



HAL
open science

Les placebos impurs en médecine générale dans les affections bénignes virales des voies aériennes supérieures : enquête auprès de 170 médecins généralistes picards

Claire Lépine

► **To cite this version:**

Claire Lépine. Les placebos impurs en médecine générale dans les affections bénignes virales des voies aériennes supérieures : enquête auprès de 170 médecins généralistes picards. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01389456

HAL Id: dumas-01389456

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01389456>

Submitted on 28 Oct 2016

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.

**LES PLACEBOS IMPURS EN MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES
AFFECTIONS BÉNIGNES VIRALES DES VOIES AÉRIENNES
SUPÉRIEURES :**
Enquête auprès de 170 médecins généralistes picards.

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

le 22 Juin 2016

par

Claire LÉPINE

Président du Jury : Monsieur le Professeur Vladimir STRUNSKI

Juges : Monsieur le Professeur Michel ANDRÉJAK

Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Amélie SELLIER-PETITPREZ

A mon Président de Jury de thèse,

Monsieur le Professeur Vladimir STRUNSKI

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Oto Rhino Laryngologie)
Chef du Service ORL et Chirurgie de la face et du cou
Pôle des 5 sens
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse.
Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.*

A mes juges,

Monsieur le Professeur Michel ANDRÉJAK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier consultant
(Pharmacologie fondamentale clinique)
Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d' AMIENS
Ancien Responsable du Service de Pharmacologie clinique
Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail de thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et le témoignage de ma considération.*

Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Bactériologie, Virologie-hygiène hospitalière)
Laboratoire de Bactériologie et Virologie
Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

*Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail de thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et le témoignage de ma considération.*

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
(Médecine Interne)

*Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail de thèse.
J'ai pu bénéficier de votre enseignement au cours d'un stage d'externe dans votre service qui
me laisse un souvenir mémorable.
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et le témoignage de ma considération.*

A ma Directrice de thèse,

Madame le Docteur Amélie SELLIER-PETITPREZ

Médecin généraliste

Maître de Conférence Associée de Médecine Générale

*C'est avec spontanéité que tu as accepté de diriger ce travail de thèse.
Sois ici assurée de ma plus sincère reconnaissance pour tes conseils avisés, ton soutien et ta
gentillesse.
Ce travail s'est profondément enrichi de tes réflexions et de ton expérience comme directrice
de thèse et maître de conférence de médecine générale.
J'ai déjà, par ailleurs, eu le plaisir d'exercer à tes côtés.
Permets-moi de te témoigner de mon plus profond respect.*

REMERCIEMENTS

A François, pour notre Amour qui a engendré le plus beau des cadeaux : notre petit Jules et celui (ou celle) à venir... Merci pour ton indéfectible soutien, tes encouragements, ta grande patience tout au long de ces années et les nombreuses à venir ! J'ai besoin de toi à mes côtés pour continuer à avancer. Ta bonne humeur, ta joie de vivre et surtout ta rutilance me sont indispensables.

A Jules, le plus beau des trésors qui ensoleille ma vie et que j'aime de tout mon cœur !

A mes parents, pour votre solide et constant soutien, pour votre présence, votre aide précieuse au quotidien et surtout votre inestimable affection. Je vous dois un énorme MERCI pour tout ce que vous m'avez permis de concrétiser. Je vous dédie ce travail avec tout mon amour.

A mon frère Pierre, pour notre complicité depuis notre plus tendre enfance, qui m'est chère. Pour tes compétences techniques et informatiques qui ont été une aide précieuse pour la réalisation des tests statistiques au cours de ce travail ! Sans ton renfort, cela aurait vraiment été plus compliqué.

A ma famille, qui de près ou de loin a participé à mon bonheur et à ma réussite. Et notamment à Francine, pour la relecture de ce travail.

A ma belle-famille, pour votre accueil chaleureux, votre présence à nos côtés et votre bienveillance.

Au groupe d'amis du G7: Eléonore, Lucille, Claire, JB, Mélanie et Léa, leurs conjoints et leurs enfants. Pour toutes ces longues et belles années d'études passées ensemble, ces moments de joies, ces éclats de rires mais aussi parfois les moments plus difficiles que l'on a toujours traversés tous ensemble. Pour cette formidable aventure que fût la création de notre association SOLIMEDA et notre voyage au Niger avec la cigogne. Que de bons souvenirs, et j'espère bien qu'ils seront encore très nombreux! Votre amitié m'est essentielle.

A tous mes amis, que je ne peux malheureusement pas tous citer ici mais pour qui j'ai une vive pensée. Pour votre amitié qui est chère à mon épanouissement et mon bonheur. Et notamment à Kelly, pour l'aide à la traduction en anglais du résumé.

A toutes les belles personnes rencontrées au cours de mon cursus médical (Professeurs, médecins, infirmières, personnel soignant et patients) qui m'aideront à devenir, je l'espère, un bon médecin : humble face aux mystères de l'être humain et attentif envers ceux qui se confieront à moi.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	19
1- INTRODUCTION.....	21
1-1 Définitions.....	21
1-2 Composantes de l'effet placebo.....	21
1-2-1 Le médecin.....	22
1-2-2 Le malade.....	22
1-2-3 La maladie.....	23
1-2-4 Le médicament.....	23
1-3 Mécanismes d'action du placebo.....	23
1-4 Historique du placebo.....	24
1-5 Contexte.....	25
1-6 Problématique.....	26
2- MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	29
2-1 Type d'étude.....	29
2-2 Population étudiée.....	29
2-3 Questionnaire.....	29
2-4 Réalisation de l'enquête.....	30
2-5 Analyse statistique des données.....	30
3- RÉSULTATS.....	31
3-1 Taux de réponses.....	31
▶ Données descriptives.....	31
3-2 Caractéristiques de la population étudiée.....	31
3-2-1 Sexe.....	31
3-2-2 Catégorie d'âge et nombre d'années d'exercice.....	31
3-2-3 Milieu d'exercice.....	32
3-2-4 Compétences particulières.....	32
3-2-5 Activité hospitalière.....	32
3-3 Connaissance de l'utilisation des placebos impurs en médecine générale (avant la réception du questionnaire).....	32
3-4 Image de l'utilisation des placebos impurs en médecine générale.....	33

3-5 Croyance en l'efficacité des placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS.....	33
3-6 Prescription de placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS....	33
3-7 Fréquence de prescription.....	34
3-8 Causes de non prescription.....	34
3-9 Causes de prescription de placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS.....	35
3-9-1 A la demande directe du patient.....	35
3-9-2 Par empirisme et conviction personnelle de leur efficacité.....	36
3-9-3 Pour favoriser la relation médecin-malade en pensant répondre aux attentes de prescription médicamenteuse des patients.....	36
3-9-4 Par difficulté à laisser sortir le patient de consultation sans ordonnance médicamenteuse.....	37
3-9-5 Pour mettre plus rapidement fin à la consultation.....	37
3-9-6 Pour éviter l'automédication.....	38
3-9-7 Pour éviter la prescription de médicaments pouvant être iatrogènes.....	38
3-10 Information du patient du caractère non scientifique du placebo impur.....	39
3-11 Avis sur l'intérêt du remboursement des placebos impurs.....	39
3-12 Recherche consciente d'un effet placebo par le médecin généraliste à la prescription des placebos impurs.....	39
3-13 Avis sur l'influence du comportement du médecin sur la survenue de l'effet placebo.....	39
3-14 Stratégies cliniques mises en place par les médecins généralistes afin de d'obtenir une meilleure adhésion du patient (dans les affections bénignes virales des VAS)...40	40
3-14-1 Écoute attentive de l'histoire du patient et de ses attentes.....	40
3-14-2 Réalisation d'un examen clinique complet (incluant même des éléments non essentiels au diagnostic).....	40
3-14-3 Une annonce claire du diagnostic établi.....	41
3-14-4 La réassurance du patient sur l'évolution spontanément favorable.....	41
► Données statistiques.....	42
3-15 Analyse statistique des résultats selon la prescription ou non de placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS.....	42
3-15-1 Caractéristiques de la population étudiée.....	42
3-15-2 Conception du placebo impur et de l'effet placebo par les médecins.....	43

3-15-3 Facteurs de prescription de placebos impurs.....	44
3-15-4 Stratégies cliniques mises en place afin d'obtenir une meilleure adhésion des patients.....	46
4- DISCUSSION.....	49
4-1 Discussion de la méthodologie.....	49
4-2 Discussion des résultats.....	50
4-2-1 Placebo, une thérapeutique mal connue mais pourtant très utilisée en médecine générale.....	50
4-2-2 Causes de prescription de placebos impurs.....	53
4-2-2-1 Prescription à la demande directe du patient.....	54
4-2-2-2 Prescription pour éviter la prescription de médicaments actifs pouvant être iatrogènes.....	56
4-2-2-3 Prescription par empirisme et conviction personnelle de leur efficacité..	56
4-2-2-4 Prescription pour favoriser la relation médecin-malade en pensant répondre aux attentes de prescriptions médicamenteuses des patients.....	56
4-2-2-5 Prescription par difficulté à laisser sortir le patient de consultation sans ordonnance médicamenteuse.....	57
4-2-2-6 Prescription pour mettre plus rapidement fin à la consultation.....	58
4-2-2-7 Prescription pour éviter l'automédication.....	59
4-2-3 Causes de non prescription.....	60
4-2-4 La question du remboursement.....	61
4-2-5 Effet placebo et effet médecin.....	62
4-2-6 Enjeu éthique.....	65
4-2-7 Place du placebo impur dans le système de soins.....	66
5- CONCLUSION.....	69
6- RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	71
7- ANNEXES.....	75
Annexe n°1 : Courriel de présentation du travail de thèse et de rappel des définitions importantes.....	75
Annexe n°2 : Questionnaire de thèse adressé aux médecins généralistes.....	76

AVANT-PROPOS

En cette saison hivernale, les patients consultent beaucoup pour des syndromes pseudo-grippaux d'origine surtout virale.

Après m'être assuré de l'absence de nécessité d'une antibiothérapie, un problème se pose alors à moi. Alors que le traitement doit rester strictement symptomatique (repos, paracétamol essentiellement) comment, dans un exercice libéral, ne pas prescrire de placebo-thérapie (sirop, collutoires, spray, pastilles... de toutes sortes) tout en faisant croire que cela a une réelle utilité ?

Il s'agit d'un dilemme récurrent car comment remplir, dans ces cas, une ordonnance de vide tout en restant honnête et économe ?

Marc Russo, médecin généraliste (06)

[1]

Le sujet de ce travail de thèse m'est venu au cours de mes premiers stages, en tant qu'interne, chez le praticien et lors des remplacements en cabinet de médecine générale. J'ai en effet pu constater qu'en soins primaires, le médecin généraliste est très souvent confronté aux affections bénignes virales des voies aériennes supérieures (VAS) (autrement dit les rhinopharyngites, pharyngites, angines... d'origine virale) qui, d'après les recommandations de bonne pratique, nécessitent des mesures physiques, un traitement symptomatique (lavage des fosses nasales, antalgiques, antipyrétiques en cas de fièvre, éventuellement vasoconstricteurs par voie nasale chez l'enfant de plus de 12 ans et chez l'adulte) et une surveillance des signes de complication [2]. La société française d'ORL rappelle que la prescription d'antibiotiques doit être réservée aux seules situations cliniques où leur efficacité a été démontrée après un diagnostic précis (angine à streptocoque du groupe A, otite moyenne aiguë purulente, sinusite aiguë). Elle rappelle également que la prise en charge peut justifier un traitement symptomatique pour améliorer le confort [3].

Dans la pratique médicale courante, quels sont ces médicaments de traitement symptomatique que l'on peut prescrire ? Ils ne sont évoqués ni dans les recommandations scientifiques, ni dans les enseignements universitaires, et encore moins au cours des stages hospitaliers. Je me suis rendue compte que la seule possibilité pour moi de connaître ces traitements symptomatiques dits de confort (ou encore placebos impurs) venait de l'empirisme de mes maîtres de stage praticiens, de mon expérience personnelle en tant que malade, des visites

médicales des laboratoires pharmaceutiques représentant ces traitements, des publicités et des médias.

Cela m'a posé un problème éthique.

Quelle attitude adopter en pratique de ville pour suivre les recommandations dans le traitement des affections bénignes virales des voies aériennes supérieures (qui ne nécessitent donc pas d'antibiothérapie) ?

La prise en charge des symptômes et du confort des patients m'autorise-t-elle à prescrire des médicaments de confort considérés comme des placebos impurs, qui sont pour la plupart déremboursés depuis 2006 pour service médical rendu (SMR) insuffisant ?

Ce questionnement m'a amenée à entreprendre ce travail de recherche et à interroger mes confrères pour connaître leur attitude dans cette situation clinique et leur avis sur l'utilisation des placebos impurs en médecine générale.

1- INTRODUCTION

1-1 Définitions

Le terme placebo vient du verbe latin *placere*, conjugué à la première personne du singulier de l'indicatif futur et signifie littéralement « je plairai ». La définition traditionnelle de placebo : « médicament inactif donné pour plaire au patient » [4] met en lumière la citation de Voltaire : « *L'art de la médecine consiste à distraire le malade pendant que la nature le guérit* ».

Selon Pluvinage, le placebo pur est une substance inerte, ayant l'apparence d'un médicament, mais dépourvue de pouvoir pharmacologique [5], généralement du lactose ou du sérum physiologique. Il est en fait très peu utilisé en pratique courante car non disponible en officine de ville. Il est par contre couramment employé dans les essais cliniques comparatifs contre placebo pour juger de l'efficacité d'un médicament. On oppose le concept de placebo pur à celui de verum qui est une substance pharmacologiquement active.

Le placebo impur est un médicament n'ayant pas démontré objectivement son efficacité (par des essais scientifiques rigoureux) [4] ou un médicament dont l'action pharmacodynamique est sans rapport avec l'affection pour laquelle il est prescrit [6]. On peut prendre ici l'exemple de la vitamine C qui est un vrai remède pour le traitement du scorbut mais qui reste sans effet prouvé sur la fatigue, le rhume, la grippe...

Pichot définit en 1961 l'effet placebo comme la différence entre la modification constatée et celle prévisible (imputable à l'action pharmacologique de la substance) lors de l'administration d'une substance active [7]. Autrement dit, l'effet placebo représente l'écart positif constaté entre le résultat thérapeutique prévisible (en fonction des données pharmacologiques) et l'effet thérapeutique observé.

On parle d'effet nocebo (« je nuirai ») ou d'effet placebo négatif si le médicament agit moins bien que prévu, s'il aggrave la maladie ou entraîne des effets indésirables. Ce concept s'est élargi et inclut actuellement les troubles liés aux attentes négatives du patient [8]. Par exemple, l'expérience quotidienne des médecins montre que la simple lecture des notices des médicaments par le patient peut entraîner des effets indésirables purement psychologiques.

1-2 Composantes de l'effet placebo

L'effet placebo peut être influencé par différents facteurs : le médecin, le patient, la maladie et

le médicament. Pour Rabelais, « *La médecine est un combat ou comédie jouée à trois personnages : le médecin, le malade et la maladie* ».

1-2-1 Le médecin

Le médecin joue un rôle primordial dans l'établissement de l'effet (du) placebo. Sa bienveillance et son degré de conviction vis-à-vis du traitement proposé sont des paramètres non négligeables [8]. La personnalité du médecin, ses capacités de communication, d'écoute, d'empathie et d'attention sont indéniablement des facteurs prépondérants dans la survenue de l'effet placebo. Il en est de même pour la réputation du médecin, le temps qu'il consacre à ses patients [4] mais surtout sa croyance en l'efficacité du traitement qu'il prescrit. A placebo égal, un médecin bienveillant, rassurant et convaincu est beaucoup plus efficace qu'un autre, indifférent et sceptique. On peut établir un portrait du médecin placebo-inducteur qui est un médecin confiant dans ses prescriptions, disponible, dévoué, compatissant, bénéficiant d'une bonne notoriété, pratiquant des honoraires plus élevés et communiquant avec ses patients [9]. Le rituel médical de la consultation et de l'ordonnance, développé dans la médecine occidentale, est probablement un facteur à prendre également en compte dans l'action placebo. Ce rituel de la consultation entre le médecin promu « docteur » et le malade ayant le titre de « patient » obéit à un cérémonial au cours duquel est remis le « document sacré non modifiable » qu'est l'ordonnance. Celle-ci confère au patient son statut de malade et apparaît comme un reflet de la relation de soin établie entre le malade et son médecin. Ainsi, l'effet placebo s'exerce si la relation médecin-malade (le colloque singulier) est satisfaisante. Cette relation établie signifie alors que la confiance est réciproque [4]. La notion d'« effet médecin », connue depuis l'antiquité à l'époque d'Hippocrate, est ici mise en lumière. Elle est définie comme le rôle thérapeutique de l'implication du médecin dans sa relation avec le patient. Balint l'appelle le « remède médecin » et dit que le médecin est un « remède en soi » [10].

