



HAL
open science

L'influence de l'esprit sur le corps dans la santé : comment le pharmacien d'officine peut-il influencer l'autosuggestion du patient ?

Manon Laphitz

► To cite this version:

Manon Laphitz. L'influence de l'esprit sur le corps dans la santé : comment le pharmacien d'officine peut-il influencer l'autosuggestion du patient ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02297107

HAL Id: dumas-02297107

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02297107>

Submitted on 25 Sep 2019

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.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2019

Thèse n°44

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement par

Manon LAPHITZ

Le 7 juin 2019 à Bordeaux

**L'INFLUENCE DE L'ESPRIT SUR LE CORPS DANS LA SANTÉ :
COMMENT LE PHARMACIEN D'OFFICINE PEUT-IL
INFLUENCER L'AUTOSUGGESTION DU PATIENT ?**

Directeur de thèse

Monsieur Arnaud COURTOIS

Jury

Pr J.-F. QUIGNARD, Professeur	Président du Jury
Dr A. COURTOIS, Maître de Conférences	Membre du Jury
Dr G. SAMMUT, Docteur en pharmacie	Membre du Jury

REMERCIEMENTS

À Monsieur Jean-François Quignard,

Merci de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse.

À Monsieur Arnaud Courtois,

Merci pour votre grande implication dans ce travail, pour votre disponibilité et le temps consacré aux différentes relectures. Merci également pour vos conseils qui ont toujours été pertinents et bienveillants.

À Monsieur Guillaume Sammut,

Merci de m'avoir permis de réaliser mon stage de fin d'études dans votre officine, de me donner toutes les cartes pour devenir un pharmacien d'officine qualifié et compétent, ainsi que d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

À mes parents,

Merci de m'avoir transmis cette éducation, inculqué vos valeurs et permis de réussir mes études de pharmacie. Tout au long de mon cursus, vous avez su m'encourager et me soutenir, ce qui me permet d'être là aujourd'hui. Merci aussi pour votre bienveillance et votre affection.

À mes sœurs, Élise et Léa,

Merci pour le trio que nous avons formé depuis presque vingt ans, ainsi que pour notre complicité et votre bonne humeur permanente.

À Adrien,

Merci pour ta présence, ton amour mais aussi ta patience quotidiens. Merci également pour ta confiance et ton soutien lors de projets personnels qui nous ont

éloignés quelques temps. Enfin, merci de ton aide pour la rédaction et la mise en forme de cette thèse. Tout simplement, merci d'être toi.

À ma famille,

Grands-parents, oncles et tantes, cousins et cousines, parrain et marraine, merci de m'avoir permis de m'épanouir dans la bonne humeur, merci pour tous ces moments partagés. Merci également pour votre soutien permanent. Un merci particulier à Jean, qui, de son œil d'instituteur, a sacrifié une partie de ses vacances pour relire et corriger cette thèse.

À Pascale et Max Dalier,

Merci de m'avoir permis de vivre une expérience extraordinaire à l'autre bout du monde, qui a été l'inspiration de cette thèse. Merci à vous quatre, avec Bruno et Elsa, de m'avoir intégrée dans votre famille, comme si j'avais toujours été votre « fille d'adoption ». Merci à Pascale de m'avoir encouragée tout au long de la rédaction de cette thèse et merci à Max d'avoir pris le temps de la relire et de la corriger. Un merci tout particulier à Elsa, ma « sœur d'adoption », pour notre complicité permanente, ton soutien, ta bonne humeur et ton optimisme. Merci d'avoir pris l'initiative de nous expatrier en Asie cet été 2018, trois mois que je n'oublierai jamais. Enfin, merci d'avoir été mon modèle et mon coach pour la rédaction de cette thèse.

À tous mes amis, du collègue à la fac,

Un grand merci à vous tous d'avoir toujours été présents, dans les bons comme les mauvais moments. Les projets ne peuvent voir le jour que lorsqu'on se sent aimé et soutenu, ce qui est mon cas aujourd'hui. J'espère que vous me donnerez des ailes encore longtemps.

À tous ceux qui ont pris le temps de répondre au questionnaire « Place du pharmacien dans la société », merci d'avoir contribué à la réalisation de ma thèse.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION	10
I. L'EFFET DE L'ESPRIT SUR LE CORPS	12
A. PREMIERES DECOUVERTES DU LIEN ENTRE LE CORPS ET L'ESPRIT	12
B. LES MALADIES PSYCHOSOMATIQUES	13
1) <i>Influence du psychique sur le physique... et inversement</i>	13
2) <i>Le syndrome général d'adaptation de l'organisme face au stress</i>	14
3) <i>Les différents symptômes</i>	17
4) <i>Diagnostic et prise en charge</i>	18
5) <i>Prévention des maladies psychosomatiques</i>	19
C. LES DEFENSES IMMUNITAIRES AMOINDRIES PAR LE STRESS PSYCHOLOGIQUE	20
D. LES HORMONES ET NEUROTRANSMETTEURS DU BIEN-ETRE : OXYTOCINE, ENDORPHINES, SEROTONINE	22
1) <i>Oxytocine</i>	22
2) <i>Dopamine</i>	24
3) <i>Sérotonine</i>	25
II. L'EFFET PLACEBO	28
A. HISTOIRE ET DEFINITIONS	28
1) <i>Histoire</i>	28
2) <i>Le placebo</i>	29
3) <i>L'effet placebo</i>	29
B. DIFFERENTS MECANISMES IMPLIQUES DANS L'EFFET PLACEBO	31
1) <i>Les mécanismes psychologiques</i>	31
· <i>La suggestion</i>	31
· <i>L'attente et la conviction</i>	32
· <i>Le conditionnement</i>	33
2) <i>Les mécanismes neurobiologiques</i>	34
· <i>Le système dopaminergique</i>	34
· <i>Le système des opioïdes endogènes</i>	35
3) <i>Les limites en terme de connaissance</i>	36

C.	QUANTIFICATION DE L'EFFET PLACEBO ET CHAMPS D'APPLICATION	36
1)	<i>Différentes méthodes d'évaluation de l'effet placebo</i>	36
2)	<i>Marqueurs biologiques prédictifs de la réponse au placebo</i>	38
3)	<i>Effet placebo et douleur</i>	38
4)	<i>Effet placebo et neuropsychologie</i>	40
5)	<i>Effet placebo et chirurgie</i>	42
6)	<i>Effet placebo et maladie de Parkinson</i>	45
D.	FACTEURS INFLUENÇANT L'EFFET PLACEBO	47
1)	<i>La pathologie</i>	47
2)	<i>Le produit</i>	48
·	<i>La forme galénique et la voie d'administration</i>	48
·	<i>La couleur</i>	48
·	<i>Le nom</i>	49
·	<i>Le goût</i>	49
·	<i>La taille</i>	50
·	<i>La dose</i>	50
·	<i>Le prix</i>	50
3)	<i>Le patient</i>	52
·	<i>Pas de profil-type</i>	52
·	<i>La représentation de la maladie</i>	52
·	<i>La représentation du médicament</i>	54
·	<i>L'expérience personnelle antérieure d'un produit</i>	55
·	<i>L'entourage du patient</i>	56
4)	<i>Les professionnels de santé</i>	56
·	<i>Se sentir malade</i>	56
·	<i>Chercher le soulagement</i>	58
·	<i>La rencontre patient-thérapeute</i>	60
·	<i>Recevoir le traitement thérapeutique</i>	61
E.	LIMITES DE L'EFFET PLACEBO	62
1)	<i>Un dilemme éthique</i>	62
2)	<i>Causes d'une mauvaise interprétation de l'effet placebo</i>	63
III.	DIFFERENTES ALTERNATIVES NON MEDICAMENTEUSES	66
A.	HYPNOSE	66
B.	MEDITATION	68
C.	SOPHROLOGIE	71

1)	<i>Pertinence de la sophrologie en hémodialyse</i>	72
2)	<i>Application clinique dans certains troubles de l'audition : les acouphènes</i>	73
D.	PRATIQUE SPORTIVE	78
1)	<i>Histoire de la prise de conscience de l'intérêt de l'activité physique</i>	79
2)	<i>Bienfaits de l'activité physique sur la santé</i>	81
3)	<i>Place actuelle du sport dans la prise en charge de la santé</i>	83
4)	<i>Prescription d'activité physique en France</i>	84
5)	<i>Étude locale : l'expérience de Biarritz Côte Basque Sport Santé</i>	85
E.	ZOOTHERAPIE	90
1)	<i>Les différents types d'interventions assistées par l'animal (IAA)</i>	91
2)	<i>Les pathologies mentales : exemple du trouble de stress post-traumatique (PTSD)</i>	93
3)	<i>L'autisme et l'équithérapie</i>	94
4)	<i>Les enfants hospitalisés</i>	97
5)	<i>Les intérêts de la présence d'un chien en EHPAD</i>	98
6)	<i>Limites de la zoothérapie</i>	102
F.	ART-THERAPIE	105
1)	<i>Art-thérapie en unité de soins palliatifs de Cébazat</i>	106
2)	<i>L'objet du diabète : sujet d'une création</i>	111
3)	<i>L'art-thérapie dans la dépression</i>	112
G.	RELATIONS HUMAINES	117
1)	<i>L'importance du lien social dans la santé des 55-85 ans</i>	117
2)	<i>Le pouvoir secret des amis : étude à Nicoya (Costa Rica)</i>	120
3)	<i>Lien entre les relations sociales et la composition de l'ADN</i>	121
4)	<i>Études mariés versus célibataires</i>	122
H.	RELIGION	123
1)	<i>La religion dans l'expérience du VIH</i>	126
2)	<i>La religion, facteur protecteur face aux tentatives de suicide ?</i>	128
IV.	COMMENT LE PHARMACIEN PEUT-IL INFLUENCER	
	L'AUTOSUGGESTION DU PATIENT ?	131
A.	PLACE ET IMAGE DU PHARMACIEN DANS LA SOCIÉTÉ	133
1)	<i>Place du pharmacien dans la société</i>	133
2)	<i>L'image du pharmacien, vue par la société</i>	135
B.	LA RELATION PHARMACIEN-PATIENT	138
1)	<i>Le choix du pharmacien</i>	138
2)	<i>Validation de l'ordonnance</i>	139

3) <i>L'optimisation thérapeutique</i>	141
C. L'EFFET PLACEBO A-T-IL SA PLACE DANS LA RELATION PATIENT-PHARMACIEN?	143
1) <i>Optimiser l'acte de dispensation pour renforcer l'effet placebo</i>	145
2) <i>L'écoute</i>	146
3) <i>La confidentialité</i>	147
4) <i>L'outil principal : la communication</i>	149
5) <i>La remise d'une trace écrite</i>	154
CONCLUSION	157
BIBLIOGRAPHIE	158

