pourquoi ça n'est pas enseigné aux internes ?

MSU: J'ai vu quand on était à l'hôpital... l'effet placebo, c'était « je donne la pilule à l'hystérique de la chambre machin, quoi » donc voilà y avait pas d'explication : c'est une emmerdeuse –parce qu'en général, c'est une fille-, et on lui file son cachet placebo, et elle va arrêter de... en fait, ça avait plutôt une image assez négative.

I: Finalement, prescrire un placebo, c'était un moyen d'éviter...

MSU: Oui, en fait, moi, ça me gêne pas de pas prescrire, et de passer du temps à discuter, et d'essayer de savoir ce qui va pas. Alors après, quand on n'a plus de recours, et comme je disais, le patient, tant qu'il aura pas eu son truc, et son examen, il sera pas rassuré... on va lui faire. Mais en tout cas, pour ce qui est d'une prescription, c'est facile de prescrire un truc placebo, alors que de savoir pourquoi le patient est insistant, et pourquoi il est pas bien, c'est plus compliqué...

I: Donc pour vous c'est plutôt ça qu'il faudrait enseigner aux internes... apprendre à communiquer, à ne pas prescrire, plutôt que de prescrire un placebo, qui serait une solution de facilité...

MSU: Oui, c'est plus comme ça que je vois les choses. Mais en même temps, je sais pas. Ça m'est arrivé de prescrire la kiné à effet placebo, en me disant « fondamentalement, il a pas besoin... » et en même temps, c'est aussi un début, parce que c'est des gens qui n'osent pas se lâcher, et aller chez le kiné, ça va les détendre, et du coup après ils vont revenir, et puis petit à petit, on va réussir à avoir une discussion autre... oui je pense que la kiné, ça mérite de le prescrire... en me disant « ça va lui faire du bien, et peut-être qu'il va avancer »

*I : Et ça, vous n'en avez pas discuté avec votre interne ?* 

MSU: Non... là, en fait, avec la dernière elle a tellement plein de questions sur « ce médicament, ça sert à quoi ? » car tous les médicaments de base de la médecine générale, elle les connait pas, que du coup on n'est pas encore allées au-delà, un peu plus dans la globalité... on est encore très dans « ce médicament, il sert à quoi ? » donc j'essaie d'avoir une approche globale, de lui montrer... mais elle est encore très... elle est coincée... parce qu'elle se retrouve avec pleins de trucs qu'elle connait pas... c'est sûr que l'hémato pendant cinq semestres, ça ferme... c'est hyper spécialisé... donc il faut que j'y réfléchisse...

*I : Et vous ne voyez pas d'autres freins ?* 

MSU: Pour en parler avec l'interne? Non, c'est que ça ne m'est pas venu à l'idée... donc là je vais en discuter avec l'interne, lui demander ce qu'elle en pense... déjà, je peux lui poser la question, lui demander si elle pense que j'ai des prescriptions placebo... ça, ça m'intéresserait de savoir, parce qu'on ne sait pas toujours... en plus ils n'osent pas bien avoir une critique sur nous...

*I*: Parce que vous avez l'impression que ça a une connotation négative de parler d'effet placebo?

MSU : Je sais pas... non... alors après il faut je lui demande si pour elle ça a une connotation négative, l'effet placebo, et est-ce qu'elle pense que j'en prescris, et de quelle manière ?

I: Mais pour vous, ça n'en n'a pas...

MSU: Non non non... j'ai dit au départ, parce que l'histoire du médicament qu'on donnait à l'hôpital... ça c'était négatif. Après le reste non, quand je fais de la prescription de kiné, par exemple, c'est pas négatif du tout... c'est comme quand je prends la tension, quoi... ça va que faire du bien à la patiente, et faire en sorte qu'elle reparte plus contente, donc je vais pas l'en priver!

I : Vous n'avez pas la sensation d'être gênée par la présence de l'interne à vos côtés, de prescrire moins de placebos, moins de kiné placebo...

MSU: Non, je ne modifie pas mon attitude. Qu'elle soit là ou pas, je bosse pareil. Je peux modifier si elle me lance des pistes auxquelles j'ai pas pensé. Par exemple parfois, dans

l'interrogatoire, elle me pose des questions... et effectivement, c'est une bonne question que je n'avais pas posée... mais je vais pas me freiner en me disant « oh là là qu'est-ce qu'elle va penser » sinon, il faut que je revoie tous les gens que j'ai vu avec elle... y en a beaucoup qui changent leur façon de faire ?