1-2-2 Le malade

Contrairement aux idées reçues, il n'y a pas de corrélation entre la placebo-sensibilité (action placebo positive) et l'âge, le sexe, le niveau intellectuel ou la sévérité de la maladie. Il n'existe d'ailleurs probablement pas de personnalités placebo-sensible, placebo-résistante (effet placebo nul) ou placebo-négative (action placebo négative ou effet nocebo) fixées chez des

patients définis. Il demeure par contre des circonstances situationnelles et relationnelles favorisant l'effet placebo auxquelles chacun peut être sensible [4]. Le stress, le contexte, la confiance envers le médecin et la dimension symbolique représentée par le médecin en font partie.

1-2-3 La maladie

Il semble que l'efficacité d'un placebo soit en relation inverse avec la gravité de la maladie. L'action du placebo nécessite que l'affection ou le symptôme soit susceptible d'une évolution spontanément variable et favorable [6]. Les symptômes dits fonctionnels sont les plus sensibles au placebo. Ils sont définis par Abrams comme des phénomènes pathologiques intéressant une fonction quelconque et qu'aucune lésion du siège de cette fonction ne légitime. La douleur est particulièrement sensible à l'action du placebo. L'effet placebo serait particulièrement fréquent dans les maladies psycho-somatiques, la migraine, l'insomnie, la toux, les rhinites allergiques et virales [9]. D'où mon questionnement sur la connaissance et l'utilisation du placebo impur par les médecins généralistes dans la situation clinique des affections bénignes virales des voies aériennes supérieures.

1-2-4 Le médicament

Les caractéristiques du médicament telles que son nom, son goût, sa couleur, sa forme, sa galénique, sa posologie, son coût... sont capables d'induire une action placebo. Par exemple, la couleur du médicament peut modifier son effet thérapeutique en induisant un effet placebo. Les comprimés rouges seraient psycho-stimulants alors que les comprimés bleus seraient plutôt sédatifs. De même, certains décrivent que les médicaments au goût désagréable seraient plus efficaces [9][4]. Le médicament a un cortège de représentations symboliques personnelles et sociales [11]. C'est un objet transitionnel qui génère au médecin le pouvoir de guérir, qui est une preuve de sa sollicitude envers son patient et qui donne accès au soulagement ou à la guérison du malade.

1-3 Mécanismes d'action du placebo

Différentes hypothèses se confondent pour expliquer l'effet placebo.

Une hypothèse biologique a été proposée en 1978 par John Levine selon laquelle l'effet du

placebo s'exercerait au travers d'une augmentation de l'activité endomorphinique [8]. Une étude, parue dans la revue Science, montre que l'administration d'un morphinique et d'un placebo produit l'activation des mêmes structures anatomiques (le gyrus cingulaire antérieur) visualisées au PET Scan (Positron Emission Tomography : technique d'imagerie permettant de visualiser la consommation d'oxygène de zones cérébrales durant leur fonction physiologique). Une autre étude publiée dans la même revue montre une possible participation du système dopaminergique dans l'effet placebo : le placebo entraînant une libération de dopamine endogène dans le striatum des sujets parkinsoniens [8]. Les mécanismes d'action neurobiochimiques du placebo ne permettent pas encore une compréhension satisfaisante de ce phénomène mais lui autorisent l'accès à une respectabilité. Les autres hypothèses proposées sont d'ordre psychophysiologiques et psychologiques. Elles font intervenir les mécanismes de conditionnement et de suggestion. Bykov développe en effet la théorie du conditionnement pavlovien qui montre que l'action pharmacologique d'une substance peut être modulée, voire inversée, en fonction de certains paramètres environnementaux [9]. La suggestion est l'influence affective d'un homme sur un autre par des paroles ou des actes tendant à diriger ses impressions dans une direction donnée [6]. Pour A. Leslie, l'effet placebo est la matérialisation de la suggestion du médecin lors de la prescription du médicament. Son importance est fonction du degré de persuasion du médecin et du degré de réceptivité du malade. Le placebo peut être perçu comme une forme de psychothérapie lorsque sa prescription est précédée d'une écoute, d'une relation attentive qu'il prolonge [9].

1-4 Historique du placebo

Le terme placebo (en latin « je plairai ») apparaît à la fin du XIII^e siècle dans la liturgie de l'Église romaine catholique aux vêpres des morts : *Placebo Domino in regione vivorum...* (« Je plairai au Seigneur dans le monde des vivants »). Au XIV^e siècle, il prend le sens de « flatteur », « vantard » en vieux français. C'est au XVIII^e siècle, en 1785, en Angleterre, qu'il apparaît pour la première fois dans le langage médical au sein du *Motherby's New Medical Dictionary* où il est décrit comme une méthode commune, banale en médecine [8]. Sa première définition est donnée en 1811 dans le *Hooper's Medical Dictionary*. Elle est la suivante : qualificatif donné à toute médication prescrite plus pour plaire au malade que pour lui être utile [6]. La persistance du vocable « plaire » est à souligner. En 1848 émerge une nouvelle définition de laquelle émane le début d'une prise de conscience des effets

psychologiques du placebo : épithète donnée à n'importe quelle médecine administrée plus pour amuser l'esprit du patient que pour remplir une quelconque intention thérapeutique définie. En 1894, le placebo est mentionné comme une substance inerte.

En France, le terme de placebo est ignoré des grands ouvrages médicaux et lexicaux jusqu'au XIXe siècle. C'est en 1873 que le vocable apparaît pour la première fois dans le dictionnaire de la langue française. En 1885, on retrouve sa terminologie dans le dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales [9]. Et ce n'est qu'en 1958 qu'une définition lexicographique de ce mot apparaît, dans le *Dictionnaire des termes techniques de médecine*. Cette apparition tardive souligne, aux yeux de certains, le peu d'intérêt qu'a accordé la médecine académique française au placebo [8]. L'acceptation du concept d'effet placebo est lente et difficile au cours du XXe siècle car son mode d'action psychologique et l'origine mythique du phénomène rappellent trop les soins religieux de l'époque. De nos jours, on perçoit une attitude paradoxale vis-à-vis du placebo. Sa définition et son utilisation progressent mais il suscite aussi une certaine méfiance car il souligne l'aspect psychologique de la maladie et de son traitement ; alors que la médecine scientifique, basée sur les lois physico-chimiques, privilégie les étiologies de pathologies sur les dysfonctions d'organes. Ainsi, le placebo sème la discorde.

1-5 Contexte

Nous allons, dans ce travail de thèse, nous intéresser plus précisément aux placebos impurs. Beaucoup de ces médicaments n'ont pas fait la preuve de leur efficacité dans des études contrôlées et ont été considérés comme étant des « médicaments de confort » avec un SMR jugé insuffisant par la Commission de transparence de l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé). Ils ont donc fait partie de la grande vague de déremboursement organisée par l'assurance maladie en 2006. Leur efficacité a été évaluée insuffisante mais il ne semble pas que leur utilité, dans la pratique courante des médecins et surtout dans l'amélioration du confort des patients, ait été prise en compte au cours de cette réévaluation. Il n'est pas anodin de rappeler que cette classification SMR n'a comme application que les conditions de remboursement des médicaments et ne se veut pas un justificatif de prescription ou de non-prescription [12].

Le médecin est soumis à une triple pression pour une prescription de médicaments. Il se doit de respecter les données acquises de la science, maîtriser les coûts du système de santé et répondre aux besoins de ses patients [13].

Il semble alors intéressant d'analyser le comportement des médecins généralistes qui sont couramment confrontés aux situations cliniques pouvant nécessiter la prescription de placebos impurs, notamment dans les affections bénignes virales des VAS.

On peut voir s'opposer deux attitudes, deux logiques différentes chez les médecins concernant la prescription de ces médicaments dans les affections bénignes transitoires [14].

La première est basée sur un modèle factuel, où l'attitude est restrictive en prescriptions médicamenteuses. Elle s'appuie sur le suivi des recommandations, des données scientifiques et critique l'utilisation des placebos impurs. Elle préconise la réassurance du patient, son information sur l'évolution spontanément favorable, la prévention et l'éducation. Un devoir d'honnêteté envers le patient est avancé pour ne pas entraîner une croyance erronée. Elle souligne l'importance de l'effet médecin en soins primaires [14].

La seconde est, quant à elle, basée sur un modèle empirique, où l'attitude est favorable à la prescription de ces médicaments, justifiée par l'expérience de leur utilité et de leur innocuité. Elle permet d'entretenir la confiance des patients tout en maintenant l'image de puissance du médecin prescripteur. Elle souligne aussi l'habitude des médecins et des patients à clore la consultation par la remise de l'ordonnance contenant les prescriptions médicamenteuses. Le médicament permet de matérialiser le soin et est la preuve de l'état de maladie dont le malade nécessite la reconnaissance [14].

Ce travail de thèse intervient dans un contexte particulier où l'on voit actuellement se multiplier la publication d'ouvrages et de revues destinées au grand public qui dénigrent ouvertement de nombreux médicaments, et notamment les traitements à visée symptomatique. Par exemple, le « Guide des médicaments utiles, inutiles ou dangereux » écrit par le Pr Philippe Even et le Pr Bernard Debré, publié en 2012, qui a semé la discorde au sein de la communauté médicale. Ces derniers ont été condamnés en première instance à un an d'interdiction d'exercer par la chambre disciplinaire de l'Ordre des Médecins. En appel, leur sanction a été réduite à un blâme.

Autre exemple, la revue « 60 millions de consommateurs » publiée en novembre 2015 qui dresse la liste des « médicaments contre la toux qu'il faut vraiment éviter ».

1-6 Problématique

Plusieurs études qualitatives ont déjà pu mettre en évidence les facteurs de prescription des placebos impurs en médecine générale. A partir de ces travaux et dans le contexte actuel, il semblait intéressant d'analyser les connaissances, le ressenti des médecins généralistes sur les

placebos impurs mais aussi la façon dont ils les utilisaient. Nous nous sommes attachés dans cette étude à une situation clinique particulière : les affections bénignes virales des voies aériennes supérieures (VAS). Les médecins généralistes y sont en effet très fréquemment confrontés et la question de la prescription de traitements de confort (ou placebos impurs) se pose souvent dans cette situation clinique.

Quel comportement adoptent les médecins généralistes picards face à la prescription de placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS ?

L'objectif principal de ce travail de thèse était donc de recueillir l'avis des médecins généralistes picards et de déterminer leurs attitudes concernant l'utilisation des placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS. Nous cherchions également à analyser les facteurs pourvoyeurs ou non de prescription.

Les objectifs secondaires étaient de mettre en évidence un profil de médecin « placebo-prescripteur », de recueillir le ressenti des médecins sur l'effet placebo et d'en appréhender leurs modalités d'utilisation.

2- MATÉRIEL ET MÉTHODES

2-1 Type d'étude

Ce travail a consisté à réaliser une enquête à partir d'un questionnaire créé sur Google Forms, qui est un outil d'enquête en ligne. Il a été choisi d'adresser le questionnaire par voie électronique plutôt que par voie postale afin de limiter la manipulation du format papier et les coûts d'envoi, de faciliter le retour des réponses au questionnaire. En effet, le questionnaire était automatiquement renvoyé à l'auteur de ce travail dès que les répondants remplissaient la totalité du questionnaire. Il s'agissait donc d'une étude quantitative reposant sur des données déclaratives.

2-2 Population étudiée

Le questionnaire a été adressé par mail aux médecins généralistes picards installés et remplaçants dont l'adresse mail était connue. L'existence d'une activité médicale particulière (homéopathie, acupuncture, ostéopathie,...) ou d'une activité également hospitalière n'ont pas été des critères d'exclusion. Ils nous permettaient, au contraire, de déterminer un profil de médecin placebo-prescripteur. Nous avons donc un échantillon de « convenance » résultant du choix méthodologique de recourir à un envoi électronique plutôt que postal. En effet, l'accès aux adresses mail des médecins généralistes picards installés est beaucoup plus difficile que l'accès à leurs adresses postales (qui sont publiquement accessibles sur les pages jaunes).

2-3 Questionnaire

Un courriel de présentation du travail de thèse a été envoyé aux médecins généralistes afin de les sensibiliser à cette étude. Il contenait également les définitions importantes à rappeler afin d'améliorer la compréhension du questionnaire et d'obtenir des réponses plus fiables en connaissance du sujet. Les définitions rappelées aux médecins généralistes étaient donc celles de placebo pur, placebo impur et effet placebo. Une copie de ce courriel est visible en annexe n°1. Le questionnaire en ligne était accessible en lien dans ce même courriel. Il est visible dans son intégralité en annexe n°2. Il comportait 16 questions au total.

Les questions 1 à 6 détaillaient les caractéristiques de la population étudiée. Les questions 7 à

13 recueillaient l'avis des médecins généralistes sur les placebos impurs et leur utilisation. Elles ont été formulées à partir de données recueillies dans différentes thèses qualitatives de médecine mettant en évidence les facteurs de prescription de placebos impurs par les médecins généralistes [13] [15] [16] [17]. Les questions 14 à 16 recueillaient leur ressenti sur l'utilisation de l'effet placebo.

Le questionnaire plaçait les répondants dans une situation clinique précise : les affections bénignes virales des VAS, qui permettait de contextualiser les réponses et d'éviter un positionnement trop « général » déconnecté de la pratique courante.

En vue d'obtenir un taux de réponses satisfaisant, nous avons conçu ce questionnaire avec un maximum de clarté, de lisibilité et de simplicité. Une phase de pré-test a d'ailleurs été réalisée auprès de cinq médecins généralistes issus du réseau professionnel et personnel de l'auteur. Cette phase visait à garantir la clarté des questions posées, mesurer le temps nécessaire pour répondre au questionnaire et vérifier si l'analyse des réponses obtenues permettait de répondre à la problématique posée. A l'issue de ce pré-test des ajustements ont été réalisés sur le questionnaire.

2-4 Réalisation de l'enquête

767 courriels, contenant le lien vers le questionnaire en ligne, ont été expédiés par voie électronique aux médecins généralistes picards, installés et remplaçants, entre le 13 novembre et le 18 décembre 2015. Tous les questionnaires ont été envoyés par l'auteur de cette étude à partir d'une adresse mail exclusivement créée pour ces envois. Aucune relance n'a été effectuée. La clôture des réponses a eu lieu le 27 janvier 2016.

2-5 Analyse statistique des données

L'outil d'enquête en ligne Google Forms a permis de générer automatiquement des tableaux de résultats sous format Excel. Les résultats présentaient les caractéristiques de la population étudiée (sexe, âge, nombre d'années d'exercice, activité particulière, activité hospitalière), les avis et les pratiques déclarées des médecins généralistes concernant les placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS. Les intervalles de confiance des estimations n'ont pas été calculés étant donné que le mode d'échantillonnage n'était pas aléatoire. Les tests statistiques utilisés étaient la loi du χ^2 , le test exact de Fisher avec l'aide du site de statistiques en ligne BiostaTGV. Le seuil de significativité a été fixé à 5% ($p < 0,05$) [18].