Liste des figures

Figure 1 : Syndrome Général d'Adaptation (SGA) selon Selye _____	15
Figure 2 : Les cinq dimensions des représentations de la maladie _____	53
Figure 3 : Les différentes étapes d'intégration et d'acceptation de la maladie _____	58
Figure 4 : Questionnaire d'évaluation du handicap lié aux acouphènes _____	77
Figure 5 : Protocole de prescription de l'activité physique selon Biarritz Côte Basque Sport Santé _____	87
Figure 6 : Proportion hommes/femmes des répondants au questionnaire "Place du pharmacien dans la société" _____	131
Figure 7 : Répartition des tranches d'âges des répondants au questionnaire "Place du pharmacien dans la société" _____	132
Figure 8 : Densité de population du lieu de vie des répondants au questionnaire "Place du pharmacien dans la société" _____	132
Figure 9 : Fréquence de visite à la pharmacie chez les répondants du questionnaire "place du pharmacien dans la société" _____	133
Figure 10 : Principaux motifs de visite à la pharmacie _____	134
Figure 11 : Taux de connaissance des différentes missions du pharmacien d'officine _____	135
Figure 12 : Taux de confiance en son pharmacien selon différents critères _____	136
Figure 13 : Degré d'importance des conseils donnés par le pharmacien en général _____	136
Figure 14 : Lors d'un conseil sur un produit, les patients préfèrent que le pharmacien... _	137
Figure 15 : Taux des personnes encouragées à prendre leur traitement si le pharmacien leur en explique l'intérêt _____	138
Figure 16 : Critères principaux pris en compte dans le choix de la pharmacie _____	139
Figure 17 : Place des différents facteurs intervenant dans l'effet placebo _____	145
Figure 18 : Éléments de communication non verbale _____	152
Figure 19 : Exemple de plan de posologie des médicaments [122] _____	155

Liste des tableaux

<i>Tableau 1 : Évolution du THI après 5 ou 6 séances de sophrologie dans la prise en charge des troubles acouphéniques</i>	74
<i>Tableau 2 : Effets et bénéfices de l'activité physique et sportive sur la santé</i>	82
<i>Tableau 3 : Les différents outils de communication à disposition du pharmacien d'officine</i>	151

INTRODUCTION

Suite à l'augmentation croissante de la méfiance vis-à-vis des traitements conventionnels, beaucoup se tournent vers des médecines traditionnelles ou alternatives. Mais nous verrons que l'esprit est, à lui seul, déjà très impliqué dans la maladie et dans la guérison. De nombreuses médecines alternatives reposent sur la persuasion et la conviction de l'esprit, avec une efficacité non prouvée cliniquement mais des résultats positifs souvent inattendus.

D'autres patients sont à la recherche d'une prise en charge complémentaire lorsqu'ils se sentent condamnés ou qu'ils jugent leur prise en charge insuffisante, notamment dans le cas d'une douleur chronique.

Il est indispensable de déceler et d'être informé sur ces thérapies alternatives non conventionnelles, afin de distinguer les thérapies « de confort », qui peuvent rassurer le patient, des thérapies « à risque », qui seront néfastes pour patient tant sur le plan physiologique, qu'économique ou même d'emprise psychologique. Le pharmacien d'officine a un rôle à jouer dans cet accompagnement du patient.

Dans une première partie, nous étudierons les effets de l'esprit sur le corps, l'impact des maladies psychosomatiques, le rôle du stress psychologique dans la baisse des défenses immunitaires, ainsi que les différentes hormones impliquées dans le bien-être.

Nous consacrerons la deuxième partie à l'effet placebo, en commençant par son origine et les différents mécanismes qu'il implique, en continuant par sa quantification, ses champs d'application et les différents facteurs pouvant l'influencer, et enfin nous verrons les limites qu'il représente.

La troisième partie traitera différentes alternatives non médicamenteuses, telles que l'hypnose, la méditation, la sophrologie, la pratique sportive, la zoothérapie et l'art-thérapie. Nous consacrerons également une petite partie sur les relations

humaines et la religion, qui peuvent être bénéfiques ou néfastes en fonction de l'usage que l'on en fait.

Enfin, nous analyserons les différents éléments à disposition du pharmacien afin d'influencer positivement l'autosuggestion du patient. En fonction de l'image et de la place du pharmacien dans la société, ainsi que de sa relation avec les patients, nous interrogerons sur la place de l'effet placebo dans la relation entre patient et pharmacien.

I. L'effet de l'esprit sur le corps

A. Premières découvertes du lien entre le corps et l'esprit

Les premiers liens sérieux entre le corps et l'esprit ont été établis par Ivan Pavlov, prix Nobel de médecine en 1904, qui a mis en évidence les réflexes conditionnés. Pour cela, il a conditionné un animal en associant un son de cloche et son repas. Au bout de quelques semaines, son système digestif s'activait uniquement suite au son de cloche, même sans prise alimentaire. [1] Cette découverte majeure a permis d'élucider des dizaines d'observations et de symptômes médicaux jusqu'alors inexpliqués. Par exemple, certains patients allergiques à des animaux ou à des plantes pouvaient déclencher une réaction allergique face à la simple vue d'une photographie de l'être allergisant. Ce fut la première démonstration d'un lien entre le psychisme, le système immunitaire et le système hormonal.

Après plus de cinquante ans, Robert Ader et Nicolas Cohen ont établi un schéma psychobiologique plus précis en 1970. Ils ont nourri des rats avec de l'eau fortement sucrée, associée à un médicament immunosuppresseur toxique, mortel en quelques semaines d'administration régulière. Lorsqu'au milieu de l'expérience, ils ont laissé l'eau sucrée sans le médicament toxique, le rat finissait tout de même par mourir. Son organisme agissait comme s'il pensait ingérer du poison en buvant cette eau sucrée. Les deux chercheurs ont ainsi mis en évidence un lien étroit entre le système nerveux et le système immunitaire.

Peu après, David Felten démontra l'existence de connections nerveuses reliées directement au tissu lymphoïde immunitaire. Le lien entre le psychisme et l'immunité reposait donc sur le système nerveux. Cette impulsion scientifique fut baptisée psycho-neuro-immunologie par Ader.

C'est ainsi qu'on a compris que les excès de pressions nerveuses accumulées conduisent à une fatigue psychique et physique sur le long terme, qui peut provoquer le développement de maladies dégénératives. Ce processus est évidemment progressif. Il débute par l'affaiblissement d'organes ciblés tels que les glandes surrénales et le thymus. Ceci induit une baisse de l'activité immunitaire (locale ou générale) qui favorise l'apparition de troubles tels que les maladies auto-immunes ou maladies dégénératives.

Au-delà des conséquences vitales, l'épuisement nerveux et psychique entraîne la diminution de la lucidité quotidienne à moyen terme. On retrouve alors des altérations du moral et de l'humeur qui peuvent aller jusqu'à la dépression.

Sans aller jusque-là, chacun a déjà expérimenté le lien entre le corps et l'esprit. En effet, qui n'a jamais pâli ou rougi face à certains événements ou pensées ? Qui n'a jamais senti son cœur accélérer ou eu le souffle coupé ? Toutes ces petites réactions sont intégrées dans notre vie quotidienne et représentent bien les réactions psychosomatiques.

B. Les maladies psychosomatiques

1) Influence du psychique sur le physique... et inversement

On parle de maladie psychosomatique dès lors qu'aucune cause organique n'a été trouvée. Plusieurs affections peuvent ainsi être provoquées voire aggravées par un trop-plein émotionnel lié à l'angoisse, au deuil ou encore au stress. [2]

Les maladies psychosomatiques résultent d'une interaction entre le système nerveux et le système immunitaire. Dès qu'un événement influe sur le moral, celui-ci est bouleversé et génère des signaux physiques. Par exemple, une déception affective telle que la séparation amoureuse ou la perte d'un objet de grande valeur sentimentale, ou encore le deuil, entraînent un état de tristesse, de nostalgie ou encore de colère sur le psychique. De même, en cas de forte émotion lors d'une

surprise ou d'un instant de peur, le rythme du cœur s'accélère ; il bat de plus en plus fort.

Le corps, lui, est soumis à des troubles somatiques tels que des malaises, des troubles du sommeil, une perte d'appétit, des douleurs, etc. Néanmoins, chaque organisme a une réaction qui lui est propre face aux angoisses internes et aux tensions extérieures. Lorsque ces troubles sont passagers, l'esprit parvient à maîtriser la situation et à rétablir l'équilibre sans que le physique n'en pâtisse. Au contraire, les problèmes personnels ou professionnels qui durent sur le long terme affectent le moral, qui ne parvient plus à instaurer les mécanismes de défense. L'organisme va alors émettre des signaux de détresse qui peuvent aller du simple malaise à l'apparition ou l'aggravation d'une pathologie. Il s'agit là d'une maladie psychosomatique.

À l'inverse, les maladies organiques influencent le moral, c'est-à-dire que la désorganisation somatique qu'elles engendrent peut également affecter le psychique. Par exemple, l'annonce et la prise en charge d'un cancer provoquent souvent de l'anxiété qui peut aller jusqu'à la dépression.

Un cercle vicieux entre la maladie organique et les troubles psychiques est alors instauré et chaque médecin intervenant dans la prise en charge doit le prendre en compte. En effet, ressentir des émotions négatives aggraverait environ 90% de toutes les maladies, tandis que 50% des maladies traitées par les médecins seraient d'origine psychosomatique.

2) Le syndrome général d'adaptation de l'organisme face au stress

Le corps et l'esprit sont en constante interaction et ne peuvent se détacher l'un de l'autre. Le mécanisme d'action général de l'influence de l'esprit sur le corps a été compris grâce à des recherches en psycho-neuro-immunologie. Les conclusions tirées de ces recherches sont que le trop-plein émotionnel du système nerveux entraîne la

production d'hormones corticoïdes, qui diminuent les défenses immunitaires de l'organisme. Le corps devient ainsi vulnérable à diverses affections.

Le principal facteur psychique qui favorise ou déclenche une maladie psychosomatique est le stress. Selye a étudié cette composante et a développé le stress en trois phases consécutives, durant lesquelles l'organisme s'efforce de s'adapter aux agressions qui lui sont imposées. (Figure 1) [3]