I : Certains médecins nous ont dit, sans parler d'eux directement, qu'ils pouvaient imaginer que la présence de l'interne pouvait gêner... qu'ils oseraient moins...

MSU: Non, parce que, quand je prescris du MAGNESIUM, je suis convaincue que les gens ils vont plus avoir de crampe, et puis tout ça... je les convaincs. Je pense que l'effet placebo, il vient de l'effort que je suis convaincue du truc, même si effectivement, c'est pas spécialement prouvé... du coup vraiment, j'ai pas de crainte par rapport à ça... alors après, c'est comme l'homéopathie... quand on est convaincu des trucs... je suis pas convaincue de tout, mais en tout cas... on leur montre « ça, ça marche très bien... » et puis ça marche quand même... donc il faut que je vois avec elle. C'est une question intéressante. Il faut que je lui pose.

*I : Merci. Je vous ai posé toutes mes questions.* 

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) J.-J. Aulas Essai de décryptage : Placebo et effet placebo. Ann Pharm Fr 2005, 63 : 401-415
- (2) Beecher HK. The powerfull placebo. JAMA 1955; 159: 1602-6.
- (3) La revue Prescrire, novembre 2008 n°301, p 847: « Situations courantes en automédications. Asthénie »
- (4) Pichot P. À propos de l'effet placebo. Rev Med Psychosom 1961; 3:37-40.
- (5) Kienle GS. Der sogenannte Placeboeffekt. Illusion, Fakten, Realität. *Stuttgart, Schattauer*, 1995.
- (6) Damien G Finniss, Ted J Kaptchuk, Franklin Miller, Fabrizio Benedetti: Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *Lancet 2010; 375: 686–95*
- (7) Blackwell B, Bloomfield SS, Buncher CR. Demonstration to medical student of placebo responses and non-drug factots. *Lancet*. 1972; 1: 1279-82.
- (8) De Craen AJ, Roos PJ, Leonard De Vries A. Effect of colour of drugs: systematic review of perceived effect of drugs and of their effectiveness. *BMJ*, 1996; 313: 1624-6
- (9) P Chevalier. Du placebo au context. Louvain med, 121: S307-S3010-2002
- (10) Kaptchuk TJ, Kelley JM, Deykin A, Wayne PM, Lasagna LC, Epstein IO, Kirsch I, Wechsler ME. Do "placebo responders" exist? 2008 Jul;29(4):587-95. Epub 2008 Feb 23
- (11) Gracely RH, Dubner R, Deeter WD, Wolskee PJ. Clinicians'expectations influence placebo analgesia. *Lancet* 1985; **325:** 43.
- (12) Stewart-Williams S, Podd J. The placebo eff ect: dissolving the expectancy versus conditioning debate. *Psychol Bull* 2004; **130:** 324–40.
- (13) Colloca L, Benedetti F. Placebo analgesia induced by social observational learning. *Pain* 2009; **144:** 28–34.
- (14) F Lorin. Effet Placebo et douleur. *Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur-CHU de Montpellier*

- (15) B Bonaz. Effet placebo. TFI biblio expert; Sept 2010
- (16) Shang A, Huwiler-Muntener K, *et al.* Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. *Lancet.* 2005 Aug 27-Sep 2;366(9487):726-32.
- (17) La revue Prescrire n° 106, p196-200 : « Apprendre à prescrire les remèdes homéopathiques en une heure et demi ».
- (18) Brody H. The lie that heals: the ethics of giving placebos. *Ann Intern Med* 1982; **97:** 112–18.
- (19) Frédéric Bloch, Gabriel Abitbol, Bernadette Le Nouvel et le GTS « douleur et éthique ». Réflexion éthique sur les limites de l'utilisation du médicament placebo dans la prise en charge de la douleur au quotidien. *Douleurs*, 2003, 4, 6
- (20) T Boudot, Professeur Eschalier « Utilisation du placebo et de son effet en médecine générale ». *Thèse de médecine faculté de Clermont-Ferrand*, 2004.
- (21) La revue Prescrire avril 2010, n°318, p 287 : « Serenoa Repens et hypertrophie bénigne de prostate : pas plus efficace qu'un placebo ».
- (22) Margrit Fässler, Markus Gnädinger, Thomas Rosemann, Nikola Biller-Andorno: Use of placebo interventions among Swiss primary care providers. BMC Health Serv Res. 2009; 9: 144.
- (23) Tilburt JC, Emanuel EJ, Kaptchuk TJ, et al. Prescribing "placebo treatments": results of national survey of US internists and rheumatologists. *BMJ* 2008; 337: a1938.
- (24) Jean-Loup Rouy. Suggestion, placebo et mensonge. Exercer 2008;82:87-90.
- (25) Martine CHAMBERLAND, René HIVON. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale 2005; 6: 98-111*
- (26) Wright SM, Carrese JA. Excellence in role modelling: insight and perspectives from the pros. *CMAJ* 2002;167:638-643.