3- RÉSULTATS

3-1 Taux de réponses

Nous avons adressé 767 questionnaires par voie électronique aux médecins généralistes. Nous avons arbitrairement décidé de clôturer le retour des réponses au questionnaire le 27 janvier 2016 (sans faire de relance) et avons ainsi obtenu un total de 170 réponses anonymes. Ce qui correspondait à un taux de réponse de 22,16%.

► **Données descriptives**

3-2 Caractéristiques de la population étudiée

3-2-1 Sexe

Parmi les 170 médecins ayant participé au questionnaire, il y avait :

- 96 femmes soit 56,5% des répondants
- 74 hommes soit 43,5% des répondants

3-2-2 Catégorie d'âge et nombre d'années d'exercice

La grande majorité des répondants étaient âgés de 25 à 35 ans. En effet, 110 répondants sur 170 appartenaient à cette classe d'âge, soit 64,7%. 11 répondants avaient entre 36 et 45 ans (6,5%), 20 avaient entre 46 et 55 ans (11,8%), 26 avaient entre 56 et 65 ans (15,3%) et 3 répondants avaient plus de 65 ans (1,8%).

La répartition des médecins répondants selon le nombre d'années d'exercice était la suivante :

Tableau n°1 : Répartition selon le nombre d'années d'exercice

Nombre d'années d'exercice	Effectif	Pourcentage
Moins de 5 ans	107	62,90%
Entre 5 et 15 ans	16	9,40%
Entre 16 et 25 ans	15	8,80%
Plus de 25 ans	32	18,80%
Total	170	100,00%

3-2-3 Milieu d'exercice

Ces médecins exerçaient pour 66 d'entre eux en milieu urbain (38,8%), 66 en milieu semi-rural (38,8%) et 38 en milieu rural (soit 22,4%).

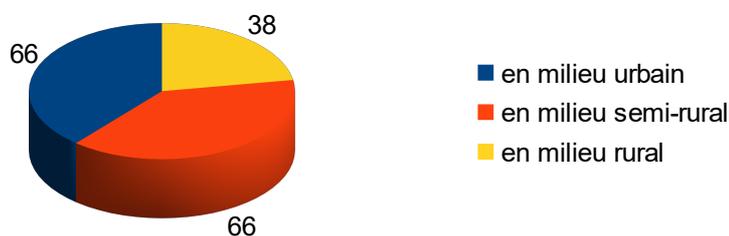


Figure n°1 : Répartition selon le milieu d'exercice

3-2-4 Compétences particulières

Parmi les répondants, 15 pratiquaient l'homéopathie, 4 l'acupuncture, 8 l'ostéopathie et 4 la mésothérapie. Certains médecins (au nombre de 9) déclaraient pratiquer d'autres disciplines, parfois en association avec celles présentées ci-dessus, parmi l'addictologie, l'angiologie, la douleur, l'empathologie, la gériatrie, la gynécologie, la médecine du sport, la nutrition, la pédiatrie, la psychiatrie et les soins palliatifs. Enfin, 130 des 170 répondants déclaraient ne pas pratiquer d'autres disciplines particulières que la médecine générale.

3-2-5 Activité hospitalière

24 médecins déclaraient exercer également une activité hospitalière (soit 14,1%), contre 146 (soit 85,9%) qui ne pratiquaient qu'une activité libérale de la médecine générale.

3-3 Connaissance de l'utilisation des placebos impurs en médecine générale (avant la réception du questionnaire)

Au cours de cette étude, nous avons cherché à savoir si les médecins généralistes picards avaient connaissance (avant réception de ce questionnaire) de l'emploi des placebos impurs dans leur discipline. Nous avons remarqué que c'était le cas pour moins de la moitié d'entre eux. En effet, 89 médecins sur 170 (soit 52,4%) déclaraient ne pas avoir connaissance de l'utilisation des placebos impurs en médecine générale, alors que 81 (soit 47,6%) déclaraient en avoir connaissance.

3-4 Image de l'utilisation des placebos impurs en médecine générale

Cherchant à recueillir l'avis des médecins généralistes picards sur les placebos impurs, nous avons voulu connaître l'image qu'ils avaient de leur utilisation. 100 médecins en avaient une image favorable (soit 58,8%), 56 (32,9%) une image peu favorable, 9 (5,3%) une image très favorable et seulement 5 médecins en avaient une défavorable (soit 2,9%).

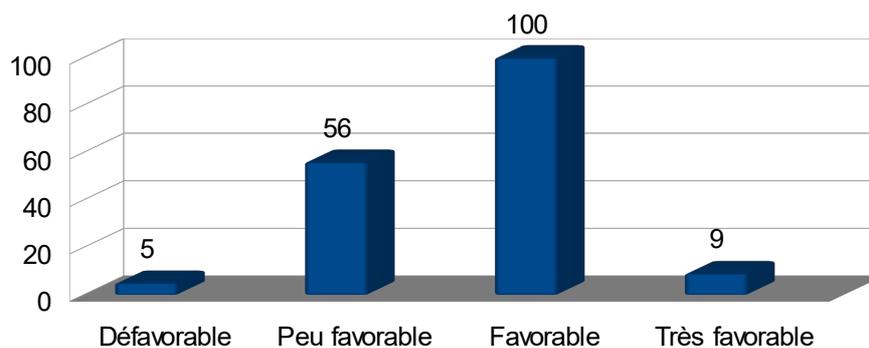


Figure n°2 : Répartition selon l'image de l'utilisation des placebos impurs en médecine générale

3-5 Croyance en l'efficacité des placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS

On a pu remarquer qu'une très large majorité des médecins interrogés admettait l'efficacité de ces traitements. En effet, 120 répondants sur 170 (soit 70,6%) déclaraient croire en l'efficacité des placebos impurs pour soulager les patients dans les affections bénignes virales des VAS. 50 médecins (soit 29,4%), au contraire, ne croyaient pas en leur efficacité dans cette situation clinique.

3-6 Prescription de placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS

Cette étude a également permis de révéler que 146 médecins (soit 85,9%) déclaraient prescrire des placebos impurs dans cette situation clinique au cours de leur pratique courante, contre 24 (14,1%) qui s'y refusaient.

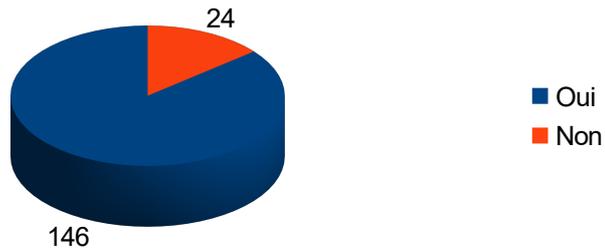


Figure n°3 : Répartition selon la prescription ou non de placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS

3-7 Fréquence de prescription

Dans cette situation clinique, 61 médecins généralistes reconnaissaient prescrire souvent des placebos impurs (soit 40,1%), 44 (28,9%) en prescrivait parfois, 31 (20,4%) en prescrivait très souvent et 16 (10,5%) n'en prescrivait que très rarement. Soit 152 répondants (au lieu des 146 attendus). Cela signifiait que parmi les 24 médecins ayant déclaré ne pas prescrire ces traitements, 6 d'entre eux avaient quand même répondu à cette question sur la fréquence de prescription des placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS.

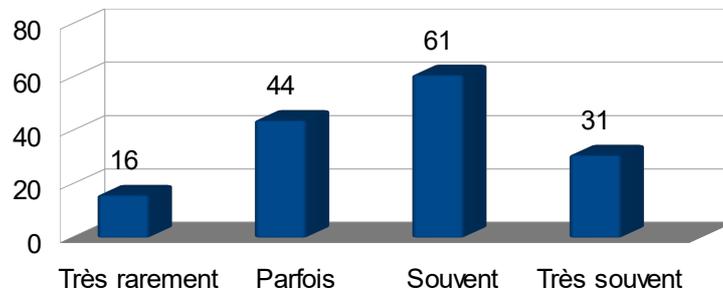


Figure n°4 : Répartition selon la fréquence de prescription de placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS

3-8 Causes de non prescription

58 médecins indiquaient des causes de non prescription de placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS (alors que nous n'attendions que 24 réponses, correspondant aux médecins se disant non prescripteurs).

- 18 médecins déclaraient ne pas prescrire de placebos impurs car ils n'étaient pas remboursés et représentaient pour eux une dépense inutile.
- 17 médecins déclaraient que les placebos impurs ne leur semblaient pas efficaces.
- 14 déclaraient ne pas en prescrire par respect des recommandations de bonnes pratiques.
- 5 déclaraient que la prescription de placebos impurs ne leur paraissait pas éthique.
- 4 médecins évoquaient en réponses libres d'autres raisons de non prescription à savoir:
 - toxicité potentielle et balance bénéfice/risque défavorable
 - prescription qui ne rentrait pas dans le domaine d'exercice du médecin généraliste
 - effets indésirables potentiels
 - besoin de lecture des notices et de recherche sur internet par les patients qui seraient ainsi informés du mécanisme d'action du médicament

3-9 Causes de prescription de placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS

3-9-1 A la demande directe du patient

On a, ici, mis en évidence que la pression exercée par le patient, demandeur de traitement symptomatique, sur le médecin pouvait parfois (pour 84 répondants, soit 49,4%), voire souvent (pour 70 répondants, soit 41,2%) entraîner une prescription de placebos impurs dans cette situation clinique.

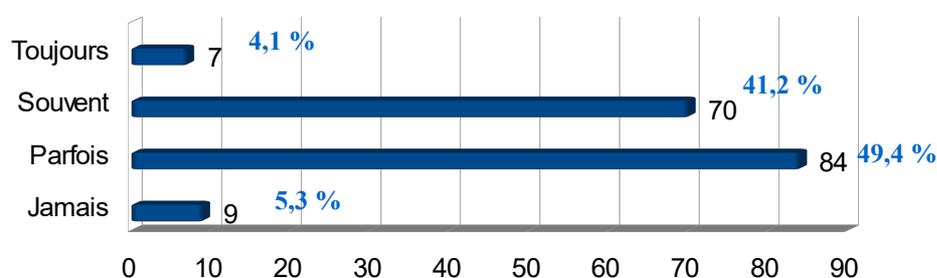


Figure n°5 : Répartition selon la fréquence de prescription de placebos impurs à la demande directe du patient

3-9-2 Par empirisme et conviction personnelle de leur efficacité

Le principal résultat retranscrit ici était que les médecins prescrivaient peu de placebos impurs par empirisme et conviction personnelle de leur efficacité. En effet, il arrivait à 67,1% d'entre eux d'en prescrire parfois à jamais dans ces conditions. Ils étaient seulement 32,9% à en prescrire souvent à toujours pour ce motif.

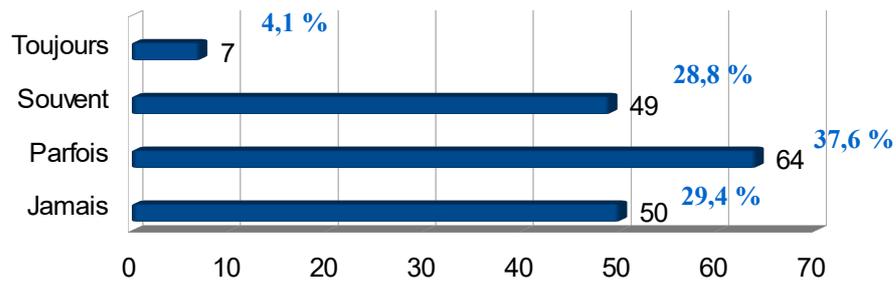


Figure n°6 : Répartition selon la fréquence de prescription par empirisme et conviction personnelle de leur efficacité

3-9-3 Pour favoriser la relation médecin-malade en pensant répondre aux attentes de prescription médicamenteuse des patients

Il ne semblait pas, d'après cette étude, que les médecins généralistes avaient tendance à prescrire massivement des placebos impurs pour répondre aux attentes médicamenteuses de leurs patients. En effet, 77 (soit 45,3%) médecins en prescrivaient seulement parfois et 24 (soit 14,1%) n'en prescrivaient jamais.

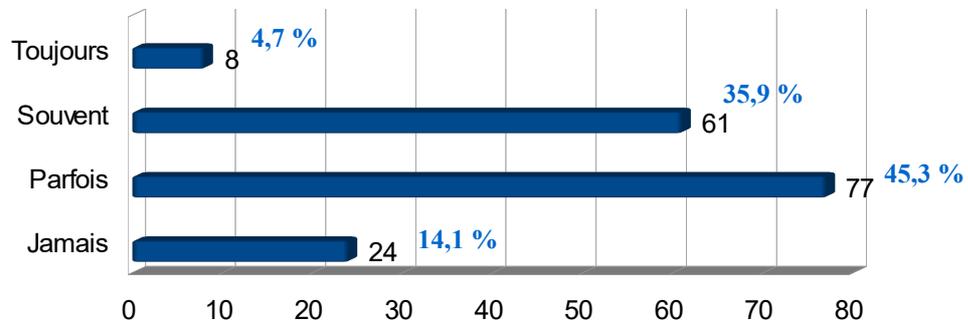


Figure n°7 : Répartition selon la fréquence de prescription afin de favoriser la relation médecin-malade

3-9-4 Par difficulté à laisser sortir le patient de consultation sans ordonnance médicamenteuse

Cette enquête a permis de montrer que pour une majorité des médecins généralistes interrogés, la prescription de placebos impurs ne se faisait jamais (pour 45 médecins, soit 26,5%) ou seulement parfois (pour 65 d'entre eux, soit 38,2%) pour pallier à la difficulté de laisser sortir les patients de consultation sans ordonnance médicamenteuse.

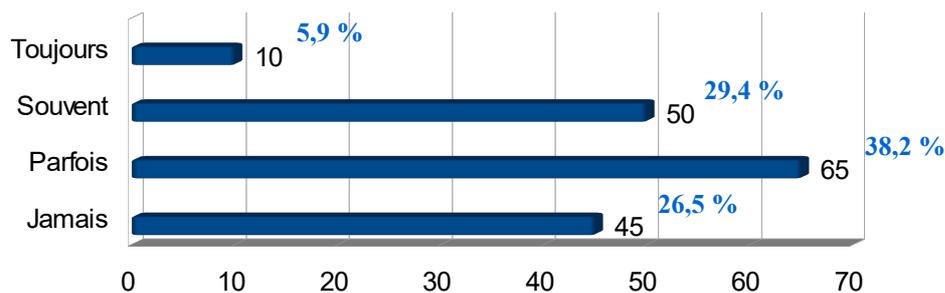


Figure n°8 : Répartition selon la fréquence de prescription par difficulté à laisser sortir le patient de consultation sans ordonnance médicamenteuse

3-9-5 Pour mettre plus rapidement fin à la consultation

Une très large majorité des médecins répondants n'utilisait pas la prescription de placebos impurs pour clore plus rapidement les consultations pour des affections bénignes virales des VAS. 117 répondants (soit 68,8%) n'avaient jamais recours à ce type de prescription pour gagner du temps. Aucun répondant ne déclarait toujours prescrire de placebo impur dans un but de gain de temps.

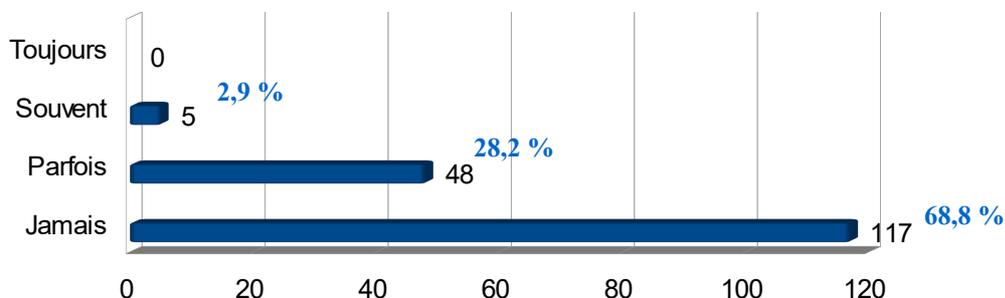


Figure n°9 : Répartition selon la fréquence de prescription afin de mettre plus rapidement fin à la consultation

3-9-6 Pour éviter l'automédication

La prescription de placebos impurs ne semblait que peu liée à une volonté des médecins interrogés d'éviter l'automédication des patients. 79 (soit 46,5%) et 61 (soit 35,9%) d'entre eux indiquaient, respectivement, n'avoir jamais ou n'avoir que parfois recours aux placebos impurs pour limiter l'automédication. 17,7% des médecins essayaient, souvent à toujours, de limiter l'automédication par la prescription des placebos impurs sur une ordonnance écrite avec les posologies adaptées.