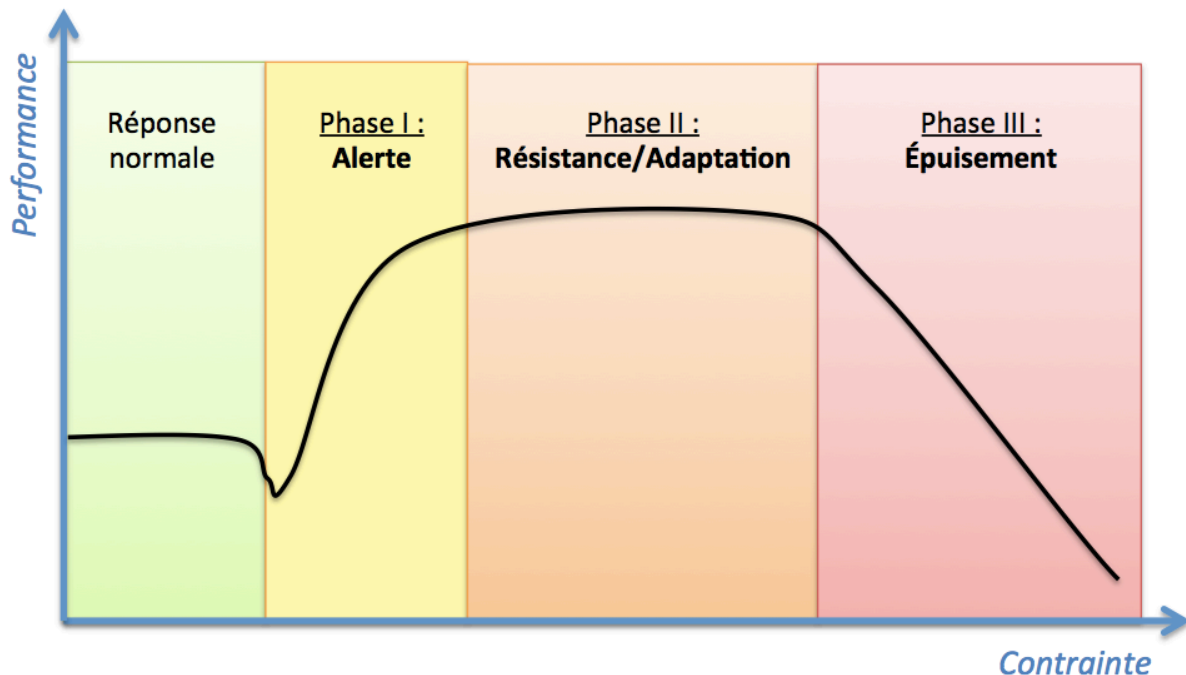


Figure 1 : Syndrome Général d'Adaptation (SGA) selon Selye

↳ Phase d'alarme ou d'alerte

Cette phase comprend l'ensemble des phénomènes généraux non spécifiques, provoqués par l'exposition soudaine de l'organisme à un stressor, auquel il n'est pas adapté. Il peut s'agir, par exemple, d'une charge de travail trop importante dans un délai court, ou l'annonce d'une maladie d'un proche. La première partie de la phase d'alarme correspond au choc, à l'état de surprise face à l'agression soudaine. Plusieurs symptômes traduisent l'état de souffrance générale de l'organisme : tachycardie, augmentation du tonus musculaire, hypotension, hypothermie,

dilatation des pupilles, etc. Cette phase de choc dure de quelques minutes à vingt-quatre heures. Elle est généralement suivie du contre-choc.

Afin de contrer la phase de choc, l'organisme développe des moyens de défense active tels que l'élévation de la température, l'augmentation du volume plasmatique ou encore l'augmentation de la diurèse. Selye a également remarqué une hyperactivité du cortex surrénal et de l'adénohypophyse. Si les stimuli dus au stress ne diminuent pas, l'organisme entrera en phase de résistance.

↳ Phase de résistance ou d'adaptation

Elle définit l'ensemble des réactions non spécifiques provoquées par l'exposition prolongée de l'organisme à des stimuli nocifs, auxquels il s'est adapté au cours de la seconde phase d'alarme. Les manifestations physiologiques, dues à la situation stressante, s'atténuent en s'habituant à l'environnement stressant. L'organisme parvient ainsi à faire face à la prolongation de la situation stressante. Cependant, si les stimuli persistent, l'organisme atteindra une phase d'épuisement.

↳ Phase d'épuisement

Elle comprend l'ensemble des réactions non spécifiques qui caractérise l'instant à partir duquel l'organisme ne parvient plus à s'adapter aux stimuli auxquels il est soumis. Les manifestations de la phase de choc reviennent et l'emportent sur les manifestations de défense active. La capacité de résistance diminue et les affections de l'organisme prennent le dessus, et peuvent même entraîner la mort. Ce phénomène a été constaté sur des animaux, suite à la destruction de leurs glandes surrénales.

L'esprit arrive ainsi à instaurer un système de défense capable de limiter, voire d'éviter, l'impact du stress sur l'organisme. Cependant, lorsque l'angoisse n'est pas clairement définie, il s'agit d'un stress inconscient, qui entraîne la somatisation par le corps et provoque de nombreuses maladies.

3) Les différents symptômes

Les symptômes dus à l'angoisse interne ou aux tensions externes sur l'organisme varient évidemment d'un individu à l'autre. Pour certains et selon l'intensité des stimuli, les effets se limitent au psychique : délire, panique, phobie, dépression ou décompensation psychotique. Dans d'autres cas, les troubles peuvent devenir somatiques et fonctionnels avec des maladies organiques. Il n'existe pas de liste exhaustive des maladies psychosomatiques. Cependant, les plus courantes restent les céphalées, les eczémas, les colopathies, les coliques idiopathiques, les asthmes et les coronaropathies. Les symptômes qui en découlent sont variés chez un même individu et entre les différents organismes :

- ☞ Le stress, l'angoisse, l'émotivité et la contrariété provoquent des maladies cutanées, telles que les aphtes, les herpès naso-labiaux, une chute de cheveux, du psoriasis, des verrues ou encore des dartres.
- ☞ Un pic d'adrénaline peut provoquer une hypertension artérielle ou une migraine. Elle augmente également le risque d'infarctus du myocarde.
- ☞ La névrose cible généralement le foie, le côlon et les intestins, entraînant des troubles gastro-intestinaux. On retrouve parmi eux : le syndrome du côlon irritable, la colopathie fonctionnelle, le ballonnement, la constipation et le reflux gastrique.
- ☞ Certains sujets expriment leurs dérèglements émotifs par des troubles alimentaires, comme la boulimie, l'obésité ou l'anorexie.
- ☞ Le mal-être et le stress permanent chez un enfant sont extériorisés par des retards de croissance, un asthme précoce ou de l'eczéma. On retrouve également des insomnies ou un dérèglement du sommeil, une anorexie mentale chez le nourrisson, ou des vomissements.

Cette liste n'est pas exhaustive et une même difficulté psychique peut entraîner des troubles totalement différents en fonction de l'individu. Il est à noter que le diagnostic d'une maladie psychosomatique pour ces types d'affections ne peut être posé qu'en l'absence de causes organiques. Par exemple, un ulcère de l'estomac ne peut pas être considéré comme maladie psychosomatique puisqu'il est dû à *Helicobacter pylori*, qui est une bactérie de la poche gastrique.

4) Diagnostic et prise en charge

Afin de conclure à un diagnostic de maladie psychosomatique, le médecin procède de la même manière que pour une maladie classique. Il abordera un entretien au cours duquel il pourra déterminer l'origine du trouble : une cause psychique (anxiété, émotivité, angoisse, surmenage) ou somatique (détérioration d'un organe, présence d'un virus ou d'une bactérie, etc.). Après un traitement de première intention, si la maladie est toujours présente, le médecin prescrira des examens plus approfondis, tels qu'une endoscopie, une échographie abdominale, un électrocardiogramme, etc. Si le diagnostic d'une maladie psychosomatique vient à être posé, le patient bénéficiera d'une double prise en charge : un traitement médicamenteux afin d'atténuer la crise, accompagné d'une psychothérapie qui permettra de traiter la cause, en rééquilibrant l'homéostasie psychique. Cette prise en charge permettra au psychique de développer des ressources, en dénouant l'emprise des émotions enfouies, afin de réguler lui-même les tensions. Le traitement médicamenteux agira sur les symptômes, pendant que la psychothérapie traitera la cause et évitera les récurrences de la maladie.

Comme nous le verrons dans la partie trois, cette prise en charge peut inclure différentes médecines alternatives telles que l'hypnose, l'acupuncture, la sophrologie, l'art-thérapie, etc.

5) Prévention des maladies psychosomatiques

Afin de prévenir les maladies psychosomatiques, il est nécessaire d'agir sur la cause et donc d'apprendre à maîtriser son stress et à canaliser ses angoisses, pour permettre à l'organisme de mettre en place un système de défense capable d'éviter la somatisation. Les principales précautions reposeront sur les règles hygiéno-diététiques. Afin d'évacuer toute forme de stress, il est important de pratiquer une activité physique régulière, quelle qu'elle soit. Ce temps consacré au dépassement de soi et au lâcher-prise mental permet de maintenir un esprit sain dans un corps sain. Cette activité permet également de lutter contre bon nombre d'affections. Il est également conseillé de respecter un équilibre alimentaire, et de modérer les consommations de café, d'alcool et de tabac.

Une autre composante importante dans la prévention des maladies psychosomatiques est un sommeil de qualité, en quantité suffisante. L'épuisement physique est atténué, voire réparé, par la phase de sommeil profond au début de la nuit. En contrepartie, la phase de sommeil paradoxal permet à l'inconscient de faire le point, organiser et équilibrer les émotions ressenties au cours de la journée. On peut également conseiller de faire une petite sieste afin de couper la journée et soulager la fatigue nerveuse, se détendre et booster les défenses immunitaires en inhibant les agressions microbiennes et virales.

Enfin, il est indispensable de participer à des activités ludiques (tels que des jeux, de la lecture, du tricot) afin d'occuper son esprit à autre chose et abandonner la charge mentale durant ce petit temps de répit. Il est également conseillé de pratiquer des activités liées au bien-être qui limiteront le trop-plein émotionnel : sauna, massages, exercices de relaxation par le yoga ou le stretching, etc.

C. Les défenses immunitaires amoindries par le stress psychologique

Le système immunitaire est susceptible d'être perturbé par divers facteurs de stress physiques et psychologiques. Pour la plupart, les facteurs de stress aigus peuvent améliorer les paramètres immunitaires innés et adaptatifs, tandis que les facteurs de stress relativement intenses ou chroniques peuvent produire une immunosuppression. Ceci est l'interprétation de certaines constatations mais ne constitue pas toujours un principe établi.

Des études abouties suggèrent que des signaux de communication entre le système nerveux central, le système endocrinien et le système immunitaire sont nécessaires pour une réponse optimale aux événements de stress aigu. En effet, ces systèmes complexes interagissent les uns avec les autres. Divers facteurs de stress peuvent affecter la circulation et l'activité des cellules du système immunitaire, via des interventions neuronales directes des systèmes sympathique, parasympathique et peptidergique, ou via la libération de médiateurs neuroendocriniens.

Le stress affecte les fonctions immunitaires périphériques principalement par les voies neuronales hypothalamo-hypophyso-surrénaliennne et médullaire sympatho-surrénaliennne, qui induisent la libération de médiateurs majeurs, tels que les hormones du stress. La production d'hormones adrénocorticotropes par l'hypophyse entraîne la production d'hormones glucocorticoïdes et de catécholamines. Comme les leucocytes ont des récepteurs pour ces hormones de stress (acétylcholine, noradrénaline et cortisol), les voies de signalisation intracellulaires peuvent être modulées par la liaison de ces hormones à leurs récepteurs respectifs. De plus, les cellules nerveuses peuvent produire de la noradrénaline, qui peut également moduler la fonction des cellules immunitaires en liant son récepteur à la surface des cellules immunitaires au sein d'organes lymphoïdes. Ces interactions sont bidirectionnelles: les cytokines produites par les

cellules immunitaires, telles que l'IL-1, peuvent moduler la production d'hormone de libération de la corticotropine (CRH) par l'hypothalamus. Par conséquent, une dérégulation de l'interaction endocrinienne du système nerveux central peut avoir un impact sur les réponses immunitaires. En médecine et en biologie, le stress pourrait être défini comme les réponses physiologiques d'un organisme soumis à une ou plusieurs contraintes. Le stress peut être motivé par des facteurs psychologiques ou physiques, appelés facteurs de stress, qui sont classés en fonction de la durée et de l'évolution du stimulus (discret ou continu). [4]

Les facteurs de stress de la vie, tels que les conflits conjugaux, les étudiants soumis aux examens, les aidants de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de démence, la douleur après une intervention chirurgicale et les agents de stress psychologiques (dépression, solitude) sont les plus étudiés. Un lien a été établi entre dérégulation du système immunitaire et le stress. Il est donc concevable qu'un agent de stress extérieur puisse créer une synergie avec le défaut immunitaire d'un système déjà sénescence.