- (27) Côté L, Leclère H. How clinical teachers percieve the doctor-patient relationship and themselves as role models. *Acad Med 2000 ; 75 : 1117-11124*.
- (28) Petite E, Esturillo G. « Obstacle à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble : identification par les maitres de stage et perspectives d'amélioration ». *Thèse de médecine faculté de Grenoble, 2010*.

## Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire audessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Résumé

L'effet placebo (EP) est couramment utilisé en médecine générale. Nous avons exploré les

freins à son enseignement lors des stages ambulatoires en utilisant une méthode qualitative et avons

réalisé douze entretiens individuels auprès de Maîtres de Stages des Universités (MSU). .

Les origines de ces freins sont multiples. Certains sont liés aux MSU : des connaissances

théoriques parfois incomplètes sur l'EP, une pratique non-consciente de l'EP et non verbalisée auprès

de l'interne, des problèmes éthiques dont l'impression de non-conformité à la médecine basée sur les

preuves. D'autres sont liés aux internes et à leur formation essentiellement hospitalière, qui gêne les

MSU. De plus, des enseignants remettent en cause l'intérêt d'enseigner l'EP. Pourtant, cet

enseignement permet de s'interroger sur les effets spécifiques et non spécifiques des thérapeutiques,

sur la communication avec le patient, et sur l'acte de prescription et sa portée.

Mots clés: effet placebo, médecine générale, enseignement, formation, stage ambulatoire

**Abstract** 

The placebo effect (PE) is often used in general practice. We investigated constraints in its

teaching for residents during field training courses by using a qualitative method and realized twelve

individual interviews with university approved teachers of field training courses.

The sources for these constraints are multiple. Some are connected to the teacher such as a gap

in theoretical knowledge on the PE, an unawareness of its practice therefore not verbalized with the

resident or ethical issues including a perceived nonconformity with Evidence Based Medicine. Others

are linked to the residents and caused by their mainly hospital based training that troubles the teachers.

Furthermore, some teachers are questioning the interest of teaching the PE. Nevertheless, teaching the

PE provides an opportunity to query specific and non-specific effects of treatments, the quality of

communication with the patient as well as the act of prescription and its impact.

Key words: placebo effects, general practice, teaching

159

#### POUR LA CONCLUSION DE VOTRE THESE, **INDICATIONS A RECOPIER (\*).**

(\*) THESE SOUTENUE PAR:

Virginia ARDITO Lise QUERRIOUX

(\*) TITRE: ETUDE DES FREIMS A L'ENSFIGNEMENT DE

GENERALE

L'EFFET PLACEBO AUX INTERNES DE MEDECINE

LORS DES STAGES AMBULATOIRES:

(\*) CONCLUSION

PREVOIR UNE MARGE POUR LA RELIURE FORMAT ET CARACTERES D'ECRITURE A VOTRE CHOIX NOMBRE DE PAGE(S) 1 ou 2 (recto)

(\*) VU ET PERMIS D'IMPRIMER

(\*) Grenoble, le 22/9/2011

(\*) LE DOYEN

(\*) J.P. ROMANET

Professeur Bruno BONAZ iversitaire d'Hépato-Gastroentérologie

(\*) LE PRESIDENT DE LA THESE

04 76 76 55 97

Nº RPPS 10002986163

(\*) PROFESSEUR