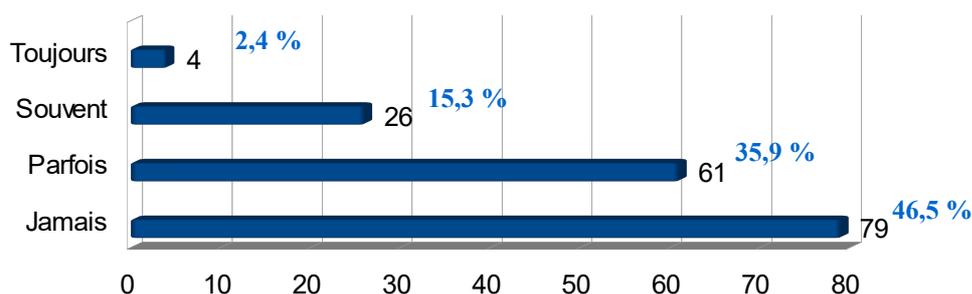


Figure n°10 : Répartition selon la fréquence de prescription afin d'éviter l'automédication

3-9-7 Pour éviter la prescription de médicaments pouvant être iatrogènes

L'enquête montrait que les médecins avaient peu tendance à prescrire un placebo impur dans le but d'éviter la prescription d'un médicament iatrogène. Seulement 66 médecins (soit 38,8%) disaient en prescrire parfois, 30 (soit 17,6%) disaient ne jamais en prescrire pour empêcher la prescription de molécules iatrogènes (AINS par exemple).

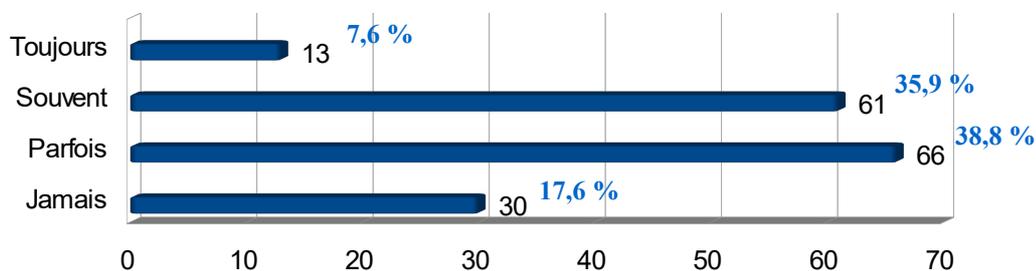


Figure n°11 : Répartition selon la fréquence de prescription afin d'éviter la prescription de médicaments pouvant être iatrogènes

3-10 Information du patient du caractère non scientifique du placebo impur

74 médecins (soit 43,5%) déclaraient ne jamais avertir le patient du caractère non scientifiquement prouvé du placebo impur prescrit dans les affections bénignes virales des VAS. 66 (soit 38,8%) les en informaient parfois, 22 (soit 12,9%) les en informaient souvent et 8 (soit 4,7%) les en informaient toujours. La majorité des médecins avaient donc tendance à ne pas, ou peu informer leur patient sur la nature du traitement prescrit.

3-11 Avis sur l'intérêt du remboursement des placebos impurs

Une large majorité des médecins questionnés (112 soit 65,9%) se prononçait contre le remboursement de ces médicaments par la sécurité sociale. 58 (soit 34,1%) étaient plutôt favorables à leur prise en charge.

3-12 Recherche consciente d'un effet placebo par le médecin généraliste à la prescription des placebos impurs

87 (soit 51,1%) des médecins interrogés déclaraient ne pas rechercher sciemment à susciter un effet placebo chez leurs patients lors de la prescription de ces médicaments, contre 83 (soit 48,8%) qui déclaraient le rechercher sciemment. Il y avait donc une répartition équivalente entre les médecins cherchant à susciter volontairement un effet placebo et ceux ne s'intéressant pas sciemment à cette notion d'effet placebo.

3-13 Avis sur l'influence du comportement du médecin sur la survenue de l'effet placebo

Une large majorité des médecins (146 soit 85,9%) était convaincue de l'influence de leur attitude (écoute, empathie, information du patient...) sur la survenue d'un éventuel effet placebo. 24 (14,1%) d'entre eux pensaient au contraire que leur comportement ne pouvait pas influencer la survenue de cet effet.

3-14 Stratégies cliniques mises en place par les médecins généralistes afin de d'obtenir une meilleure adhésion du patient (dans les affections bénignes virales des VAS)

3-14-1 Écoute attentive de l'histoire du patient et de ses attentes

85,3% des médecins interrogés déclaraient souvent ou toujours mettre en place une écoute attentive de l'histoire du patient et de ses attentes, lors des consultations pour des affections bénignes virales des VAS, afin d'obtenir une meilleure adhésion du patient.

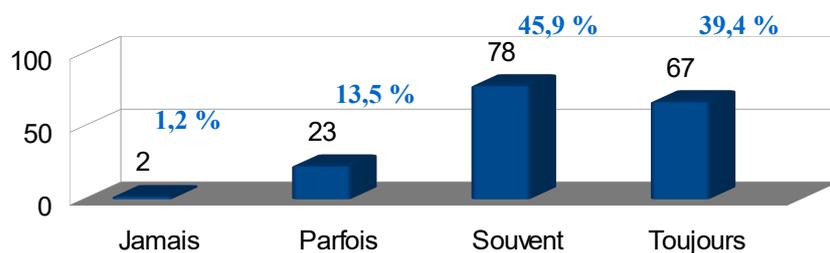


Figure n°12 : Répartition selon la fréquence d'utilisation de l'écoute attentive comme stratégie clinique

3-14-2 Réalisation d'un examen clinique complet (incluant même des éléments non essentiels au diagnostic)

72,9% des répondants déclaraient toujours ou souvent réaliser un examen clinique complet (incluant même des éléments non essentiels au diagnostic) pour obtenir une meilleure adhésion des patients au traitement par placebos impurs.

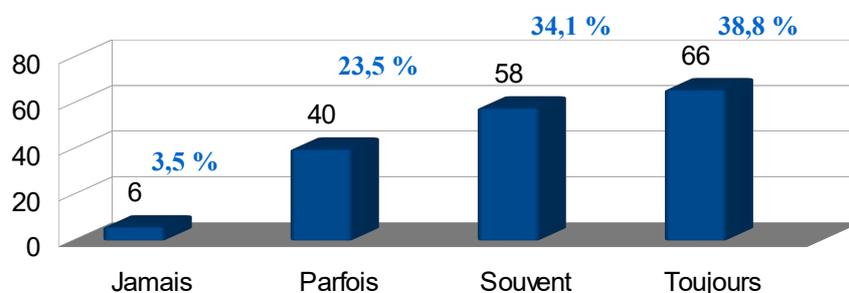


Figure n°13 : Répartition selon la fréquence de la réalisation d'un examen clinique complet

3-14-3 Une annonce claire du diagnostic établi

88,8% des praticiens déclaraient toujours ou souvent annoncer clairement le diagnostic établi au patient afin d'obtenir une meilleure acceptation de ce dernier au traitement.

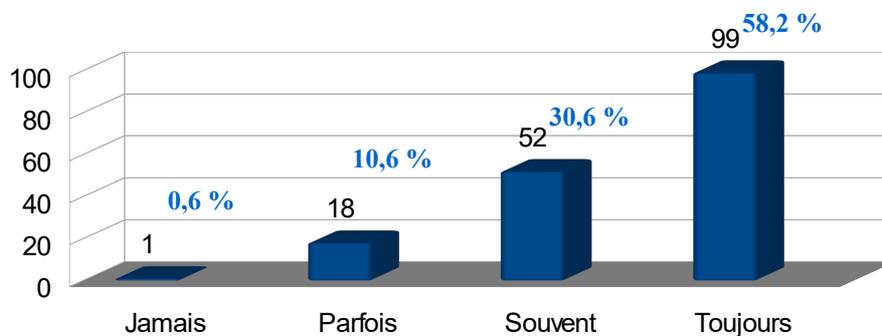


Figure n°14 : Répartition selon la fréquence d'annonce d'un diagnostic clair

3-14-4 La réassurance du patient sur l'évolution spontanément favorable

88,9% des médecins déclaraient toujours ou souvent rassurer le patient sur le caractère spontanément favorable de l'affection bénigne virale des VAS.

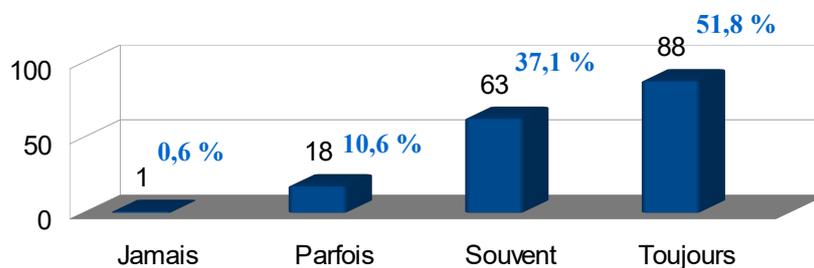


Figure n°15 : Répartition selon la fréquence d'utilisation de la réassurance afin d'améliorer l'adhésion du patient

► **Données statistiques**

3-15 Analyse statistique des résultats selon la prescription ou non de placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS

3-15-1 Caractéristiques de la population étudiée

Tableau n°2 : Analyse statistique selon les caractéristiques de la population étudiée

	Prescripteurs		Non prescripteurs		<i>p-value</i>
	Effectif=146	Pourcentage	Effectif=24	Pourcentage	
Sexe					<i>0,981</i>
Hommes	63	43,15%	11	45,83%	
Femmes	83	56,85%	13	54,17%	
Age					<i>0,839</i>
< 46 ans	104	71,23%	17	70,83%	
Plus de 46 ans	42	28,77%	7	29,17%	
Milieu d'exercice					<i>0,019</i>
Rural et semi-rural	95	65,07%	9	37,50%	
urbain	51	34,93%	15	62,50%	
Activité hospitalière					<i>0,008</i>
Oui	16	10,96%	8	33,33%	
Non	130	89,04%	16	66,67%	
Compétences particulières					<i>0,138</i>
Oui	31	21,23%	9	37,50%	
Non	115	78,77%	15	62,50%	

On notait donc ici que les médecins exerçant en milieu rural et semi-rural et ceux n'exerçant pas d'activité hospitalière étaient les plus prescripteurs de placebos impurs.

3-15-2 Conception du placebo impur et de l'effet placebo par les médecins

Tableau n°3 : Analyse statistique selon la conception du placebo impur et de l'effet placebo par les médecins

	Prescripteurs		Non prescripteurs		<i>p-value</i>
	Effectif=146	Pourcentage	Effectif=24	Pourcentage	
Image de l'utilisation des placebos impurs en médecine générale					8,095
Très favorable	8	5,48%	1	4,17%	
Favorable	97	66,43%	3	12,50%	
Peu favorable	41	28,09%	15	62,50%	
Défavorable	0	0%	5	20,83%	
Croyance en l'efficacité des placebos impurs pour soulager les patients dans les affections bénignes virales des VAS					5,019
Oui	113	77,40%	7	29,17%	
Non	33	22,60%	17	70,83%	
Information du patient de l'absence de support scientifique prouvé pour ces traitements					0,012
Toujours	5	3,42%	3	12,50%	
Souvent	15	10,27%	7	29,17%	
Parfois	59	40,41%	7	29,17%	
Jamais	67	45,90%	7	29,17%	
Avis sur le remboursement des placebos impurs					0,029
Pour	55	37,67%	3	12,50%	
Contre	91	62,33%	21	87,50%	
Suscitation consciente d'un effet placebo par le médecin chez les patients					0,021
Oui	77	52,74%	6	25%	
Non	69	47,26%	18	75%	
Influence de l'attitude du médecin sur la survenue de l'effet placebo					0,943
Oui	125	85,61%	21	87,50%	
Non	21	14,39%	3	12,50%	

Bien que ces résultats ne soient pas significatifs, on a remarqué au cours de cette étude une forte distinction entre les médecins prescripteurs et les non prescripteurs. Les prescripteurs avaient majoritairement une image favorable à très favorable des placebos impurs (à 71,91%),

alors que les non prescripteurs en avaient une image peu favorable à défavorable à 83,33%. De même, les prescripteurs déclaraient à 77,40% croire en l'efficacité de ces traitements pour soulager les patients dans les affections bénignes virales des VAS, tandis que les non prescripteurs déclaraient ne pas y croire (à 70,83%).

Les résultats significatifs de cette étude montraient que les prescripteurs avaient majoritairement tendance (à 86,31%) à ne pas informer le patient du caractère non scientifiquement prouvé du traitement prescrit. Les non prescripteurs étaient eux 41,67% à penser qu'il serait nécessaire d'informer le patient sur la nature du traitement s'ils étaient amenés à prescrire ce type de molécule.

Une majorité des prescripteurs et des non prescripteurs s'accordait à se prononcer contre le remboursement de ces traitements par la sécurité sociale.

Les médecins prescripteurs étaient une faible majorité (52,74%) à chercher à susciter sciemment un effet placebo chez leurs patients en prescrivant des placebos impurs. Les non prescripteurs se prononçaient massivement (à 75%) contre la recherche volontaire d'un effet placebo s'ils étaient amenés à prescrire ce type de molécule.

3-15-3 Facteurs de prescription de placebos impurs

Tous les médecins participants (même ceux se déclarant non prescripteurs) étaient invités dans cette question à donner leur avis sur les raisons possibles de prescription de placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS.

Tableau n° :: Analyse statistique des facteurs de prescription de placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS

	Prescripteurs		Non prescripteurs		<i>p-value</i>
	Effectif=146	Pourcentage	Effectif=24	Pourcentage	
A la demande directe du patient					0,013
jamais	4	2,74%	5	20,83%	
parfois	74	50,69%	10	41,67%	
souvent	62	42,46%	8	33,33%	
toujours	6	4,11%	1	4,17%	
Par empirisme et conviction personnelle de leur efficacité					0,064
jamais	38	26,02%	12	50%	

parfois	55	37,68%	9	37,50%	
souvent	46	31,50%	3	12,50%	
toujours	7	4,80%	0	0%	
Pour favoriser la relation médecin-malade en pensant répondre aux attentes de prescription médicamenteuse des patients					0,018
jamais	16	10,96%	8	33,33%	
parfois	66	45,20%	11	45,83%	
souvent	57	39,04%	4	16,67%	
toujours	7	4,80%	1	4,17%	
Par difficulté à laisser sortir le patient de consultation sans ordonnance médicamenteuse					0,572
jamais	36	24,65%	9	37,50%	
parfois	56	38,35%	9	37,50%	
souvent	45	30,83%	5	20,83%	
toujours	9	6,17%	1	4,17%	
Pour mettre plus rapidement fin à la consultation					0,485
jamais	99	67,81%	18	75%	
parfois	43	29,45%	5	20,83%	
souvent	4	2,74%	1	4,17%	
toujours	0	0%	0	0%	
Pour éviter l'auto-médication					0,724
jamais	66	45,20%	13	54,17%	
parfois	52	35,62%	9	37,50%	
souvent	24	16,44%	2	8,33%	
toujours	4	2,74%	0	0%	
Pour éviter la prescription de médicaments actifs pouvant être iatrogènes					3,971
jamais	14	9,59%	16	66,66%	
parfois	62	42,46%	4	16,67%	
souvent	57	39,04%	4	16,67%	
toujours	13	8,91%	0	0%	

On remarquait ici que les seules différences significatives entre les deux groupes de médecins sur les raisons de prescription concernaient les prescriptions à la demande directe des patients et les prescriptions réalisées en pensant répondre aux attentes d'ordonnance médicamenteuse des patients. 20,83% du groupe des non prescripteurs déclaraient qu'ils n'auraient jamais

prescrit ce type de molécules à la demande directe du patient, alors qu'ils n'étaient que 2,74% dans le groupe des prescripteurs. Ils étaient 56,16% du groupe des prescripteurs à prescrire parfois ou jamais dans le but de favoriser la relation médecin-malade ; alors qu'ils étaient 79,16% dans le groupe des non prescripteurs à penser que la prescription de ce type de traitement ne pouvait jamais ou parfois permettre d'améliorer le colloque singulier.