Une étude a prouvé que la longueur des télomères est plus courte chez les mères qui s'occupent d'enfants gravement handicapés (souffrant de stress psychologique chronique) que chez les femmes de même âge sans stress. [5] Étant donné que le vieillissement est associé à une dérégulation naturelle des cellules immunitaires, le stress chronique peut amplifier l'immunosénescence et peut être considéré comme un facteur conduisant à la vulnérabilité des personnes âgées aux maladies liées à l'âge.

En résumé, il a été démontré que les facteurs de stress chroniques peuvent influencer sur les réponses aux agents pathogènes infectieux (comme la réactivation d'herpès virus latent), limiter l'efficacité des rappels des vaccins [6] et peuvent ralentir la cicatrisation des plaies. De plus, les événements stressants et la détresse immunitaire associée entraînent également une augmentation de la production de cytokines pro-

inflammatoires, associée à une fragilité liée à l'âge, des maladies cardiovasculaires et de l'ostéoporose.

D. Les hormones et neurotransmetteurs du bien-être : ocytocine, endorphines, sérotonine

1) Ocytocine

Bien connue pour ses effets utérotoniques lors de l'accouchement et dans la stimulation de la lactation durant la période d'allaitement, l'ocytocine est également impliquée dans divers mécanismes de régulation corporelle, tels que la natriurèse, les sécrétions d'insuline et de glucagon, la thermorégulation, la dépense énergétique, le remodelage osseux et le fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. [7] Mais l'ocytocine joue également un rôle comportemental : contrôle des réponses au stress, perception de la douleur, attachement socio-affectif, développement de la confiance et empathie. [8]

L'ocytocine qui nous intéresse ici n'est donc pas l'ocytocine en tant qu'hormone mais bien en tant que neuromédiateur, également nommée ocytocine intracérébrale, qui joue un rôle dans les émotions et les comportements. Elle est synthétisée dans les noyaux supra-optiques et para-ventriculaires de l'hypothalamus, et libérée par la neurohypophyse en réponse à de nombreux stimuli. Ses récepteurs se trouvent dans l'ensemble du cerveau, en particulier dans le système limbique et l'amygdale. Elle pourrait avoir une action inhibitrice sur l'amygdale cérébrale, organe de la peur, via le système gaba-ergique. [9] Cependant, elle activerait le système dopaminergique de récompense mésolimbique. [10] La sécrétion d'ocytocine est inhibée par la morphine et les opiacés [11] et est stimulée par le MDMA (amphétamine), augmentant ainsi la sociabilité via les récepteurs sérotoninergiques 5-HT1a. [12]

Il existe diverses applications cliniques aux effets de l'ocytocine sur le changement de comportement.

- L'autisme : des taux abaissés d'ocytocine ont été mesurés chez des patients atteints d'autisme, ce qui pourrait être dû à des anomalies de sa synthèse à partir de ses précurseurs. [13] Dans une étude portant sur treize patients autistes, il a été mis en évidence l'effet positif d'un supplément d'ocytocine sur le temps passé à regarder les yeux d'un interlocuteur, ainsi que sur les interactions avec les partenaires d'un jeu de balle fictif et de la confiance envers eux. [14] De même, la prise d'ocytocine chez quinze adultes, atteints d'un autisme ou d'un syndrome d'Asperger, a montré une amélioration dans la compréhension de la teneur émotionnelle d'un message : joyeux, indifférent ou exprimant de la colère. [15] Une diminution de comportements répétitifs a également été observée : besoin de demander, de toucher, de se blesser. [16]
- La schizophrénie : une étude portant sur onze patients a montré que l'injection d'ocytocine, en plus d'une action antipsychotique, entraînait une diminution de certains symptômes déficitaires, notamment liés au dysfonctionnement social. [17] Une autre étude, chez trente patients atteints de schizophrénie, a montré une diminution de la capacité à reconnaître des émotions, améliorée par l'administration d'ocytocine. [18] Une troisième étude, chez quinze patients sous neuroleptiques avec des symptômes résiduels, a montré une amélioration clinique globale après trois semaines de traitement avec 20 UI (Unités Internationales) d'ocytocine deux fois par jour la première semaine, puis 40 UI d'ocytocine deux fois par jour les deux semaines suivantes. [19]
- La dépression : cette pathologie est caractérisée par des taux de cortisol et de vasopressine élevés, contrairement au taux d'ocytocine qui varie de façon inverse. [20] En effet, il a été prouvé qu'il y avait une corrélation inverse entre les taux d'ocytocine et la gravité de l'anxiété chez les patients atteints de

dépression sévère. [21] De même, une diminution des taux sériques d'ocytocine a été mesurée pendant la grossesse, chez des patientes à risque de développer une dépression post-partum, et pourrait constituer un marqueur biologique de cette affection. [22] Une autre étude, portant sur quatre-vingt-dix sujets, a montré des taux d'ocytocine abaissés chez les sujets présentant un score élevé de stress précoce dans leur vie et des traits anxieux. [23]

2) Dopamine

La dopamine est principalement impliquée dans le « circuit de la récompense », susceptible de déclencher un mécanisme de dépendance. Ce circuit de la récompense est composé du cortex préfrontal, de l'hippocampe, de l'amygdale, du septum et du noyau accumbens. [24] Cependant, c'est l'hypothalamus qui a un rôle crucial dans les sensations de satisfaction car il est fortement impliqué dans les fonctions indispensables au maintien de l'espèce, telles que la faim, la soif et la sexualité. L'aire tegmentale ventrale sert de point de départ des axones dopaminergiques impliqués dans les structures du circuit de la dépendance.

Des études ont montré qu'un morceau de pomme active chez le singe les neurones de l'aire tegmentale, tandis que chez un chat habitué à son environnement, la même réaction est obtenue lors de l'ouverture de la porte qui annonce l'arrivée de la nourriture. Au fur et à mesure, la libération de dopamine s'accompagne d'un changement de comportement de l'animal destiné à atteindre la récompense. Les neurones dopaminergiques deviennent alors davantage réactifs à la signification du signal qu'au signal lui-même. Initialement, les neurones dopaminergiques sont activés par des caractéristiques primaires de la récompense, telles que la texture, le goût, la forme, l'odeur. Celles-ci sont progressivement associées à divers signaux de l'environnement. Après le conditionnement, l'unique présence du signal entraînera une libération de dopamine, qui en retour déclenchera un comportement adapté à l'obtention de la récompense.

Reprenons l'exemple du singe. Les premières séances, il reçoit de façon aléatoire une petite quantité de jus de pomme, ce qui permet l'activation de ses neurones dopaminergiques. Dans un second temps, un signal lumineux rouge précède l'arrivée de la récompense ; l'activation des neurones dopaminergiques se synchronise alors avec le signal lumineux et non plus avec la récompense. La libération de dopamine dépasse alors le niveau de base lorsque le signal précurseur apparaît, et retombe au niveau initial lors de la récompense. En revanche, si la récompense n'est pas obtenue, l'activité neuronale décroît en-dessous du niveau de base. Cette baisse d'activité est associée au mal-être. C'est ainsi que le mécanisme de dépendance s'installe.

Quotidiennement, nous sommes soumis à cette fluctuation d'activité des neurones dopaminergiques. Celle-ci se mesure en secondes et n'affecte pas leur cinétique. En revanche, les sujets de dépendance tels que les drogues, agissent directement sur les neurones dopaminergiques durant des dizaines de minutes, ce qui perturbe la cinétique naturelle. Pendant ce délai, tout élément environnemental ou sensation psychique pourra être associé à la récompense. Ces associations pourront perdurer des mois, voire des années, entraînant ainsi un phénomène de dépendance sur le long terme.

Il existe de nombreuses causes de dépendance ou d'addiction : tabac, cannabis, drogues, caféine, médicaments, jeux vidéos/de hasard, alimentation, sport, travail, achats compulsifs, etc.

3) Sérotonine

La sérotonine résulte de la conversion biochimique du tryptophane, qui est un acide aminé essentiel. Produite principalement dans l'intestin par les cellules entérochromaffines (95%), on la retrouve également dans les plaquettes et le système nerveux central, dans lequel elle joue le rôle de neurotransmetteur – c'est-à-dire qu'elle permet aux neurones de communiquer entre eux. [25] Ses rôles sont variés :

elle intervient dans la régulation du cycle veille-sommeil, de la douleur, des mécanismes d'inflammation, mais aussi dans l'humeur, l'anxiété et les comportements alimentaires et sexuels. Elle serait également impliquée dans l'apprentissage et la mémoire. Elle agit dans divers processus : en tant que médiateur local dans le processus d'inflammation par exemple, mais aussi en tant que vasoconstricteur, ou en inhibant l'action d'autres neurotransmetteurs tout comme la dopamine que nous venons de voir.

La sérotonine, telle que nous l'entendons le plus souvent, renvoie à la sérotonine produite par le cerveau, ce qui correspond à seulement 3 à 5% de la quantité totale. Sa production a lieu dans des neurones spécialisés dont les corps cellulaires se trouvent dans le raphé, une région du tronc cérébral. Ces neurones envoient des axones et collatérales dans l'ensemble du système nerveux central (cerveau, cervelet et moelle épinière). La barrière hémato-encéphalique empêche tout transfert de sérotonine entre le système nerveux et la périphérie.

Cette sérotonine cérébrale agit en diminuant l'action d'autres neurones, soit directement en bloquant son activité, soit indirectement en excitant des neurones inhibiteurs. Par exemple, les neurones sérotoninergiques inhibent les neurones dopaminergiques dans le striatum.

Une fois libérés, les neurones ayant sécrété la sérotonine peuvent la recapter, sinon elle sera dégradée puis éliminée dans les urines.

Ce neurotransmetteur est impliqué dans l'impulsivité, la migraine et la dépression. En effet, elle est souvent surnommée « hormone du bonheur » du fait de son rôle supposé de la régulation de l'humeur. Une classe d'antidépresseurs repose sur l'augmentation de la sérotonine dans l'espace extracellulaire : les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS). En bloquant sa recapture par les neurones du raphé, le taux de sérotonine augmente dans l'espace extracellulaire et s'opposerait au déficit présumé dans le cerveau des déprimés.

De même, la sérotonine inhibe de nombreuses régions du cerveau, qui sont à l'inverse désinhibées lorsqu'il y a un déficit du neurotransmetteur. Cela peut alors entraîner des comportements agressifs ou impulsifs.

Ainsi, il est important de contrôler le taux de sérotonine dans les valeurs recommandées (0,10-1,50 $\mu\text{mol/L}$ de sang total) afin de ressentir un sentiment de bien-être et de plénitude. La pratique régulière d'une activité physique augmenterait la sécrétion naturelle de sérotonine.

II. L'effet placebo

Durant les siècles précédant la médecine scientifique, les patients étaient traités avec des milliers de substances aussi bizarres que médicalement inefficaces, et avec de nombreuses manœuvres de soins (purgations, saignées, etc.). [26] Ces traitements étaient basés sur la croyance en leur pouvoir de guérison, renforcée par de réelles améliorations cliniques.

Aujourd'hui, il persiste beaucoup d'agents dénués de propriétés curatives, regroupées sous le terme de médecines alternatives ou parallèles, et qui ont pourtant des effets « thérapeutiques ».

A. Histoire et définitions

1) Histoire

L'histoire du placebo s'est construite sur un grand nombre de quiproquo, et ce dès son origine. À la fin du IV^{ème} siècle, Jérôme de Stridon, chargé par le Vatican de la version de la Bible grecque en latin, fit une erreur à la ligne 9 du psaume 16 ; il écrit *Placebo Domino* « je plairai au Seigneur » à la place de *Ambulabo coram Domino* « je marcherai devant le Seigneur ». [27] Nous devrions ainsi parler d'effet « ambulado » et non d'effet « placebo ».

Au XIII^{ème} siècle, le mot Placebo devint péjoratif et désignait les flatteurs ou vantards, qui cherchaient à plaire par tous les moyens. [28] On le retrouve dans la littérature française chez Molière ou dans la Satyre Ménipée, mais également dans la littérature anglo-saxonne dans les contes de Canterbury où le courtier sycophante de Chaucer se nomme Placebo.

L'idée d'administrer un produit inactif et trompeur pour contrôler une manifestation clinique douteuse est née au XVI^{ème} siècle. Afin d'éviter les exorcismes abusifs, on présentait aux individus avec des signes douteux de possession diabolique, de fausses reliques ou reliques placebos. Si leur réaction était

la même qu'à la vue des vraies reliques, alors leurs convulsions étaient l'œuvre de leur imagination et non dues au Malin. [27]

Selon le Hooper's Medical Dictionary au XIX^{ème} siècle, le terme « placebo » se rapportait à toute médication prescrite davantage pour satisfaire le patient que pour lui être utile. [29] À la fin du XIX^{ème} siècle, le placebo en tant que chimiquement inerte apparaît.

En 1958, Marcel Garnier et Valery Delamare en donnent une définition dans le Dictionnaire des termes techniques de médecine : « nom donné par les auteurs anglo-saxons à des préparations pharmaceutiques (pilules, cachets, potions, etc.) dépourvues de tout principe actif et ne contenant que des produits inertes. Elles sont prescrites dans un but psychothérapeutique, ou pour juger, par comparaison et en éliminant le facteur psychique, l'action réelle des médicaments présentés sous une forme identique, avec lesquels on les fait alterner à l'insu du malade ». [30]

2) Le placebo

Le terme placebo vient du verbe latin *placere* (plaire) à la première personne du singulier de l'indicatif futur – je plairai. [31]. Le placebo pur désigne une substance pharmacologiquement inerte administrée dans un contexte thérapeutique. Son usage est exceptionnel, principalement réservé aux essais cliniques. Un placebo impur est un médicament qui contient un ou plusieurs principes actifs dont l'efficacité est variable et douteuse, mais qui est encore utilisé en médecine. Le placebo peut être impur par une activité spécifique non démontrée, comme l'homéopathie, ou par une indication détournée, telle que la vitamine C dont l'efficacité a été démontrée dans le scorbut mais qui est aujourd'hui largement utilisée contre la fatigue ou la grippe. [32]

3) L'effet placebo

L'effet placebo représente l'écart entre l'effet thérapeutique attendu d'un médicament et l'effet réellement observé. Prenons l'exemple des antidépresseurs

agissant au bout de trois à six semaines qui voient leurs premiers effets apparaître au bout de deux ou trois jours. Il en est de même pour un antibiotique qui supprimerait la fièvre dès la première prise. [33]

À l'inverse, l'effet nocebo (du latin nocere – déplaire) est défini par tout symptôme ou modification physiologique indésirables induits par la prise d'une substance inerte chimiquement inactive, que le patient croit être un médicament actif. Il s'agit très souvent de troubles fonctionnels non graves, tels que des céphalées, somnolence, insomnie, nausées, diarrhée ou prurit. [32]

Il faut bien distinguer l'effet placebo de l'évolution naturelle de la maladie, ce qui n'est pas toujours facile à opérer. Heureusement, la plupart des affections guérissent spontanément ; donc ce n'est pas toujours grâce au médicament administré que la maladie a disparu.

Une étude regroupant 1082 patients présentant des douleurs extrêmement variées a montré que l'antalgique placebo était efficace dans 35,2% des cas en moyenne, dans une fourchette de 4 à 86%. Étonnamment, ce sont les douleurs organiques et les plus inquiétantes, type angine de poitrine, qui ont ressenti la meilleure efficacité. Les sujets souffrant d'une douleur expérimentale déclenchée en laboratoire (sujets sains à la base) ont moins ressenti l'effet antalgique. Ceci s'explique par l'un des principaux moteurs de l'effet placebo qui est l'attente du sujet : le sujet sain, sachant que sa douleur est expérimentale, a moins de motivation à confier à la stratégie placebo que le sujet malade qui souffre d'un mal plus ou moins bien contrôlé, et surtout très angoissant. [34]

À la fin des années cinquante, une étude a montré que le médecin est un vecteur sensible de l'effet placebo : un placebo contre l'asthme administré par un médecin qui connaît la nature du placebo est sans effet. [35] C'est pourquoi, aujourd'hui, les essais qui déterminent l'effet d'un « verum » par rapport à un placebo se font

généralement en double aveugle ; c'est-à-dire que le patient ignore ce qu'il reçoit et le médecin ce qu'il administre.

B. Différents mécanismes impliqués dans l'effet placebo

1) Les mécanismes psychologiques

Le terme placebo renvoie directement à une connotation psychologique. En effet, le placebo en tant qu'agent actif est totalement aspécifique, mais l'effet obtenu est très spécifique et dépend des informations que le patient a à disposition, ainsi que de ses réactions mentales émotionnelles et cognitives. [36]

- *La suggestion*

Étant la plus ancienne théorie pour expliquer une partie de l'effet placebo, elle a été formulée par Hippolyte Bernheim puis reprise par Pierre Janet. [37] Elle repose sur deux notions essentielles : le rétrécissement du champ de conscience du sujet, rendant son esprit imperméable à tout ce qui ne concerne pas la chose suggestionnée, et la transformation de l'idée suggérée en action.

Le sentiment d'être observé (réel ou supposé), la confiance relative en l'institution de la médecine et le grade du médecin-chercheur sont des exemples d'aspects déterminants dans l'expérimentation chez l'homme. Si un professionnel de santé, en qui le patient a confiance, a lui-même expérimenté avec succès un traitement, ou si le patient reconnaît une expertise particulière au laboratoire qui produit son médicament, le patient sera statistiquement meilleur répondant à l'effet placebo.

La suggestion peut également être collective. Nous connaissons tous l'exemple de la contagion émotionnelle lors d'une pièce de théâtre ou d'un film au cinéma. L'effet de la présence d'autrui nous conduit à adapter notre comportement. Cela pourrait également se produire dans l'effet placebo. Dans une étude menée en psychologie

[38], un sujet reçoit une injection d'épinéphrine (adrénaline de synthèse) et manifeste l'émotion qui lui est suggérée par le contexte de la recherche : la colère de devoir remplir un long questionnaire ou la joie de devoir faire des avions en papier ou de lancer des boulettes de papier dans une corbeille. Il sera alors capable de transférer cette émotion aux autres participants de la recherche, qui sont dans les mêmes conditions que lui. Cette émotion vient colorer l'activation physiologique due au produit injecté chez les participants. On peut alors penser qu'au niveau inter-individuel, la réponse au placebo varie en fonction du contexte collectif.

- *L'attente et la conviction*

Il s'agit du premier grand mécanisme de l'effet placebo : l'espoir ou la croyance d'une amélioration favorise sa survenue. En effet, les gros placebos ont plus d'effet que les plus petits, de même que deux placebos ont plus d'effet qu'un seul. Les traitements perçus comme puissants ont un effet placebo plus fort, tout comme les injectables auraient un effet plus important que les buvables, et les capsules sont ressenties plus efficaces que les comprimés. Les placebos de couleur vive sont plus efficaces que les pastels, de même que ceux de marque connue. Le statut du prescripteur est également directement lié à l'effet du placebo.

Une étude a regroupé des patients souffrant de douleurs dentaires après extraction des dents de sagesse. [39] Ils ont été randomisés en deux groupes, puis on a expliqué aux patients qu'ils recevraient un médicament qui améliorerait leur douleur (un opioïde), ne ferait rien (un placebo) ou aggraverait leur douleur (Naloxone). Dans le premier groupe, les cliniciens ont été informés qu'il y avait un problème d'approvisionnement en opioïde mais qu'une stricte double insu devait être maintenue ; dans le deuxième groupe, les cliniciens ont appris que le problème était résolu et qu'il y avait une probabilité non négligeable que le médicament soit un opioïde. Lors de l'analyse des réponses, l'état des patients du premier groupe s'est aggravé, alors que dans le deuxième groupe, un effet placebo moyen a été ressenti.

Cela souligne l'importance du comportement et de l'expression du clinicien, et la nécessité de réaliser les expérimentations sur l'effet placebo en double aveugle.

La conscience d'une douleur physiologique ou d'une anomalie fonctionnelle est principalement influencée par les attentes conscientes du patient. Les processus physiologiques inconscients, tels que la libération d'hormones ou la réponse immunologique, relèvent eux du conditionnement comportemental.

Il a été prouvé, grâce à l'imagerie cérébrale, que l'attente d'un stimulus douloureux ou négatif amplifie le désagrément ressenti par stimulation thermique inoffensive, accompagné d'une activation accrue dans le cortex cingulaire antérieur et l'insula. [40] Inversement, l'attente d'une douleur réduite diminue l'activation des zones cérébrales concernées. [41] De même, l'intensité de la douleur anticipée modifie l'intensité douloureuse perçue, ainsi que l'activation des diverses zones cérébrales concernées. [42]

- *Le conditionnement*

De même que le chien de Pavlov (1927) salive avec le seul son de cloche précédemment associé à la nourriture, un patient ayant déjà eu une expérience d'amélioration sous médicament peut s'avérer conditionné à anticiper une amélioration lors de toute prescription ultérieure, même d'un placebo. [43]

Le conditionnement est le deuxième grand mécanisme de l'effet placebo. Son implication dans la réaction immunologique a été démontrée pour la première fois par Ader et Cohen en 1975. [44] La phase d'acquisition du conditionnement implique l'amygdale et le cortex insulaire, la transmission au système immunitaire implique le noyau hypothalamique ventro-médian.

Suite aux découvertes de Pavlov qui ont montré, entre autres, que l'action pharmacologique d'une substance peut être modulée, voire inversée, en fonction de certains paramètres environnementaux, son assistant Bykov a mis ce principe en application. Il a réussi à inverser les réactions physiologiques au froid et au chaud

chez l'homme, et à produire une vasoconstriction cutanée à la chaleur, réaction physiologique normalement produite par le froid. [45]

La réponse biologique à un placebo se rapproche d'une réponse conditionnée.

2) Les mécanismes neurobiologiques

- *Le système dopaminergique*

Comme nous l'avons vu dans la première partie, le système dopaminergique est largement impliqué dans le circuit de la récompense.