Ces résultats restaient difficilement interprétables car il fallait partir de l'hypothèse selon laquelle les non prescripteurs devaient imaginer les motifs et les facteurs de prescription.

3-15-4 Stratégies cliniques mises en place afin d'obtenir une meilleure adhésion des patients

Tableau n°5 : Analyse statistique des stratégies cliniques pour améliorer l'adhésion du patient et entraîner un effet placebo

	Prescripteurs		Non prescripteurs		<i>p-value</i>
	Effectif=146	Pourcentage	Effectif=24	Pourcentage	
Une écoute attentive de l'histoire du patient et de ses attentes					<i>0,287</i>
jamais	1	0,68%	1	4,17%	
parfois	20	13,70%	3	12,50%	
souvent	65	44,52%	13	54,16%	
toujours	60	41,10%	7	29,17%	
La réalisation d'un examen clinique complet (incluant même des éléments non essentiels au diagnostic)					<i>0,198</i>
jamais	5	3,42%	1	4,17%	
souvent	33	22,60%	7	29,17%	
parfois	47	32,20%	11	45,83%	
toujours	61	41,78%	5	20,83%	
L'annonce claire du diagnostic établi					<i>0,232</i>
jamais	0	0%	1	4,17%	
parfois	15	10,28%	3	12,50%	
souvent	45	30,82%	7	29,17%	
toujours	86	58,90%	13	54,16%	
La réassurance du patient sur l'évolution spontanément favorable					<i>0,189</i>
jamais	0	0%	1	4,17%	
parfois	16	10,96%	2	8,33%	

souvent	56	38,36%	7	29,17%	
toujours	74	50,68%	14	58,33%	

Il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes de médecins (prescripteurs et non prescripteurs) concernant les stratégies cliniques pouvant être mises en place afin d'améliorer l'effet placebo.

4- DISCUSSION

4-1 Discussion de la méthodologie

Au cours de cette étude, nous avons constaté un assez faible taux de réponses, par rapport à la quantité de courriers électroniques envoyée. Ce phénomène pouvait être lié à plusieurs éléments.

Le premier concernait les modalités d'envoi du questionnaire. En effet, il a été adressé par voie électronique aux médecins généralistes picards installés et remplaçants dont l'adresse mail était connue. L'accessibilité à ces adresses mails a été l'un des principaux problèmes rencontrés. En effet, ni le département de médecine générale de la faculté de médecine, ni le Conseil de l'Ordre des médecins, ni l'Union régionale des médecins libéraux de Picardie n'ont accepté de me transmettre le listing des adresses mails des médecins généralistes picards. Il avait donc fallu se résoudre à utiliser des listes récupérées sur les envois groupés de questionnaires d'autres thésards, sur mon réseau professionnel et sur le listing des jeunes médecins remplaçants. Cela expliquait l'important biais de recrutement de cette étude, qui incluait donc de nombreux jeunes médecins généralistes remplaçants ou très fraîchement installés. Il y avait donc un manque de représentativité de l'échantillon interrogé. Pour limiter ce type de biais, il faudrait pouvoir permettre aux étudiants thésards d'accéder facilement à cette liste officielle.

Le second était que le sujet de la thèse pouvait être considéré comme dérangeant. Certains médecins pourraient avoir eu l'impression, en recevant ce questionnaire, d'une remise en question de leur bonne foi et de leurs pratiques. Une jeune consœur qui insinuerait que leur pratique concernant les affections bénignes virales des VAS reposerait en grande partie, à leur insu, sur l'utilisation de placebos, pourrait être dérangeant. Nous nous sommes efforcés de présenter ce travail avec diplomatie, respect et objectivité afin d'élaborer un « état des lieux » de la relation que les médecins généralistes picards entretenaient avec les placebos impurs et l'effet placebo et non pour juger leurs pratiques ou leurs connaissances.

Les autres éléments pouvant expliquer le faible taux de réponses pouvaient être le fait qu'il n'y ait pas eu de relance effectuée, le manque de temps des praticiens pour répondre aux nombreux questionnaires de thèses qu'ils reçoivent quotidiennement, la non connexion à internet des médecins libéraux les plus âgés ou peu à l'aise avec l'informatique.

Les résultats étaient considérés uniquement sur les données déclaratives des médecins répondants, ce qui pouvait représenter une limite à leur interprétation.

Nous estimions également, avec le recul, que les critères d'exclusion avaient été mal explicités

dans le courrier et qu'il aurait dû être précisé que les médecins généralistes n'étant plus en cours d'exercice ou n'exerçant plus dans la région Picardie ne pouvaient pas répondre au questionnaire.

Il aurait dû être précisé, plus clairement dans le titre du questionnaire, que le sujet traité concernait plus spécifiquement l'utilisation des placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS.

Un biais lié aux techniques informatiques de la rédaction du questionnaire a été retrouvé. En effet, à la question n°10 - *prescrivez-vous des placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS dans votre pratique courante ?* - les médecins répondant par oui étaient invités à répondre à une sous-question sur leur fréquence de prescription et les médecins répondant par non devaient donner les raisons de non prescription. Cette question a été mal renseignée par les médecins. En effet, 34 médecins ayant déclaré prescrire des placebos impurs ont quand même répondu à la sous-question sur les raisons de non prescription et 6 médecins ayant déclaré ne pas être prescripteurs ont eux aussi quand même répondu à la sous-question sur la fréquence de prescription.

Il aurait également été plus judicieux de proposer des fréquences de prescription moins catégoriques, afin de mettre les répondants plus à l'aise avec leurs choix de réponses. Par exemple, proposer « très rarement » au lieu de « jamais » et « très souvent » au lieu de « toujours ».

La méthodologie utilisée - par l'envoi électronique des questionnaires - possédait tout de même des avantages importants en terme de limitation des coûts d'envoi, de rapidité de réception des réponses (instantanée dès le remplissage du questionnaire) et de facilité de lecture des résultats liée à l'utilisation de Google Forms.

4-2 Discussion des résultats

4-2-1 Placebo, une thérapeutique mal connue mais pourtant très utilisée en médecine générale

Au cours de cette enquête, 52,4% des médecins interrogés déclaraient ne pas avoir connaissance de l'utilisation des placebos impurs en médecine générale. La définition de ce terme avait pourtant été rappelée dans la lettre accompagnant le questionnaire adressé par courriel aux médecins généralistes. La méconnaissance de cette terminologie éclairait donc

l'importance de bien définir ces quelques notions.

Le placebo impur (défini comme un médicament n'ayant pas démontré son efficacité par des essais scientifiques rigoureux ou comme un médicament dont l'action pharmacodynamique est sans rapport avec l'affection pour laquelle il est prescrit) peut être assimilé au terme de médicament de confort. A noter que la notion de confort est une notion subjective qui dépend de facteurs culturels, sociaux et éducatifs appartenant à chaque individu (aussi bien le malade que le médecin). Il n'existe pas de définition du médicament de confort reconnue par les autorités de santé. Ceci peut sembler paradoxal devant la réalité palpable de leur utilisation dans la pratique courante de la médecine générale. La similitude entre les termes de placebo impur et médicament de confort se retrouve dans leurs caractéristiques communes :

- une utilisation dans la symptomatologie fonctionnelle des pathologies sans gravité ni complications potentielles
- une efficacité non ou insuffisamment démontrée par des essais scientifiques rigoureux reposant sur des critères de jugement cliniques pertinents
- un service médical rendu insuffisant

Le service médical rendu (SMR) est évalué par la Commission de transparence de l'AFSSAPS pour les médicaments ayant obtenus une AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) et dont le laboratoire qui les commercialise souhaite obtenir une inscription sur la liste des médicaments remboursables [19]. L'AMM garantit l'efficacité, l'innocuité et la sécurité de ces médicaments de confort autorisés, pour la plupart non soumis à prescription médicale obligatoire du fait de leur toxicité modérée (y compris en cas de surdosage ou d'emploi prolongé) [20].

L'évaluation du SMR prend en compte la gravité de la pathologie pour laquelle le médicament est indiqué et des données propres au médicament, lui-même, dans une indication donnée :

- efficacité et effets indésirables
- place dans la stratégie thérapeutique (notamment au regard des autres thérapies disponibles) et existence d'alternatives thérapeutiques
- intérêt pour la santé publique

En fonction de l'appréciation de ces critères, plusieurs niveaux de SMR ont été définis. Ils déterminent le degré de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire :

- SMR majeur ou important (remboursement à 65%)
- SMR modéré (remboursement à 30%)
- SMR faible (remboursement à 15%)

- SMR insuffisant (aucun remboursement) [19].

Cette classification n'a donc comme application que le taux de remboursement du médicament et ne se veut en aucun cas un justificatif de prescription ou non.

Notre enquête avait révélé que les médecins généralistes interrogés avaient une image plutôt positive du placebo impur à 64,1% et que 70,6% d'entre eux croyaient en leur efficacité. Le placebo est également reconnu comme un médicament au sens juridique du terme selon l'article L.511 du CSP (Code de santé publique) qui définit le médicament comme « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques » [21]. Mais en pratique courante, l'usage du placebo semble plus limité car l'article 39 du code de déontologie précise que « les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salulaire ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite » [22]. Le médecin prescripteur de placebo impur peut-il pour autant être considéré comme un charlatan ? Pour résumer, user d'un placebo est légal mais déontologiquement discutable [23].

La croyance incontestable en l'efficacité des placebos impurs dans cette enquête venait contrebalancer et relativiser l'illusion selon laquelle l'acte médical obéissait toujours à une logique rigoureuse. L'EBM (Evidence based Medicine), médecine factuelle basée sur les preuves, fait partie intégrante de la pratique de la médecine d'aujourd'hui. Elle se définit comme l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient. Elle consiste à baser les décisions cliniques non seulement sur les connaissances théoriques, l'expérience et le jugement mais aussi sur les preuves scientifiques [24] basées sur des essais cliniques à fort niveau de preuve. D'un savoir subjectif, fondé en grande partie sur l'expérience individuelle et l'observation de séries limitées de cas, nous sommes passés à des études épidémiologiques de grande envergure, amenant à des résultats chiffrés se voulant de plus en plus objectifs [25]. La plainte du patient est toujours unique, mais la réponse du médecin devrait être dictée par des moyennes et des normes. N'oublions pas qu'en plus des connaissances médicales prouvées et universalisées (dont le but est de mieux soigner), l'acte de soin nécessite également la connaissance du patient dans la singularité de sa situation médicale pour une prise en charge globale [25]. On ne peut pas nier l'existence de thérapeutiques alternatives (acupuncture, magnétisme,...), des façons « différentes » de soigner qui restent, dans notre société

occidentale exerçant une médecine basée sur les preuves, plutôt contestées.

Dans notre étude 82,3% des médecins n'informaient jamais ou seulement parfois les patients sur la nature pharmacologique du traitement placebo prescrit. Cela révèle une certaine discrétion envers le patient dans les modalités de prescription des placebos impurs. Cette utilisation du placebo dans l'arsenal thérapeutique implique alors un mensonge (au minimum par omission), qui peut paraître incompatible avec la confiance indispensable mise en place dans la relation médecin-malade. Cette retenue est également perceptible dans les indications du Vidal qui distinguent différentes expressions en fonction de l'activité prouvée par le médicament. Le terme « indiqué dans » est employé pour les médicaments à activité prouvée dans l'indication. Le terme « utilisé dans » est employé pour les habitudes de prescription d'un médicament dont l'activité n'est pas prouvée (à fort niveau de preuve) dans l'indication. Ceci met en lumière toute la différence entre pharmacologie et thérapeutique. Si le placebo (pur et impur) est effectivement aspécifique en terme d'activité pharmacologique, il n'est absolument pas inactif sur le plan thérapeutique. Le placebo semble donc être un outil thérapeutique à part entière [23] pouvant entrer dans l'offre de soins. Un tiers des personnes traitées répondent au placebo, et environ un tiers des effets des médicaments actifs observés est attribuable à l'effet placebo [4]. On peut donc considérer que l'effet placebo est une valeur ajoutée à la pharmacologie et qu'elle représente environ un tiers de l'activité thérapeutique, ce qui n'est pas négligeable [4]. De ce point de vue, l'effet placebo ne fait que rajouter de l'efficacité à un traitement et ne pose donc pas de problème éthique particulier.

4-2-2 Causes de prescription de placebos impurs

Notre étude montrait que 85,9% des médecins interrogés (soit une très large majorité d'entre-eux) déclaraient prescrire des placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS. Ils déclaraient même y avoir souvent recours dans cette situation clinique à 40,1% et très souvent dans 20,4% des cas. Le service médical rendu, pourtant jugé insuffisant par les autorités de santé, ne semble donc pas être un frein à leur prescription. Pourtant les causes de prescription ont été plus difficiles à mettre en évidence dans cette étude.

En effet, les résultats ont montré, selon les taux de réponses les plus élevés, que les médecins reconnaissaient seulement parfois à souvent prescrire les placebos impurs :

- à la demande directe des patients (à 90,6%)
- pour éviter la prescription de médicaments pouvant être iatrogènes (à 74,7%).

Ils admettaient parfois y avoir recours :

- pour favoriser la relation médecin-malade en pensant répondre aux attentes de prescriptions médicamenteuses des patients (à 45,3%)
- par difficulté à laisser sortir le patient de consultation sans ordonnance médicamenteuse (à 38,2%)
- par empirisme et conviction personnelle de leur efficacité (à 37,6%).

Ils convenaient ne jamais en prescrire :

- pour mettre plus rapidement fin à la consultation (à 68,8%)
- pour éviter l'automédication chez leurs patients (à 46,5%).

Nous avons donc été confrontés à une grande difficulté pour identifier les causes prépondérantes de prescription chez nos médecins interrogés. Les réponses proposées à ces questions à choix unique (jamais, parfois, souvent ou toujours) semblaient, en effet, induire une implication trop forte de la part des médecins interrogés qui ont donc peu coché les notions « extrêmes » (jamais et toujours). Cela représentait un biais de réponses.

La complexité à mettre en évidence les causes de prescription de placebos impurs venait peut-être aussi du fait que leur utilisation n'était pas vraiment reconnue et était plutôt contestée dans notre médecine actuelle fondée sur les preuves scientifiques. Les médecins, malgré l'anonymisation de leurs réponses, avaient peut-être eu du mal à reconnaître, à « avouer » les raisons qui les poussaient à prescrire ces traitements.

4-2-2-1 Prescription à la demande directe du patient

L'évolution de la médecine a entraîné une vision optimiste de la science et de la pharmacologie, suscitant des espoirs concernant les produits pharmaceutiques en leur attribuant des « pouvoirs extraordinaires » pour certains patients. G. Mauraizin montre dans son étude que 43% des patients pensent qu'il existe une réponse médicamenteuse à chacun de leurs problèmes de santé [26]. La mutation de la médecine s'est paradoxalement aussi faite dans le sens de la remise en question du « pouvoir médical » du fait de la vulgarisation des informations médicales et des différents procès médiatisés mettant en cause des médicaments, des laboratoires pharmaceutiques, des médecins. Le médicament fait désormais partie du quotidien. Les bénéficiaires de soins sont devenus des consommateurs de soins et la santé est devenue un bien de consommation [15]. Cela peut expliquer en partie l'importance de cette demande émanant directement des patients. La farouche volonté de guérison immédiate, qui

préside également cette demande de prescription, reflète l'importance du souci de rentabilité qui régit le mode de fonctionnement de la société actuelle (être efficace au travail, à la maison, ne pas être ralenti par une pathologie, la plus bénigne soit-elle). Molière mettait déjà ce point en évidence en 1673 dans le Malade imaginaire : « C'est notre impatience qui gâte tout, et la plupart des hommes meurent de leurs remèdes et non de leurs maladies ».