Avant la récompense, durant la phase d'attente, l'incertitude se traduit par une activation dopaminergique soutenue, portée à son maximum (29% de cellules dopaminergiques activées) quand la probabilité de la récompense est de 0,5. [46] Après la récompense, une activation dopaminergique physique se met en place, d'autant plus forte que la récompense est une surprise. L'incertitude renforce alors les mécanismes de récompense.

Une étude [47] utilisant un agoniste des récepteurs dopaminergique (le raclopride) dans la douleur expérimentale chez des sujets sains, couplé à une caméra in vivo, a confirmé le lien entre la capacité de réponse au placebo et l'activation de la dopamine dans le nucleus accumbens. Une récompense financière était proposée sous IRM fonctionnelle, et a montré qu'il y avait corrélation des circuits entre la réponse placebo et la réponse à la promesse de gain dans le système dopaminergique. En effet, plus la réponse du nucleus accumbens à la récompense financière est importante, plus la réponse du nucleus accumbens au placebo est forte. Ces deux résultats sont corrélés par le phénomène d'attente, à la fois du gain et de l'efficacité du placebo. Cette réponse au placebo dépend de l'intégrité et de l'efficacité du système de récompense.

- *Le système des opioïdes endogènes*

En 1978, Levine et ses collègues ont réalisé une étude en double aveugle afin de mesurer l'effet placebo dans la douleur post-opératoire. Les patients recevaient un placebo deux heures après la chirurgie, puis un autre médicament identique au placebo mais contenant de la Naloxone (antagoniste des opioïdes). Les patients qui ont ressenti l'effet analgésique placebo ont vu leur état empirer lors de l'administration de Naloxone, alors que les « non-répondeurs » à l'effet placebo n'ont signalé que peu de changements. [48] Ce résultat étaye l'hypothèse d'une possible médiation de l'effet antalgique d'un placebo par le système opioïde endogène.

Puis les chercheurs ont testé un paradigme différent. [49] Pour cette étude, une douleur expérimentale a été créée chez des volontaires, puis une injection de placebo a été administrée, ainsi qu'une deuxième, quarante minutes plus tard. Cependant, contrairement à l'étude précédente, la deuxième injection a été administrée d'une manière dite « cachée » ; c'est-à-dire que grâce à une perfusion connectée, un ordinateur a administré la même dose du médicament sans que ni le patient ni le médecin ne s'en rendent compte. Cette injection « cachée » supprime la majorité de la composante psychosociale de l'effet placebo et met en avant la composante pharmacologique du placebo. Les sujets des deux groupes, après cette deuxième injection dite « cachée » n'ont pas signalé de diminution de la douleur.

Les résultats de cette étude ont montré qu'une analgésie significative après administration d'un placebo pouvait être démontrée de manière fiable en utilisant une technique expérimentale de la douleur, lorsque le placebo est administré avec l'assurance qu'il s'agit d'un puissant analgésique.

Benedetti et son équipe ont répété et étendu cette méthodologie d'essai en examinant à la fois le système opioïde et la cholécystokinine (CCK) qui est nociceptive et antagoniste des opioïdes. Il a montré que la suggestion verbale d'une diminution de la douleur active la neurotransmission d'opioïdes endogènes, alors que la suggestion d'une intensification de la douleur active les récepteurs de la

cholecystokinine (CCK), antagonistes des opioïdes. [50] Inversement, un antagoniste CCK, le proglumide, potentialise l'analgésie placebo induite.

La CCK semble jouer un rôle primordial dans la modulation de la douleur ; son action dans l'hyperalgésie nocebo est probablement transmise par l'anxiété car les benzodiazépines permettent de bloquer à la fois l'hyperalgésie nocebo induite et l'hyperactivité hypothalamo-pituito-surrénale induite par l'anxiété. À l'inverse, le proglumide (antagoniste CCK) prévient l'hyperalgésie nocebo, mais pas l'hyperactivité hypothalamo-pituito-surrénale. Ces deux circuits biochimiques indépendants ont un rôle dans les suggestions et l'anxiété.

L'équipe ayant travaillé sur l'activité dopaminergique dans l'effet placebo a montré que, comme la dopamine, les opioïdes endogènes (endorphines) sont activés dans le noyau accumbens après administration de placebo. [51]

3) Les limites en terme de connaissance

Les mécanismes expliqués précédemment semblent s'additionner et avoir chacun des parts de vérité. Il n'existe aujourd'hui aucune explication pleinement satisfaisante et les recherches sur cet effet placebo ne sont pas majoritaires. Cela est peut être dû au fait que la médecine actuelle est une médecine cartésienne, centrée sur les preuves, les chiffres et les pourcentages, plutôt que sur un effet qui rappelle les médecines ancestrales basées sur les principes spirituels ou magiques.

C. Quantification de l'effet placebo et champs d'application

1) Différentes méthodes d'évaluation de l'effet placebo

L'effet placebo est présent dans tous les domaines. On le retrouve principalement aujourd'hui dans les essais cliniques, souvent réalisés en double aveugle. C'est à dire

que le patient ne sait pas ce qu'il reçoit et le médecin ne sait pas s'il injecte le *verum* ou le placebo. Depuis les premières études contrôlées, l'effet placebo atteint, entre autres, 40% dans les troubles fonctionnels, 29% dans la dépression, 31% dans les troubles bipolaires, 21% dans la migraine. [43] Une bonne adhésion aux modalités d'un traitement favorise une meilleure survie dans une étude sur la maladie coronarienne. Après un infarctus du myocarde, une faible adhésion au traitement est corrélée à un risque élevé de mortalité, aussi bien sous produit actif que sous placebo. Les meilleures réponses à l'effet placebo se produiraient pour les enjeux relevant du système nerveux autonome, alors que les objectifs endocriniens seraient bien moins bons répondeurs.

Il existe différentes méthodes d'évaluation de l'effet placebo :

- Le cross-over : le patient est lui-même son propre « sujet-témoin » ; c'est-à-dire que le patient reçoit à la fois le *verum* et le placebo, mais ne sait pas dans quel ordre. Cela permet de n'avoir que des variabilités intra-individuelles, moins fortes que les variabilités interindividuelles.
- Le placebo « rodage initial » : il permet d'exclure les « placebo-répondeurs » avant d'administrer les traitements actifs. Ceux-ci auront des symptômes moins sévères durant le rodage et une amélioration plus rapide que pour les sujets sous produit actif.
- Le modèle placebo compensé : on distingue le véritable effet pharmacologique (le sujet reçoit le médicament mais croit qu'il s'agit du placebo) du vrai effet placebo (le sujet reçoit le placebo mais pense qu'il prend le produit actif). Ce modèle est intéressant afin d'étudier les effets placebo car il montre que les attentes verbalement induites peuvent moduler le résultat thérapeutique, tant dans le groupe placebo que dans le groupe actif.

- Free choice paradygm ou paradigme du libre choix : le patient choisit entre deux produits dont il ignore lequel est actif. Tout choix exclusif entraîne une dissonance due au fait qu'une des deux propositions n'a pas été choisie. La réaction la plus fréquente est alors d'ajuster inconsciemment nos attitudes afin de justifier ce choix ; ainsi, l'option que l'on a choisie augmente dans notre estime alors que celle rejetée a tendance à baisser.

Toutes ces techniques d'évaluation de l'effet placebo ont leurs avantages et leurs inconvénients. Mais, pour évaluer le véritable effet placebo, il faudrait comparer, non seulement les pourcentages d'amélioration du produit actif par rapport à ceux du placebo, mais aussi les améliorations spontanées dans un groupe non traité.

2) Marqueurs biologiques prédictifs de la réponse au placebo

Concernant les dosages plasmatiques, seul le test de suppression à la dexaméthasone semble avoir montré un intérêt pour prédire la réponse au placebo. [52] Il s'agit généralement d'un test pratiqué dans le but de détecter un Syndrome de Cushing. La dexaméthasone est un stéroïde de synthèse actif qui inhibe la sécrétion de l'ACTH (hormone adrénocorticotrophine) par l'hypophyse ; il s'agit d'un rétrocontrôle négatif. La diminution du taux d'ACTH entraîne un abaissement de la sécrétion hormonale des corticosurrénales.

L'effet inhibiteur de la dexaméthasone est objectivé par la mesure de la cortisolémie et du taux des androgènes d'origine surrénalienne. Il semblerait que les patients qui n'ont pas de suppression du cortisol après un test à la dexaméthasone ont une mauvaise réponse au placebo.

3) Effet placebo et douleur

La diminution de la douleur par placebo est l'un des phénomènes placebo les plus étudiés. Dans le contexte de la douleur, l'activation des opioïdes endogènes joue

un rôle crucial. Dans le contexte de l'effet placebo, la cholecystokinine est activée chez les répondeurs et le système dopaminergique est désactivé chez les non répondeurs. [53] Nous avons vu que ces processus neurobiologiques sont déclenchés par des attentes, résultant de mécanismes psychologiques et qui interagissent étroitement avec les émotions, les motivations (comme l'anxiété ou le désir de soulagement), et les cognitions (telles que l'attitude envers le traitement).

Une réduction de la douleur n'indique pas automatiquement la véritable efficacité d'un placebo, c'est-à-dire que l'issue pourrait résulter de l'évolution naturelle de la maladie ou de la guérison spontanée. Il est donc nécessaire de réaliser les études avec trois groupes de patients : un témoin et deux expérimentaux, un avec le placebo et l'autre avec le verum. La différence significative dans la réduction de la douleur entre le groupe témoin et le groupe expérimental avec placebo peut être interprétée comme étant l'effet placebo réel.

Des études de laboratoire ont montré que les patients atteints de syndrome du côlon irritable chronique ou souffrant de lombalgie rapportent de très bonnes réponses hypoalgésiques placebo. De plus, les placebos analgésiques peuvent donner d'excellents résultats cliniques chez les patients souffrant de douleurs chroniques, idiopathiques ou neuropathiques, migraine et arthrose du genou. [54] Alors, les placebos analgésiques pourraient-ils être utilisés dans la pratique quotidienne ? Cela n'est pas aussi simple, car l'application cachée de placebos peut considérablement ternir la confiance dans la relation entre patients et médecins.

Colloca et son équipe [55] ont mené une analyse multiculturelle et systématique dans laquelle ils ont croisé vingt-deux études transversales, afin de relever la fréquence d'utilisation du placebo parmi douze pays. Une des raisons principales de cette pratique médicale est la pression des patients pour recevoir des médicaments ou une prescription médicale. Les Etats-Unis ont déclaré que la crise de la surconsommation d'opioïdes est une urgence nationale. La réglementation légale des

placebos cachés (pas ouvertement étiquetés comme des placebos) devrait être réexaminée.

Ainsi, les recherches actuelles se concentrent sur la pertinence clinique des effets placebo analgésiques pour améliorer les résultats du traitement. Pour les applications cliniques, il est nécessaire de savoir que la recherche sur le placebo a donné des possibilités éthiques d'utiliser des effets placebo sans tromperie et sans utiliser de placebo. [56] Il s'agit d'utiliser le traitement placebo en indiquant au patient ce qu'il reçoit, et en l'informant des principes de base de l'efficacité de l'effet placebo. Ainsi, un groupe de patients atteints de lombalgie chronique a été étudié. La moitié des patients a reçu le traitement normal administré de manière secrète, l'autre moitié a reçu le placebo en connaissance de cause. [57] Le placebo a néanmoins entraîné une réduction de la douleur et une invalidité réduite par rapport au traitement classique. Plus l'administration d'un médicament est remarquée par le patient (vue, odeur, goût, toucher, infirmation), plus l'effet placebo peut être exploité.

L'antalgie placebo provoque une réduction de l'activité cérébrale dans des zones du cerveau telles que le cortex préfrontal dorsolatéral, le thalamus, l'insula, la région périaqueducale et le cortex cingulaire antérieur. L'antalgie placebo implique le système de modulation de la douleur descendante.

4) Effet placebo et neuropsychologie

Une forte réponse placebo dans les troubles psychiatriques a été constatée au cours des cinquante dernières années. Plusieurs centaines d'essais randomisés contrôlés par placebo ont été menés en psychiatrie dans divers domaines : dépression, schizophrénie, manie, trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, autisme, psychose, frénésie alimentaire, dépendance, etc.

Par rapport aux essais cliniques plus anciens, on retrouve une augmentation progressive de l'effet placebo et une diminution relative de l'effet spécifique. À propos des antidépresseurs, la taille d'effet globalement modeste et la diminution de

la différence d'effet entre les traitements spécifiques et les placebos peuvent s'expliquer par différents aspects. [58] Premièrement, les nouvelles générations d'antidépresseurs (tels que les ISRS et les IRSNA : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) ont des propriétés intrinsèques propices à augmenter l'effet placebo, notamment grâce à une diminution des effets secondaires indésirables. Ensuite, les tableaux cliniques des patients et leur sévérité sont difficilement comparables d'une étude à une autre. Ces derniers temps, la tendance des essais cliniques sur l'effet placebo dans la dépression consiste à explorer des patients dépressifs plus sévères. De plus, lors de ces essais cliniques, l'efficacité porte désormais sur la réduction des symptômes de la dépression, plutôt que sur la notion de rémission que l'on recherchait auparavant. Enfin, les aspects industriels et réglementaires ont fortement influencé l'évolution récente des essais cliniques. La méthodologie instaurée permet de prouver une absence d'infériorité et non plus une supériorité aux traitements déjà en place.

Une hypothèse additive de l'efficacité d'un traitement stipule que l'effet total est égal à la somme de l'effet placebo et de l'effet spécifique. Le risque d'exposition au placebo est un facteur crucial de l'effet placebo. En effet, on retrouve une réponse spécifique maximale lorsque le risque d'exposition est de 50%, que ce soit dans la maladie de Parkinson, la migraine, la schizophrénie ou encore la dépression. Ainsi, la réponse placebo est corrélée à la probabilité de recevoir un traitement spécifique.

Dans une méta-analyse sur dix-neuf essais cliniques en double aveugle pour dépression caractérisée, la moitié des résultats s'avère provenir de l'effet placebo, un quart de l'action du médicament actif et un quart d'autres facteurs tels que la rémission spontanée. [59] Dans la dépression, l'amélioration sous placebo se manifeste plus tôt dans le temps mais a tendance à ne pas persister, contrairement à l'amélioration sous antidépresseurs. Les modélisations statistiques de type *pattern analysis* ont mis en évidence deux types de schémas de réponse aux antidépresseurs : le TDR (*true drug response*) qui correspond à la véritable réponse au médicament et le PPR (*placebo pattern response*) qui correspond à la réponse de type placebo. Le TDR est

caractérisé par un retard d'action de deux semaines à l'initiation du traitement, suivi par une amélioration persistante, tandis que le PPR est caractérisé par un début d'action précoce avec un effet transitoire et un risque de rechute plus important au fil des semaines.

Par ailleurs, l'importance de l'effet du bénéfice du traitement antidépresseur par rapport au placebo augmente avec la sévérité des symptômes de dépression. Cette différence peut être minime, voire inexistante, chez les patients présentant des symptômes légers ou modérés de dépression ; alors que chez les patients souffrant de dépression moyenne à sévère, le bénéfice du traitement antidépresseur est considérablement supérieur par rapport au placebo. [52]

Les prédictors de la réponse au placebo au niveau individuel chez les patients déprimés sont le sexe féminin, un premier épisode, une dépression d'intensité légère, la présence d'un facteur de stress psychosocial récent et des types de personnalité tels que la suggestibilité, l'optimisme ou la recherche de nouveauté.

5) Effet placebo et chirurgie

L'utilisation d'un contrôle placebo dans les essais chirurgicaux est une question qui divise. D'un côté, ils sont nécessaires afin de juger de l'efficacité d'une chirurgie comme dans les autres domaines de la médecine, d'un autre côté les effets bénéfices-risques (caractère invasif et risques associés) divisent. [60] On considère qu'ils sont éthiques s'il respectent plusieurs conditions : la présence d'un manque de preuve objective de l'efficacité d'une intervention, une question de recherche cliniquement importante, un risque pour les patients minimisé et raisonnable, une incertitude sur l'efficacité du traitement par rapport à la tromperie, des preuves préliminaires d'efficacité qui justifient une conception contrôlée par placebo, et idéalement, la procédure placebo devrait présenter des avantages directs pour le patient, comme un outil de contrôle par exemple. Il faut également s'assurer du consentement éclairé des patients et prévoir une prise en charge post-essai si l'étude peut avoir des effets

néfastes sur le long terme. Les essais de chirurgie contrôlés comparés au placebo sont très souvent utilisés pour une intervention chirurgicale qui vise à améliorer une fonction ou à soulager des symptômes. Comparée à de nombreux essais pharmaceutiques, l'ampleur de la réponse au placebo dans les essais chirurgicaux est modérée.

Prenons l'exemple des patients soumis à une arthroscopie suite à une douleur chronique de l'épaule. Un essai a travaillé sur l'évaluation de l'efficacité clinique et la rentabilité de la décompression sous-acromiale arthroscopique dans le traitement de la douleur chronique de l'épaule. L'essai a été mis en place car, bien que cette intervention soit fréquemment réalisée, l'efficacité de cette procédure est peu probante et il est peu probable que le retrait d'un épi osseux sur l'acromion de la scapula soulage la douleur de l'épaule. Cette étude était bénéfique car les patients subissaient soit une chirurgie arthroscopique, soit une arthroscopie diagnostique avec l'avantage clinique direct pour les patients ayant un diagnostic alternatif. Ces derniers étaient retirés de l'essai et transférés vers les services adaptés qui leur trouvaient le traitement approprié.

De même, une idée sur les causes des douleurs abdominales reposait sur le fait que des adhérences entre les organes étaient réellement à l'origine de ces douleurs. La communauté clinique ne s'accordait pas. Alors, des études cliniques avec placebo ont été réalisées et n'ont pas réussi à prouver que l'adhésiolyse était une procédure acceptée. De plus, il existe des preuves contradictoires quant à son efficacité.

On peut également citer des essais sur la justification de transplantation de neurones dopaminergiques dans la maladie de Parkinson qui ne s'avèrent finalement pas significativement efficaces.

Le contrôle placebo permet aux chirurgiens d'estimer l'amélioration directement liée à l'élément chirurgical. Ceci est important puisque les seuls résultats disponibles dépendent de l'évaluation subjective du patient et de l'absence de résultats objectifs, tels que les tests de laboratoire, la mortalité ou les effets indésirables.

Les avantages d'un contrôle placebo lors d'une intervention chirurgicale sont :

- ✓ La démonstration d'une véritable efficacité et l'aide pour identifier les traitements adaptés ;
- ✓ L'estimation de l'ampleur de l'effet causé par des facteurs non spécifiques ;
- ✓ L'arrêt des interventions chirurgicales inefficaces permet de mettre un terme à des interventions non bénéfiques et potentiellement nuisibles au patient, mais aussi d'allouer les fonds à des procédures réellement efficaces.

Si un élément chirurgical essentiel s'avère inefficace, sa réalisation devrait être interrompue ou les indications de cette intervention devraient être modifiées, comme ce fut le cas avec la vertébroplastie ou la chirurgie arthroscopique de l'arthrose du genou.

Les avantages pour les patients affectés au groupe placebo sont un diagnostic direct, qui permet de confirmer ou de réviser le diagnostic initial. Par exemple, dans l'essai d'adhésiolyse, si après une laparotomie une pathologie autre qu'une adhésion était diagnostiquée chez un patient, il était retiré de l'essai et recevait un traitement approprié.

La participation à un essai a également un bénéfice indirect : les patients participant à un essai ont tendance à mieux supporter leur affection et à connaître une évolution plus favorable. Par exemple, les patients du groupe placebo rapportent moins de douleurs et ceux atteints d'un cancer ont un taux de survie supérieur aux patients qui reçoivent des soins standard. Cela peut s'expliquer par le fait que les participants à l'essai bénéficient de plus de soins, d'attention et de soutien au cours de leur séjour. Les patients peuvent également apprécier le côté altruiste de la participation à l'essai puisque les connaissances acquises au cours de l'étude bénéficient aux futurs patients. Ils sont à même d'aider à découvrir un nouveau traitement pour eux-même, mais aussi pour d'autres patients atteints du même mal, et estiment contribuer aux progrès réalisés dans le traitement de la maladie qui les concerne individuellement.

6) Effet placebo et maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson est l'un des principaux troubles cliniques pour lesquels les taux de réponse au placebo sont élevés. En effet, selon plusieurs études, jusqu'à 50% des patients présentent des réponses au placebo caractérisées par une amélioration significative des symptômes moteurs. Tous les domaines de l'invalidité parkinsonienne semblent être sujets à des améliorations associées au placebo, avec une tendance à davantage d'effets sur la bradykinésie et la rigidité que sur les tremblements provoqués par la maladie. L'amélioration induite par le placebo sur les symptômes hypokinétiques de la maladie de Parkinson semble être médiée par la libération de dopamine endogène dans le striatum. Les tremblements au repos sont un des signes moteurs cardinaux de la maladie de Parkinson – avec la rigidité et la bradykinésie. On ignore encore si un placebo peut également influencer ces tremblements.

Une étude de 2018 [61] a mesuré les effets de l'administration d'un placebo sur les tremblements au repos chez des patients atteints de la maladie de Parkinson à dominante tremblante. Pour ce faire, un accéléromètre triaxial a comparé l'injection sous cutanée d'apomorphine à l'injection sous-cutanée de placebo. Sur quinze patients atteints de maladie de Parkinson à dominante tremblante, huit ont répondu avec une réduction de l'amplitude des tremblements d'au moins 70% par rapport à la condition basale. En revanche, les sept autres patients n'ont montré aucune variation de l'amplitude des tremblements après l'administration de placebo ; ils sont considérés comme non-répondeurs. Toutefois, l'apomorphine a induit une réduction marquée de l'amplitude des tremblements chez tous les patients étudiés. Aucune différence clinique ou démographique n'a été observée entre les répondeurs et les non-répondeurs au placebo, à l'exception du score de tremblement de repos post-injection de placebo.