On remarque par ailleurs l'ambivalence des patients face aux médicaments. Ils en restent demandeurs mais développent conjointement une certaine méfiance envers eux. Cette ambivalence est retrouvée étymologiquement dans le mot grec « pharmakon » qui désigne à la fois le remède et le poison [27]. L'évolution de la médecine a également entraîné l'apparition de nouveaux concepts : au traitement des maladies s'est ajoutée l'idée de maintien de la santé et de la prise en charge du confort. Ces concepts donnent à la médecine de nouveaux objectifs : la prévention, l'éducation, l'écoute et le soutien.

Nous faisons également face à une évolution de la demande des patients. Les consultations pour des symptomatologies fonctionnelles ou des états de mal-être (professionnels, conjugaux ou sociaux...) se sont multipliées. C'est ce que Zarifian appelle « la médication du mode de vie » [28]. Ces états de mal-être ne sont le plus souvent pas en rapport avec une maladie et relèvent plutôt d'une amélioration des conditions de vie, de travail, d'un soutien psychologique ou social. Le médecin généraliste apparaît alors parfois, pour le patient, comme l'ultime représentant de ce lien psycho-social. De plus, il est accessible et remboursé [15]. Se pose alors, dans ce cadre, la question de la prise en charge par la sécurité sociale des consultations avec le psychologue. En effet, ces dernières sont probablement une bonne aide pour répondre à certains de ces états de mal-être. Gérer ce genre de demandes (qui sont spécifiques du champ de la médecine générale) requiert pour le médecin des outils particuliers tels que des techniques de communication, d'écoute active, d'accompagnement psychologique, de réassurance,... qu'il ne possède pas toujours. La compréhension de ces facteurs psychologiques et sociaux est indispensable à une prise en charge thérapeutique globale, mais demande un investissement et un temps considérables pour le médecin, qui peut parfois être tenté de « prendre des raccourcis » en prescrivant un placebo [16]. Il existe un manque de formation initiale et continue des médecins généralistes sur les outils de soutien psychologiques et de communication qui permettraient parfois de détourner la prescription de placebos (et de médicaments actifs également) et d'améliorer la prise en charge globale du patient.

4-2-2-2 Prescription pour éviter la prescription de médicaments actifs pouvant être iatrogènes

Dans cette étude, 74,7% des médecins déclaraient prescrire parfois à souvent des placebos impurs dans le but « d'esquiver » la prescription de médicaments pouvant être iatrogènes tels que les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et les antibiotiques. Depuis le lancement du programme de sensibilisation sur le bon usage des antibiotiques de l'Assurance Maladie (en 2002), la consommation d'antibiotiques a baissé [30]. Malgré tout, les antibiotiques restent au premier rang des médicaments réclamés par les patients, loin devant les psychotropes et les antalgiques [35]. De leur côté, les médecins ressentent une pression importante de la part des patients pour la prescription de ces médicaments. Bien que le grand public ait été sensibilisé par l'annonce : « Les antibiotiques, c'est pas automatique », leurs demandes restent importantes. La prescription de placebos impurs ainsi que l'information et l'éducation du patient sont primordiales et peuvent, dans certains cas, permettre d'éviter la prescription d'antibiotiques.

4-2-2-3 Prescription par empirisme et conviction personnelle de leur efficacité

Cette étude relevait des résultats contradictoires. En effet, 70,6% des médecins interrogés déclaraient croire en l'efficacité des placebos impurs mais pourtant, seulement 32,9% d'entre eux en prescrivaient souvent à toujours par empirisme et conviction personnelle de leur efficacité. On peut supposer que cela est peut-être encore le reflet de la difficile reconnaissance du placebo et de l'effet placebo comme offre thérapeutique de soins dans notre médecine actuelle basée sur l'EBM. Les résultats mettent en lumière l'hypothèse selon laquelle les médecins considèrent que la prescription de médicaments de confort répond bien à la symptomatologie fonctionnelle, dont se plaignent les patients dans les affections bénignes virales des VAS, et qu'il n'existe souvent pas d'autres médicaments adaptés dans cette indication.

4-2-2-4 Prescription pour favoriser la relation médecin-malade en pensant répondre aux attentes de prescription médicamenteuse des patients

Il n'a pas été mis en évidence dans cette étude que les médecins utilisaient le placebo impur

comme un élément pour favoriser le colloque singulier. Pourtant, une autre étude révèle que 85,7% des médecins considèrent l'accès à cette demande comme importante pour la satisfaction du patient [15] et donc pour contribuer à une bonne relation médecin-malade. La perception que les médecins ont des attentes de leurs patients est un déterminant prépondérant à la décision de prescription [29]. Or la perception de ces attentes est erronée ; il existe une surestimation des attentes de prescription médicamenteuse des patients par les médecins pouvant entraîner des prescriptions non désirées, médicalement inutiles. Par exemple, 58% des médecins français ressentent une attente de prescription pour les rhumes alors qu'une prescription n'est estimée nécessaire que pour 24% des patients seulement. Ainsi, en France, 90% des consultations se concluent par une ordonnance de médicaments [30]. Cette prescription peut être réalisée plutôt par empathie, comme un acte d'humanité, d'attention, de bienveillance portée à son patient. En effet, le sentiment d'impuissance face à la souffrance du patient peut parfois engendrer le besoin de « donner quelque chose » [31]. Pourtant le meilleur facteur de satisfaction du patient, vis-à-vis de la consultation, n'est pas la prescription d'un médicament mais un diagnostic, des explications, une écoute compréhensive de la part du médecin. En 1960, Michael Balint affirmait déjà que l'écoute et l'attention pouvaient guérir. Il développait alors la notion de « remède-médecin » sur laquelle nous reviendrons plus tard.

4-2-2-5 Prescription par difficulté à laisser sortir le patient de consultation sans ordonnance médicamenteuse

Dans notre étude, il n'a pas été mis en évidence qu'il pouvait être difficile de clore une consultation sans la remise d'une ordonnance médicamenteuse au patient. Pourtant l'ordonnance est riche de symboles. Elle condense pour le patient le rapport à la maladie, aux médicaments et au médecin [32]. Elle valide la reconnaissance du statut de malade. C'est le carrefour de la relation de soins, elle matérialise la consultation [11], donne accès à la guérison, assure la continuité des soins prodigués par le médecin et reflète donc la relation de confiance entre le médecin et le malade. L'ordonnance est la preuve de la sollicitude du médecin, de son empathie pour son patient et montre sa compétence à le soigner, à émettre un diagnostic et à trouver un traitement pour le soulager [33]. Pour le praticien, c'est un objet transitionnel qui permet le transfert du pouvoir de guérir des mains du médecin vers celles du patient. Elle matérialise la communication parfois implicite mais toujours présente, palpable entre le médecin et le malade [11]. On connaît l'effet placebo des médicaments, on peut

supposer qu'il existe aussi un effet placebo de l'ordonnance elle-même. Fainzang évoque ainsi le « caractère magique des lignes griffonnées à vertu thérapeutique et la valeur symbolique de l'écriture qui validait la reconnaissance des plaintes du patient » [32]. L'ordonnance serait ainsi une matérialisation de la reconnaissance de la maladie du patient.

Certains médecins évoquent parfois la difficulté de ne rien donner de matérialisé au patient, en « échange » du paiement des honoraires [17]. La pratique en exercice libéral relève, il faut le reconnaître, d'un échange commercial avec le patient et soumet à une relation financière. L'enquête IPSOS reconnaît que la rédaction et la délivrance d'une ordonnance est un rituel souvent favorisé par la transaction financière directe entre le patient et le médecin [30]. En cela, la mise en place du tiers-payant, souhaitée par le gouvernement actuel, serait un moyen de remédier à ce problème.

Cette symbolique de l'ordonnance, le sentiment de pression ressenti par les médecins concernant les attentes des patients et la notion « d'échange commercial » entraînent des effets qui auto-alimentent le système de surconsommation de médicaments.

Cependant, médecins et patients s'accordent à dire que l'échange fondé sur l'écoute, l'explication du diagnostic, l'information, la réassurance ou les conseils, arrive en tête des attentes et des priorités à l'égard de la consultation, bien avant l'ordonnance et la prescription médicamenteuse. Ainsi, selon l'étude IPSOS, 8 personnes sur 10 sont tout à fait ou plutôt d'accord avec l'idée selon laquelle une consultation ne doit pas forcément se terminer par une ordonnance de médicaments [30].

En conséquence, l'équation consultation=ordonnance=médicaments n'est plus une évidence. Cela met en lumière les paroles de Lemoine qui dit que le médecin a une autre mission que le traitement : le soin [34].

4-2-2-6 Prescription pour mettre plus rapidement fin à la consultation

Dans notre étude, une large majorité des médecins interrogés déclarait ne pas utiliser la prescription de placebos impurs dans le but de clore plus rapidement la consultation. Nous pensons avec le recul que cette question a été mal formulée lors de la création de notre questionnaire. Ce que voulait signifier l'auteur de cette étude était que la prescription de placebos impurs pouvait parfois être un moyen pour le médecin de raccourcir sa consultation, par manque de temps pour expliquer et informer le patient sur la pathologie, pour réaliser de la prévention et de la réassurance dans ces journées que l'on sait souvent surchargées pour le

médecin généraliste. En effet, une autre étude a déjà montré que la prescription du placebo pouvait être en lien avec une contrainte de temps afin d'éviter des discussions, des explications trop longues (et donc trop coûteuses pour le médecin) [16]. La prescription du placebo soulève ainsi la question du paiement à l'acte. En effet, ce mode de rémunération à l'acte n'encourage pas la prévention, l'éducation, la recherche. Il ne valorise pas l'acte intellectuel de qualité mais favorise plutôt l'acte technique, voire la succession d'actes. Le système de rémunération devrait favoriser la prise en charge globale du patient en valorisant la communication, l'éducation, la prévention et ainsi prendre en compte la valeur ajoutée du médecin pour restaurer la santé du patient. En médecine générale, la technique ne doit pas être une fin en soi mais une des compétences à posséder, au même titre que la maîtrise de la communication verbale et gestuelle. Une réflexion sur l'indemnisation, prenant en compte l'investissement intellectuel et éducatif et le temps consacré par le médecin, pourrait être à explorer [45]. Cette question se pose d'ailleurs dans le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) mise en place par la Haute Autorité de Santé.

4-2-2-7 Prescription pour éviter l'automédication

Il n'a pas été mis en évidence dans notre étude que la prescription de placebo était un moyen pour les médecins d'éviter l'automédication. L'automédication de leurs patients ne semblait donc pas être un sujet préoccupant pour les médecins interrogés. L'automédication est définie en France par le Conseil de l'Ordre des médecins comme étant l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes, pour elles-mêmes ou pour leurs proches, et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu une AMM avec la possibilité d'assistance et de conseil de la part des pharmaciens [20]. Bien qu'elle ne soit pas clairement encouragée, l'automédication est bien connue des autorités de santé. Devant le nombre croissant de médicaments déremboursés, la pénurie de médecins dans certaines régions, la fréquence des pathologies bénignes et le problème d'observance des médicaments, l'automédication doit être encadrée par des règles de bonnes pratiques :

- traitement de courte durée de symptômes ou d'affections bénignes tels que : le rhume, la toux, la fatigue, la douleur...
- des garanties de sécurité des médicaments : AMM, efficacité démontrée supérieure à celle du placebo pur, rapport bénéfice/risque favorable
- rôle de conseil du médecin traitant et du pharmacien [20]

Les placebos impurs sont pour la plupart des médicaments non soumis à une prescription médicale obligatoire (qui peuvent toutefois être prescrits par un médecin mais qui ne seront pas remboursés). Leur utilisation se doit de répondre également à ces règles si elle se veut éthiquement acceptable et si elle ne veut pas tomber, pour citer l'article 39 du code de déontologie, dans le « charlatanisme ».

Dans cette étude, nous n'avons pas réussi à mettre en évidence un profil de médecins placebo-prescripteurs. Les seuls résultats significatifs montraient que les prescripteurs exerçaient majoritairement en milieu rural et semi-rural et n'exerçaient pas parallèlement d'activité hospitalière. Nous aurions pu supposer que les plus jeunes médecins étaient majoritairement non prescripteurs, du fait de la non intégration de l'enseignement du placebo impur dans leur cursus hospitalo-universitaire. Dans le même sens, nous aurions pu supposer que les médecins, plus anciennement installés, seraient davantage prescripteurs de placebos impurs, du fait de leurs habitudes de prescription prises avant la grande vague de déremboursement et lors de l'apogée des traitements symptomatiques massivement présentés aux médecins généralistes par les laboratoires pharmaceutiques.

4-2-3 Causes de non prescription

Les principales causes de non prescription de placebos impurs soulevées dans cette étude étaient :

- le non remboursement
- leur inefficacité
- le souci de coller aux recommandations de bonnes pratiques.

Les médecins se considèrent et revendiquent leur statut de scientifiques s'appuyant sur des preuves et écartant tout phénomène non contrôlable, non quantifiable. La prescription d'un placebo signifierait un manquement à cette ligne de conduite et imposerait une remise en question de leurs certitudes dans le modèle biomédical de référence. Il reviendrait en partie à faire allégeance à la magie et à tout l'irrationnel qui entoure l'art de soigner [36]. Les nouveaux moyens techniques diagnostiques et thérapeutiques mis à la disposition des médecins peuvent faire négliger la relation médecin-malade, qui est alors reléguée au domaine obscur de « l'art de soigner ». Malgré cela, nous pensons que, devant l'efficacité du placebo (évaluée à 30%, comme indiqué plus haut), il ne doit pas y avoir de scrupules à admettre que tout n'est pas quantifiable, que certains résultats échappent à la science et que les médecins et

les malades, dans leur colloque singulier, n'ont heureusement pas toujours des réactions totalement dictées par les rigueurs pharmacologiques.

Une autre étude montre que les défenseurs de la non-prescription considèrent que l'emploi du placebo n'est que la conséquence d'une carence dans la relation médecin-malade [36]. Ces médecins refusent la « facilité » de la prescription pour remplacer un défaut de communication, un manque de temps. Ils préconisent la bienveillance, le dialogue, l'écoute et jugent que le placebo ne doit pas être une échappatoire auquel le médecin a recours quand il est à court de ressources. Silber écrivait que la prescription du placebo devenait morale si elle augmentait la communication entre le médecin et le malade, mais immorale si elle la diminuait ou la remplaçait [37]. De même, Hankoff considérait la réponse placebo comme un type de communication non verbale entre le patient et le médecin [38].

Enfin, certains médecins avancent, dans l'étude, le non remboursement de ces molécules comme un facteur de non prescription. Ce résultat reflète le pouvoir symbolique thérapeutique du remboursement. En effet, les médicaments déremboursés semblent perdre de leur crédibilité pour certains patients qui réclament des médicaments remboursés non pas forcément pour raison économique mais par souci d'efficacité. Le remboursement prend donc ici une part active dans l'effet placebo. Dans l'imaginaire de certains patients, le médicament déremboursé pourrait évoquer un « faux médicament » traitant une « fausse maladie », ce qui entraînerait une remise en question de leur statut de malade. A cet égard, les anglo-saxons possèdent une triple terminologie pour définir la maladie :

- *Illness* : qui est une notion subjective de la maladie telle que la ressent le patient. État morbide qui n'est pas encore officiel.
- *Sickness* : qui est plutôt une notion de mal-être plus ou moins incertain. Ce terme reflète un état de mal-être sans gravité.
- *Disease* : maladie telle que le savoir médical la qualifie et qui, en quelque sorte, entérine sa réalité.

4-2-4 La question du remboursement

Une grande majorité des médecins interrogés dans cette étude, aussi bien les prescripteurs que les non prescripteurs de placebos impurs, se positionnait contre le remboursement de ces traitements par la sécurité sociale. Compte-tenu de l'écrasante majorité des médecins (85,9%) se déclarant prescripteurs de placebos impurs, nous aurions pu penser qu'ils auraient été plus

nombreux à défendre leur prise en charge.

Actuellement, on constate que le taux de remboursement des spécialités à visée ORL est très faible. En effet, seuls 1% des médicaments à visée ORL sont remboursés à 65% par la sécurité sociale. 67% de cette catégorie de traitements sont non remboursés (et 32% ne sont remboursés qu'à 35%) [39]. Pourtant, une autre étude montre que 72% des médecins ressentent une pression de la part de leurs patients pour que les médicaments prescrits soient remboursés [40]. Cela peut entraîner la prescription de spécialités remboursées n'ayant pas l'AMM dans cette indication (anti-histaminiques, antibiotiques,...) ou ayant une balance bénéfice/risque défavorable (AINS) ou le recours vers l'homéopathie. Ainsi, les médecins ne se sentent plus libres de leurs prescriptions mais guidés par la sécurité sociale et les désirs de leurs patients [41]. Les médecins disent également craindre un système de soins à deux vitesses, en défaveur des catégories sociales les plus précaires qui n'auraient pas les moyens financiers de se procurer les médicaments de confort non remboursés [41] [42]. D'autres craintes relevées sont celle du court-circuit de la consultation chez le médecin généraliste par le patient qui, du fait du déremboursement, pourrait se diriger directement vers l'officine pour acheter les produits en automédication sur conseil du pharmacien [43] et celle de l'automédication [44].

Au contraire, des médecins pensent que les placebos impurs doivent être pris en charge et donc remboursés car ils constituent un outil thérapeutique pour le traitement du confort des patients, indispensable à leur prise en charge globale. Ils reconnaissent également que le remboursement améliore l'efficacité des médicaments pour le patient [16]. Ce qui confirme l'idée que le remboursement a donc une part active dans l'effet placebo. Ces praticiens pensent que les priorités du système de soins (gestion des dépenses de santé, économies) ne sont pas en adéquation avec les réalités du terrain du médecin généraliste qui est confronté aux demandes du patient et à sa prise en charge dans sa globalité.

D'autres médecins sont favorables au déremboursement pour responsabiliser le patient mais ils proposent en parallèle une prise en charge des consultations chez le psychologue [16].

Aussi, le déremboursement des placebos impurs pose la question de la reconnaissance de l'effet placebo en médecine.

4-2-5 Effet placebo et effet médecin

Dans notre étude, on constatait une répartition équivalente entre les médecins souhaitant susciter sciemment un effet placebo chez les patients et ceux n'y accordant pas d'intérêt. Or,

on admet aujourd'hui que dans tout remède, il y a toujours une certaine part d'effet placebo [46]. Le médicament n'est pas tout, il ne résume pas la médecine [39]. L'EBM a fait croire à beaucoup que toute l'efficacité médicale se définissait à partir des résultats des essais médicamenteux [47]. Et pourtant, comme nous le rappelle Moreau : les essais randomisés en double aveugle nous ont bien fait prendre conscience qu'à côté de l'effet pharmacologique et de l'évolution naturelle de la maladie ou des symptômes, l'amélioration dépendait aussi de ce que l'on avait regroupé sous le nom d'effet placebo [48]. L'effet placebo est composé de deux déterminants principaux :

- les attentes et les représentations des patients
- le comportement du médecin, « l'effet médecin ». Le médecin qui met en place une écoute attentive et bienveillante, des explications permettent la réassurance, l'observance et la satisfaction du patient.

Les composantes de l'effet médecin, comme le décrit Balint, sont [47] :

- les interventions cognitives représentées par les explications et informations données aux patients : *expliquer*.
- les interventions cognitivo-émotionnelles fondées sur l'empathie et l'écoute : *rassurer*.
- les stratégies de conseil : *conseiller*.

Rassurer permet de diminuer l'angoisse du patient et favorise une amélioration de son observance thérapeutique. Cela permet de diminuer sa demande en médicaments et examens para-cliniques.

Conseiller vise à modifier les comportements à risque pour la santé. Cela nécessite de savoir écouter les représentations du patient pour comprendre la perception qu'il a de sa maladie.

Expliquer permet de calmer l'angoisse légitime du patient. Il convient au préalable de lui permettre de s'exprimer et de poser des questions.

Ainsi, l'effet médecin ne doit pas simplement être « un plus » lors de la consultation mais une des composantes majeures de celle-ci. D'où l'importance de former les médecins à l'effet médecin, à des techniques de communication et d'écoute active afin d'améliorer l'efficacité thérapeutique de l'approche globale centrée sur le patient. En effet, les attitudes des médecins telles que l'empathie, les conseils, les explications positives et la réassurance ont montré une efficacité sur des critères cliniques objectifs [48]. Elles nécessitent pour le médecin de se

former car ni l'expérience, ni l'ancienneté du médecin ne garantissent ses aptitudes à la communication.

Le rôle thérapeutique de l'implication du médecin dans sa relation avec le patient, ce fameux « effet médecin » est connu depuis l'antiquité à l'époque d'Hippocrate. Pour Balint, le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même et il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel [10]. L'existence de l'effet médecin justifie l'utilisation des procédures en double aveugle en recherche clinique. En effet, la conviction du médecin dans l'efficacité du traitement prescrit augmente significativement la probabilité d'une réponse placebo. C'est la notion de suggestibilité qui est mise en lumière ici. Les partisans du placebo considèrent le surprenant pouvoir de l'organisme humain à réagir à la suggestion, qui représente ainsi un outil thérapeutique que l'on ne peut pas négliger [49]. L'effet médecin repose sur une attitude émotionnelle d'écoute, d'empathie, d'attention qui suggère les changements comportementaux des patients en les laissant poser des questions et exprimer leurs émotions. Les patients demandent une attention particulière de leur médecin et accordent plus d'importance à la représentation qu'ils se font du thérapeute qu'aux remèdes prescrits [48]. Ainsi une étude évaluant l'attention portée aux patients lors d'une angine virale (explications, examen soigneux,...) retrouve une amélioration symptomatique à 2 jours ($p < 0,005$) chez les patients « traités » avec plus d'attention [50].

Thomas a montré que la parole et le conseil d'un médecin étaient une intervention placebo plus efficace qu'une prescription médicamenteuse [51].

Ainsi, la confiance qu'un patient accorde à la compétence de son médecin aussi bien sur le plan technique que relationnel est un des meilleurs éléments contribuant à l'efficacité thérapeutique. La communication reste l'élément essentiel d'une bonne relation médecin-malade. D'où la nécessité d'une formation des médecins (aussi bien dans la formation initiale que continue) à l'effet médecin, à une communication de qualité et à l'empathie. Le Dr Lachowsky disait lors des journées nationales Balint que « la façon de donner valait mieux que ce que l'on donnait ». La relation médecin-malade doit être au centre de la pratique et des prescriptions. Toutefois, notre formation médicale initiale est plus souvent basée sur la prise en charge thérapeutique (notamment médicamenteuse) d'un diagnostic ou d'un symptôme, que sur la psychologie à adopter face aux patients dans le cadre de leur prise en charge globale. La mise en place des groupes Balint est l'un des éléments permettant d'aider les médecins à améliorer leurs pratiques dans ce sens. Il s'agit de groupes de formation médicale continue de médecins généralistes appartenant à la modalité de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles. Ce travail de groupes de pairs vise à aider les médecins à acquérir des

qualités psycho-thérapeutiques qui leur permettent la prise en charge des patients dans une dimension globale.

4-2-6 Enjeu éthique

La notion d'éthique possède une double polarité. D'abord une polarité morale (dans son sens philosophique) et ensuite une polarité légale (dans le sens des lois qui régissent les conduites) [9]. Comme nous l'avons déjà dit plus haut, l'utilisation des placebos impurs est légale (puisque au sens juridique, le placebo est un médicament) mais elle peut sembler déontologiquement discutable (comme nous le signifie l'article 39 du code de déontologie). L'utilisation des placebos (purs et impurs) soumet donc le médecin à un enjeu éthique.

L'argumentation principale des médecins hostiles à son utilisation est que le placebo représente une tromperie pouvant détruire la confiance indispensable dans la relation thérapeutique médecin-malade. La découverte de la tromperie par le patient n'est évidemment pas sans conséquences et peut induire un sentiment de duperie entraînant la perte de confiance dans les médecins et les médicaments. Or, le devoir de dire la vérité est inclus dans le principe légal du consentement éclairé [52]. D'autres arguments sont en défaveur de l'utilisation du placebo. En effet, la prise de ces traitements pourrait perpétuer chez certains patients un conditionnement à la prise médicamenteuse et ainsi favoriser la dépendance et diminuer l'autonomie. Enfin, elle pourrait aussi entraîner une diminution de la responsabilité médicale en risquant d'engendrer un « étiquetage » de certains patients qualifiés de « fonctionnels » et induire par ce fait un manque de motivation à les soigner [9]. Le placebo est dans cette optique une forme de mensonge, initialement au patient mais, finalement au médecin, car l'écueil principal du placebo impur est de leurrer le médecin qui, pris à son propre piège, croît en l'efficacité du médicament au lieu d'y reconnaître son effet placebo [6].

La prescription du placebo doit être contrôlée et non subie. Comme l'écrivait Coërs : « l'illusion qui soulage paraît préférable au mensonge qui guérit » [53]. C'est se placer dans l'intérêt du patient que de choisir la thérapeutique la plus adaptée. Serait-ce éthique, par exemple, de prescrire un hypnotique, en première intention, à un patient présentant des troubles mineurs du sommeil, avec tous les effets indésirables que ce type de molécule est susceptible de causer ? La prescription de placebos impurs ne nous apparaît pas comme éthiquement inacceptable, mais il est indispensable de fixer des règles à son bon usage [6] :

- la certitude du diagnostic doit être acquise. C'est pourquoi, il est indispensable que cet outil thérapeutique reste l'apanage du médecin, qui doit établir un diagnostic

précis afin de limiter le risque d'entraîner un retard de prise en charge d'une maladie plus grave. Dans ce sens, la mise en vente libre des placebos impurs en officine devrait être, selon nous, limitée.

- le placebo ne doit jamais être prescrit s'il existe un traitement actif indiqué pour l'affection reconnue.
- la prescription doit être de courte durée, le malade doit être revu et réexaminé s'il n'y a pas d'amélioration. Une prescription abusive de placebo pourrait renforcer l'idée chez un patient, par ailleurs bien portant, d'être malade.
- il doit s'agir d'une décision réfléchie, consciente et non d'une prescription hâtive faite dans le but de se libérer des sollicitations jugées inopportunes d'un malade. Elle doit se faire dans l'intérêt du malade et non du praticien. Ce mécanisme thérapeutique ne doit pas se substituer au dialogue médecin-malade.

Les auteurs favorables à l'utilisation du placebo voient en lui une possibilité significative de bénéfices, en n'imposant qu'un minimum de risques médicaux aux patients. Dans le même esprit existe une argumentation du bénéfice social pour lequel l'intérêt collectif outrepassé le droit du patient à la vérité [52]. Le problème n'est donc pas de savoir si le médecin peut faire usage du placebo mais plutôt de savoir comment l'effet placebo omniprésent (et parfois puissant) peut être utilisé au mieux [9]. Il n'y a pas de mensonge, et donc pas de problème éthique, si le médecin a foi en le traitement qu'il prescrit ou au moins en son effet placebo ; car il est désormais reconnu qu'il n'est pas de prescription qui ne s'accompagne d'effet placebo.

4-2-7 Place du placebo impur dans le système de soins

Plus de trois quarts des médecins interrogés affirmaient prescrire des placebos impurs dans les affections bénignes virales des VAS. Il ne s'agit donc pas d'un fait négligeable, et cela doit correspondre à un besoin.

Le placebo semble donc avoir sa place dans notre système de soins. Il pourrait paraître néfaste de se priver de l'utilité de l'effet placebo comme outil thérapeutique complémentaire aux thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses. Pour cela, une compréhension du phénomène placebo et une formation adaptée des médecins s'avèrent indispensables. Il doit être possible d'envisager le placebo comme une source de réflexion pour améliorer la relation médecin-malade et mieux cerner les éléments fondamentaux de l'exercice médical que sont le

pouvoir médical, la prescription médicamenteuse et le médicament [9].

La solution n'est pas simple. Elle passe évidemment par une information plus grande des patients et par une rigueur collective des praticiens [23].

Nous pensons qu'en abordant le problème des placebos impurs par la seule question de leur prise en charge (selon leur niveau de SMR, souvent insuffisant et donc leur déremboursement), les pouvoirs publics prennent le risque de voir les prescriptions de médicaments à action spécifique se multiplier. Les conséquences économiques et sanitaires pourraient alors ne pas correspondre à celles escomptées.

5- CONCLUSION

Dans cette étude, les médecins avaient globalement peu connaissance de l'utilisation des placebos impurs en médecine générale mais en avaient, pour plus de la moitié d'entre eux, une image favorable. Ils déclaraient, en très grande majorité, croire en leur efficacité pour soulager la symptomatologie de leurs patients dans les affections bénignes virales des VAS. 85,9% des médecins interrogés affirmaient même être prescripteurs de placebos impurs dans cette situation clinique.

Les deux principaux motifs de prescription étaient tout d'abord, la réponse à la demande directe de médicaments émanant patients, puis le souci d'éviter la prescription de molécules actives, non indiquées dans cette situation clinique, pouvant être iatrogènes. Paradoxalement, nous avons constaté que les médecins prescrivaient peu par empirisme et conviction personnelle de l'efficacité de ces traitements.

Le principal frein à la prescription relevé dans cette enquête était la crainte d'une dépense inutile pour ces traitements non remboursés.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence un profil de médecins placebo-prescripteurs très précis. Les médecins prescripteurs pratiquaient majoritairement un exercice libéral en milieu rural et semi-rural et n'exerçaient pas parallèlement d'activité hospitalière.

Seule une petite moitié des médecins cherchait à susciter un effet placebo lors de la prescription de placebos impurs. Par contre, ils étaient une très large majorité à avoir conscience que leur attitude, au cours la consultation, pouvait influencer la survenue de cet effet placebo.

Nous avons, par ailleurs, montré que le placebo et l'effet placebo reflètent la qualité de la relation médecin-malade. Leur utilisation comme outil thérapeutique est acceptable si elle améliore la communication entre le médecin et le patient, si elle prolonge le colloque singulier et si elle témoigne du souhait conscient du médecin de la mise en place d'une prise en charge thérapeutique globale envers son patient.

Nous ne récusons bien évidemment pas les progrès scientifiques et la technicisation croissante de la médecine, car ils sont indispensables à l'amélioration du niveau de santé, mais nous devons garder à l'esprit que ces formidables outils doivent être utilisés avec discernement et humanité.

Aussi, nous avons pu montrer que, la connaissance du placebo et de son effet par les praticiens, est non seulement un moyen d'enrichir leur arsenal thérapeutique mais surtout un formidable moyen de renforcer la prise en charge des patients dans leur globalité. Il serait

dommage de se priver de cette offre de soins complémentaire. Pour cela, il serait nécessaire de former les médecins sur les outils de communication, d'écoute active et sur la psychothérapie afin d'améliorer la prise en charge globale des patients.

Chaque médecin pourrait alors avoir à l'esprit cet adage de Louis Pasteur qui disait : « Guérir parfois, soigner souvent, écouter toujours ».

6- RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Russo M. L'ordonnance, miroir aux alouettes. La Revue Prescrire 2006;26, 277: p 793.
- [2] L'Assurance maladie [en ligne], Rhinopharyngite chez l'enfant et l'adulte d'après les recommandations de l'AFSSAPS (octobre 2005) en collaboration avec l'HAS [consulté en mars 2009]. Disponible sur <http://www.ameli.fr>
- [3] Société française d'ORL [en ligne], Recommandations de bonne pratique: Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant, [consulté en novembre 2011]. Disponible sur <http://www.sforl.org>
- [4] Lemoine P. Effet placebo et médicament placebo. La Revue du praticien 2004;54,3: 325-330.
- [5] Pluvinage R. Les placebos. Sem Hop Paris 1958,34: 1381-1383.
- [6] De Saint-Louvent P. Placebo et effet placebo en médecine praticienne. Le Concours Médical 1982;104,43: 6500-6510.
- [7] Pichot P. A propos de l'effet placebo. Revue Med Psychosom 1961,3: 37- 40
- [8] Aulas J.J. L'effet placebo et ses paradoxes. SPS n°252, mai 2002. Disponible sur <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php>
- [9] Lachaux B, Lemoine P. Placebo, un médicament qui cherche la vérité. Paris, Medsi/McGraw-Hill, 1988.
- [10] Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot, 1966.
- [11] Devier Audoual M. Les patients et l'ordonnance: étude qualitative à partir de 15 entretiens. Thèse pour le D.E de docteur en Médecine, 2008, université Claude Bernard Lyon I.
- [12] Grunwald D, Mercat FX. Médicaments et pratiques médicales: problèmes actuels. Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2000. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/CNOM/actu>
- [13] Bera LE. Pourquoi prescrit-on des médicaments à Service Médical Rendu Insuffisant? Enquête d'opinion auprès de 254 médecins généralistes marnais. Thèse pour le D.E de docteur en Médecine, 2006, université de Reims.
- [14] Bedoin D, Charles R. La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale: avec ou sans médicaments? CNAMTS Pratiques et organisation de soins, 2012/2, vol.43, p.111-119. Disponible sur <http://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2012-2>
- [15] Canel C. Les médicaments de confort en médecine générale: enquête d'opinion, étude des modalités et des facteurs de prescriptions auprès de 49 médecins généralistes. Thèse pour le D.E de docteur en Médecine, 2001, université Paul Sabatier Toulouse II.

- [16] Martin Mignotte K. Facteurs de prescription de placebos par les médecins généralistes: étude qualitative. Thèse pour le D.E de docteur en Médecine, 2011, université Paris Diderot, Paris 7.
- [17] Dépret G. La prescription de placebos en médecine générale: perceptions des médecins généralistes. Thèse pour le D.E de docteur en Médecine, 2013, université du droit et de la santé Henri Warembourg, Lille 2.
- [18] Laplanche A, Com-Nougue C, Flamant R. Méthodes statistiques appliquées à la recherche clinique, Médecine Sciences Flammarion, 168, 2001.
- [19] HAS - Haute Autorité de santé [en ligne]. Saint-Denis [consulté le 01 octobre 2015]. Disponible sur <http://www.has-sante.fr>
- [20] Le Jeune C, Aslangul E, Perrot S. Automédication. La Revue du Praticien 2008;58: 1585-1589.
- [21] Legifrance Code de santé publique Article L.511[en ligne]. Paris. Mis à jour le 31 décembre 2015. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
- [22] Conseil national de l'Ordre des médecins [en ligne]. Saint-Denis [consulté le 11 octobre 2012]. Mis à jour le 22 octobre 2012. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr>
- [23] Boudot T. Utilisation du placebo et de son effet en médecine générale. Thèse pour le D.E de docteur en Médecine, 2004, université de Clermont-Ferrand I.
- [24] Ulg – Université de Liège. Introduction à l'EBM. Liège [consulté le 5 avril 1999]. Mis à jour en novembre 2012. Disponible sur <http://www.ebm.lib.ulg.ac.be>
- [25] Azria E. Connaissance, incertitudes et décision dans la pratique de soin: de la nécessité de décider. Ethique, Médecine et Société. Paris, Vuibert 2007;136-142.
- [26] Mauzairin G. La prescription médicamenteuse en médecine générale: attentes des patients, perceptions des médecins et comportements associés. Thèse pour le D.E. De docteur en Médecine, 2007, université Toulouse III – Paul Sabatier.
- [27] Piguet V, Cedraschi C, Desmeules J. et al. Prescription médicamenteuse: les attentes des patients. Med. Hyg 2000;58, 2296: 814-817.
- [28] Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Bibliothèque scientifique, Payot, 1993.
- [29] Britten N, Ukoumunne O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. BMJ 1997; 315: 1506-1510.
- [30] Les européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance: synthèse générale. Etude IPSOS Santé pour la CNAM Février 2005.
- [31] Bradley C.P. Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners. British Journal of General Practice 1992; 42:454-458.

- [32] Fainzang S. Médicaments et Société. Le patient, le médecin et l'ordonnance. Paris 2001, Presses Universitaires de France, 156p.
- [33] Farge T, Charra E, Hauvespre B. La non-prescription d'une ordonnance: représentations des médecins généralistes et des patients. Poster réalisé par le Collège lyonnais des Généralistes enseignants. Université Lyon I.
- [34] Lemoine P, Lupu F. Quiproquos sur ordonnance. Paris, Armand Colin, 2006.
- [35] Klein P. (directeur de l'IPSOS Santé) Les antibiotiques de moins en moins automatiques pour les français. 2003; Disponible sur www.cpam21.fr/PSnew/ObjSante/Doc
- [36] Duvoy C. Enquête sur l'utilisation et la perception du placebo auprès de 94 médecins généralistes. Thèse pour le D.E. de docteur en Médecine, 2005, université d'Angers.
- [37] Silber TJ. Placebo therapy the ethical dimension. JAMA; 1979; 242 (3):245-246.
- [38] Hankoff LD, Engelhardt DM, Freedman N. Placebo response in schizophrenic out patients. Arch. Gen. Psychiatry; 1960; 2: 43-52.
- [39] Even P, Debré B. Guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux. Paris; Cherche Midi, collection Documents-Santé, 2012.
- [40] Helleisen A, Vergnes G. Ressenti et comportement des médecins et des patients face au déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant. Thèse pour le D.E. de docteur en Médecine, 2008, université Clermond-Ferrand I.
- [41] Dauvet A. Opinion sur l'évolution depuis 2005 des pratiques des médecins généralistes pour les patients porteurs d'une rhino-pharyngite dans la région Nord-Pas-de-Calais, 2008, université Lille 2, faculté de médecine Henri Warembourg.
- [42] Briand A, Chambaretaud S. La consommation de médicaments non prescrits en France, en Europe. DREES (Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques) mars 2001; n°105.
- [43] Cécile LJ. Prescription des médicaments d'automédication en médecine générale: une étude exploratoire dans deux communes franciliennes. Thèse pour le D.E de docteur en Médecine, 2011, université Paris-Val de Marne, Créteil.
- [44] Les études de la mutualité française sur le médicament, impact économique de la modification de remboursement des médicaments à SMR insuffisants en 2006, Paris [consulté en juin 2007] Disponible sur <http://www.mutualité.fr>
- [45] Chambaud L, Khennouf M, Lannelongue C. Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens. Rapport RM 2008-147p. Inspection générale des affaires sociales, janvier 2009.
- [46] Abrezol R.P. Les placebos. Revue Médecine et Hygiène 1969; 869: p.508.
- [47] Gallois P. La médecine moderne ne se résume pas à un effet pharmacologique. Presse Méd. juin 2006; 35, n°6: 931-932, Masson, Paris.

- [48] Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de «l'effet médecin» en soins primaires. *Presse Méd.* Juin 2006; 35; 6: 967-973, Masson, Paris.
- [49] Galam E. *Infiniment médecins, les généralistes entre la science et l'humain.* Éditions Autrement; collection Mutation, n°161, 1996.
- [50] Olsson B, Tibblin G. Effect of patients' expectations on recovery from acute tonsillitis. *Fam Pract.* 1989; 6: 188-192.
- [51] Thomas K. The placebo in general practice. *The Lancet* 1994; 344: 1066-1067.
- [52] Helm A. Truth-telling, placebos and deception ethical and legal issues in practice *Aviat. Space. Environ Med.*; 1985;56 (1);69-72.
- [53] Coërs C. *Médecins ou magiciens?* Arthaud; Paris, 1985.

7- ANNEXES

Annexe n°1 : Courriel de présentation du travail de thèse et de rappel des définitions importantes.

Chères consoeurs,

Chers confrères,

Je suis remplaçante en médecine générale et je réalise une thèse, sous la direction du Dr Sellier-Petitprez, sur le thème suivant:

L'utilisation des placebos impurs en médecine générale.

Je me permets de vous solliciter afin de répondre au questionnaire suivant qui restera bien sûr anonyme. Cela ne devrait vous prendre que quelques minutes.

Afin de s'assurer de la bonne compréhension du sujet, je vous rappelle les quelques définitions suivantes:

- Placebo pur: médicament pharmacologiquement inerte. Utilisé surtout dans les essais cliniques.

- Placebo impur: médicament n'ayant pas fait la preuve de son efficacité lors d'études contrôlées. Ces médicaments ont fait partie de la vague de déremboursement pour service médical rendu insuffisant, car jugés plutôt comme des médicaments de confort.

Exemple: Maxilase®, Lysopaine®, Rhinotrophyl® et Hexaspray® utilisés dans la rhinopharyngite virale.

- Effet placebo: C'est l'écart positif constaté entre l'effet thérapeutique observé et l'effet thérapeutique prévisible d'après les données pharmacologiques du médicament.

Je vous remercie sincèrement pour l'attention et le temps que vous accorderez à ce travail.

Bien confraternellement.

Claire LEPINE

Pour accéder au questionnaire, merci de cliquer sur le lien suivant :

https://docs.google.com/forms/d/1X7PME_WbGUuP-8yYt-iajvnwEF_TlAcBLarvdBpwoQ/viewform?usp=send_form

UTILISATION DES PLACEBOS IMPURS EN MÉDECINE GÉNÉRALE

***Obligatoire**

1- Vous êtes : *

- Un homme
- Une femme

2- Votre catégorie d'âge : *

- 25-35 ans
- 36-45 ans
- 46-55 ans
- 56-65 ans
- plus de 65 ans

3- Vous exercez : *

- en milieu urbain
- en milieu semi-rural
- en milieu rural

4- Votre nombre d'années d'exercice en médecine générale : *

- moins de 5 ans
- de 5 à 15 ans
- de 16 à 25 ans
- plus de 25 ans

5- Possédez-vous des compétences particulières en :

- Homéopathie
- Acupuncture
- Ostéopathie
- Mésothérapie
- Autre :

6- Exercez-vous également une activité en milieu hospitalier ? *

- Oui
- Non

7- Avez-vous connaissance de l'utilisation des placebos impurs en médecine générale avant la réception de ce questionnaire ? *

- Oui
- Non

8- Quelle image avez-vous de l'utilisation des placebos impurs en médecine générale ? *

- Défavorable
- Peu favorable
- Favorable
- Très favorable

9- Croyez-vous en l'efficacité des placebos impurs pour soulager vos patients dans les affections bénignes virales des voies aériennes supérieures ? *

- Oui
- Non

10- Prescrivez-vous des placebos impurs dans les affections bénignes virales des voies aériennes supérieures dans votre pratique courante ? *

- Oui
- Non

Si oui, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'en prescrire dans cette situation clinique ?

- Très rarement
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

Si non, pour quelles raisons ?

- Parce que cela ne vous paraît pas éthique
- Parce que vous respectez les recommandations de bonnes pratiques
- Parce qu'ils ne sont pas remboursés et représentent pour vous une dépense inutile
- Parce que cela ne vous semble pas efficace
- Autre :

11- A votre avis, pour quelles raisons et à quelle fréquence est-on amené à prescrire des placebos impurs dans les affections bénignes virales des voies aériennes supérieures ? *

Jamais Parfois Souvent Toujours

A la demande directe du patient

Par empirisme et conviction personnelle de leur efficacité

Pour favoriser la relation médecin-malade en pensant répondre aux attentes de prescription médicamenteuse des patients

Par difficulté à laisser sortir le patient de consultation sans ordonnance médicamenteuse

Pour mettre plus rapidement fin à la consultation

Pour éviter l'automédication

Pour éviter la prescription de médicaments actifs pouvant être iatrogènes (par exemple: prescrire Maxilase pour éviter la prescription d'AINS)

12- Informez-vous vos patients que le traitement prescrit (par placebos impurs) n'a pas de support scientifique prouvé dans cette indication (affections bénignes virales des voies aériennes supérieures) ? *

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

13- Pensez-vous que les placebos impurs mériteraient d'être remboursés par la sécurité sociale ? *

- Oui
- Non

14- Cherchez-vous sciemment à susciter un effet placebo chez vos patients en leur prescrivant des placebos impurs ? *

- Oui
- Non

15- Votre attitude envers le patient (écoute, information, explications,...) vous semble-t-elle influencer la survenue de cet effet placebo ? *

- Oui
- Non

16- En consultation dans cette situation clinique (affections bénignes virales des voies aériennes supérieures), quelles stratégies cliniques mettez-vous en place pour obtenir une meilleure adhésion de vos patients et à quelle fréquence ? *

Une écoute attentive de l'histoire du patient et de ses attentes

La réalisation d'un examen clinique complet (incluant même des éléments non essentiels au diagnostic)

Une annonce claire du diagnostic établi

La réassurance du patient sur l'évolution spontanément favorable

**LES PLACEBOS IMPURS EN MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES AFFECTIONS
BÉNIGNES VIRALES DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES :
Enquête auprès de 170 médecins généralistes picards.**

RÉSUMÉ :

Introduction : Alors que les placebos impurs ne sont pas intégrés dans la formation hospitalo-universitaire, nous nous sommes intéressés à leur prescription dans une situation fréquente de médecine générale : les affections bénignes virales des voies aériennes supérieures (VAS).

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude quantitative à partir d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes picards afin de recueillir leur avis sur l'utilisation des placebos impurs dans cette situation clinique.

Résultats : 70,6% d'entre eux croyaient en leur efficacité pour soulager les symptômes des affections bénignes virales des VAS. 85,9% affirmaient même en prescrire dans cette situation clinique. Les médecins prescrivaient des placebos impurs pour répondre à la demande directe des patients en médicaments et pour limiter la prescription de molécules actives pouvant être iatrogènes. Le principal frein à la prescription était le risque d'une dépense inutile du fait de leur non remboursement. Une grande majorité des médecins avait conscience de l'importance de leur attitude, au cours de la consultation, pour susciter un effet placebo.

Discussion : Le placebo et l'effet placebo reflètent la qualité de la relation médecin-malade. Leur utilisation comme outil thérapeutique est éthique si elle améliore la communication entre eux et si elle témoigne d'une prise en charge globale du patient. L'écoute et l'empathie du médecin permettent d'augmenter la survenue de l'effet placebo, c'est l'effet médecin.

Conclusion : Une formation des médecins généralistes sur le placebo et son effet pourrait être intéressante afin d'améliorer la relation du colloque singulier et la prise en charge globale des patients.

Mots-clés : placebo impur, effet placebo, médecine générale, relation médecin-malade

**IMPURE PLACEBOS IN GENERAL PRACTICE IN BENIGN VIRAL INFECTION
OF THE UPPER RESPIRATORY TRACTS :
Survey with 170 picard general practitioners.**

ABSTRACT :

Introduction : Although impure placebos are not part of the university cursus, we studied their prescription in a usual general practice case : benign viral infections of the upper respiratory tracts.

Material and methods : We did a quantitative study based on a questionnaire sent to Picard general practitioners to collect their opinion on using placebos in this clinical case.

Results : 70,6% of them believed in their efficiency to calm down benign viral infections of upper respiratory tracts symptoms. 85,9% said they actually prescribed them in this clinical case. Physicians prescribed impure placebos to respond to their patient's demand and to avoid the use of active molecules which can be iatrogenic. Their use is restrained by the fact that patient have to pay for them. Most of the practitioners were aware of the importance of their behaviour in inducing placebo effect.

Discussion : The placebo and the placebo effect reflect the physician/patient's relationship quality. Their use as a therapeutic tool is ethical if it improves communication between them and if it is part of a global care. The general practitioner's ability to listen and empathy make better placebo effect, it is the doctor effect.

Conclusion : A medical training on placebos and their effect could be interesting in order to improve the singular colloquium relationship and global care of patients.

Keywords : impure placebo, placebo effect, general practice, doctor-patient relationship