La principale conclusion de cette étude est que l'administration d'un placebo induit une diminution objective marquée de l'amplitude des tremblements chez 53%

des patients atteints de maladie de Parkinson à dominante tremblante. Il est à noter que la diminution du tremblement chez les sujets recevant le placebo était similaire à celle obtenue avec la stimulation dopaminergique exogène induite par l'apomorphine. Ces données démontrent l'efficacité du placebo dans les tremblements au repos liés à la maladie de Parkinson, conformément aux résultats antérieurs rapportés sur les symptômes hypokinétiques ; c'est à dire la bradykinésie et la rigidité. Les études précédentes ne s'intéressaient pas à la forme tremblante de la maladie et ne trouvaient alors des résultats positifs que pour les formes de bradykinésie et de rigidité.

Un des avantages de cette étude est l'utilisation d'un accéléromètre triaxial qui est un outil électrophysiologique indépendant du biais de l'évaluateur, ce qui permet d'éviter que les examinateurs n'influencent inconsciemment les résultats.

Comme prévu, l'amélioration objective du tremblement au repos induite par l'administration du placebo est moins marquée que celle induite par l'apomorphine, sans différence entre les valeurs accélérométriques de base du placebo et de l'apomorphine.

Cependant, lorsque les patients ont été divisés selon qu'ils étaient répondeurs ou non-répondeurs, les répondeurs au placebo ont présenté une amélioration clinique similaire à celle induite par l'apomorphine. Afin de maximiser la réponse au placebo, celui-ci a toujours été administré avant l'apomorphine afin d'éviter toute interférence potentielle de cette dernière sur l'effet placebo. De plus, l'équipe a utilisé une procédure invasive puisque les traitements invasifs induiraient un effet placebo plus important que les traitements non invasifs.

Les patients ont été informés lors de l'injection de placebo qu'elle améliorerait considérablement le tremblement. Cette simple suggestion verbale joue également un rôle central car on sait que l'ampleur des effets induits par le placebo est modulée par l'espérance d'amélioration. Le mécanisme par lequel le placebo peut améliorer les symptômes moteurs chez les patients atteints de maladie de Parkinson peut dépendre de l'activation de la totalité de la voie nigrostriatale, induite par la

libération de dopamine endogène dans le striatum dorsal. D'autres études récentes suggèrent que l'espérance d'amélioration semble être liée à la libération de dopamine endogène dans le striatum ventral. Ainsi, on peut supposer que la base neuroanatomique de l'effet placebo dans la maladie de Parkinson résulte d'un lien entre le striatum dorsal et ventral.

D'autres facteurs tels que la personnalité individuelle et la prédisposition génétique peuvent expliquer la différence de réactivité au placebo observée chez les patients.

D. Facteurs influençant l'effet placebo

1) La pathologie

Selon les pathologies, l'efficacité de l'effet placebo varie de 4 à 86% [62] avec un taux moyen de 30%. [63] Ces grandes disparités montrent aux auteurs que ces chiffres ne sont pas significatifs. Les études suivantes ont permis de conclure que l'effet placebo avait un réel impact sur la souffrance somatique et sur la diminution de la douleur qui l'accompagne, mais peu d'effet sur les lésions organiques. [64] Ainsi, les réponses aux effets placebo varient considérablement selon les pathologies concernées. Par exemple, l'étude de Walach montra 10% d'amélioration chez les patients déments contre 46% chez les patients atteints de troubles de l'humeur. [65] Une méta analyse publiée en 2001 a précisé les théories précédentes en montrant que l'efficacité de l'effet placebo apparaît beaucoup plus élevée dans les études mesurant les variables continues et subjectives (telles que la douleur surtout, mais aussi l'obésité, l'insomnie, l'anxiété, l'asthme, etc) et au contraire plus faible dans les travaux étudiant des variables binaires discontinues et objectives (telles que les nausées ou l'arrêt du tabagisme). [66]

2) Le produit

- *La forme galénique et la voie d'administration*

La forme galénique d'un médicament influence la perception d'efficacité de la part du patient. Par exemple, les capsules seraient plus efficaces que les comprimés. Différents auteurs affirment que les actes techniques tels que les injections, la kinésithérapie ou les ultrasons auraient un effet placebo plus important qu'une substance inerte ingérée. Par exemple, dans une méta-analyse étudiant l'efficacité du sumatriptan dans la crise migraineuse, les témoins ont été soulagés à 26% par un placebo oral contre 32% à la suite d'une injection sous-cutanée de sérum physiologique. [67]

Un placebo administré à l'insu d'un patient n'a aucun effet. Par exemple, lors d'une injection de sérum physiologique présenté comme puissant antalgique contre la douleur provoquée par un garrot, les volontaires répondeurs voient leur douleur diminuer alors que les patients qui ont eu cette injection sans en être conscients n'ont ressenti aucune efficacité.

Ainsi, certaines personnes seraient favorablement impressionnées par l'acte associé à la thérapie qui leur donne la sensation qu'on les soigne plus efficacement.

- *La couleur*

Le choix de la couleur des médicaments par les laboratoires n'est pas anodin, surtout pour les comprimés. Schiapira a montré que chez des étudiants ingérant des comprimés placebo de lactose, les comprimés de couleur froide (bleu) entraînaient un effet sédatif alors que les comprimés de couleur chaude (rouge ou rose) provoquaient un effet psychostimulant. [68]

La majorité des antidépresseurs et des anxiolytiques sont des comprimés bleu ciel (Valium®, Effexor® 37,5mg, Cymbalta®), qui rappellent les belles journées, le calme et la tranquillité. De même, beaucoup de comprimés ou sirops jaunes font référence au foie, aux troubles hépatiques ou à la bile (Hepatoum®). Les traitements de couleur verte évoquent la nature, l'écologie, la dépollution de l'organisme (Turbo

Detox®- Forte Pharma). Les couleurs vives telles que le rouge, le rose vif, l'orange et le jaune sont les couleurs plébiscitées pour les stimulants (toutes sortes de vitamines, Tardyferon®), tandis que les couleurs foncées telles que le noir, le marron ou le violet sont réservées aux différents laxatifs (fruits & fibres®). [69]

- *Le nom*

Le nom d'un médicament a toute son importance dans l'efficacité de celui-ci. Afin d'éviter une banalisation du médicament, l'ANSM vérifie que le nom des médicaments ne communique pas sur le fait qu'il soit positif ou sous-entend qu'il va soigner. Il bannit donc les préfixes ou suffixes valorisants tels que « ultra » ou « supra », les anglicismes et les références à la nature « bio ». [70]

De même, les médicaments qui ont le même nom mais pas la même substance active sont trompeurs. Pourtant, l'intérêt pour les laboratoires qui commercialisent les médicaments reste tout de même de trouver un nom attractif et distinct. Plusieurs stratégies sont mises en place. Par exemple, on retrouve des noms à consonance latine en homéopathie, qui renvoient à une connotation scientifique et laissent penser au consommateur qu'il s'agit de traitements à la fois anciens, donc connus et réputés, mais ayant également fait l'objet de nombreuses recherches et études scientifiques.

Une autre stratégie, la plus utilisée aujourd'hui, consiste à trouver un nom en rapport direct avec l'indication du médicament.

- *Le goût*

Les médicaments réservés aux enfants sont généralement sucrés pour aider à mieux accepter la prise. Cependant, certaines formules peuvent volontairement avoir un mauvais goût pour deux raisons. Premièrement pour éviter de devenir dépendant au traitement et éviter de confondre médicament et bonbon. Mais l'efficacité du placebo serait également proportionnelle à l'amertume du médicament. En effet, chacun se dit que si le médicament est donné malgré son mauvais goût c'est qu'il doit être efficace.

- *La taille*

Certains patients n'arrivent pas à avaler le moindre comprimé, quelle que soit sa taille. Pourtant, beaucoup pensent que les plus gros comprimés sont les plus efficaces car il y a davantage de principe actif.

D'autres, au contraire, sont convaincus que les petits comprimés ont une concentration plus élevée en principe actif.

- *La dose*

Il est aisé de comprendre que plus la dose ou la fréquence de prise d'un médicament (placebo ou non) sont élevées, plus le patient sera convaincu que le traitement est puissant et efficace. Craen et coll. [71] ont remarqué que, chez des patients traités par placebo pour des ulcères gastro-duodénaux, le taux de cicatrisation était de 36,2% pour les essais dont le protocole préconisait deux prises par vingt-quatre heures alors qu'il grimpe à 44,2% pour les patients dont les essais préconisaient quatre prises par vingt-quatre heures.

La corrélation de l'effet placebo à la dose vaut également pour l'effet nocebo. Blackwell et coll. [72] ont réalisé une expérimentation sur cinquante-six étudiants en médecine volontaires en leur donnant une ou deux capsules vides. Près d'un tiers a constaté l'apparition d'effets indésirables (céphalées, manque de concentration, vertiges) avec une grande majorité d'élèves ayant reçus deux capsules. De même, d'autres auteurs ont révélé que l'augmentation de la dose de placebo augmente la fréquence d'effets indésirables, surtout lorsque celle-ci se poursuit pendant plusieurs jours.

- *Le prix*

Inconsciemment, chacun est persuadé que plus un produit coûte cher, plus sa qualité est élevée. Selon l'effet placebo, les attentes d'un individu influencent la manière dont il perçoit une expérience. Avant la consommation du produit, les

attentes en matière de qualité reposent sur des indices de prix, définis comme des stimuli informationnels.

Les croyances et les attentes des consommateurs concernant les performances d'un produit en fonction des indices de prix peuvent entraîner de réels changements d'efficacité. Sur un sujet éloigné mais dont le principe reste le même : une étude sur le café a montré que l'étiquette de prix peut provoquer un effet placebo et éveiller les attentes des consommateurs au point d'influencer les perceptions de la qualité globale. [73]

On retrouve cette croyance sociétale dans le domaine pharmaceutique. Ceci est même davantage remarqué car, grâce au tiers payant, beaucoup de médicaments sont intégralement remboursés et le patient ne se rend pas compte de l'argent que cela coûte. Le plus gros exemple de différence de prix et de croyances associées reste actuellement le sujet des médicaments génériques. Beaucoup de personnes réticentes à la substitution du princeps par le médicament générique se justifient en demandant à l'équipe officinale pourquoi il y a une telle différence de prix entre les deux s'ils ont réellement la même efficacité. La plupart d'entre eux change d'avis quand elle apprend qu'elle doit avancer les frais si elle refuse la substitution par le médicament générique. Mais nous devons aller plus loin pour expliquer au patient les raisons de cette différence de prix afin qu'il la comprenne, l'accepte et ne reste pas frustré ou ne se sente pas pénalisé.

De même, concernant les génériques mais également les autres médicaments, le facteur « nouveauté » provoque deux réactions contradictoires mais justifiées ; certains préfèrent opter pour la nouveauté en imaginant que l'efficacité ou la sécurité sera supérieure, d'autres sont rassurés par l'ancienneté du médicament en se disant que le recul est préférable.

3) Le patient

- **Pas de profil-type**

Pour l'instant, aucun critère de type psychologique permettant de différencier les répondeurs des non-répondeurs à l'effet placebo n'a été établi. [74] Une même personne peut être à la fois répondeur et non-répondeur, en fonction des protocoles et des différents aspects du contexte extérieur. [75] Mais globalement, un sujet répondeur est plus optimiste et beaucoup plus suggestible qu'un sujet non-répondeur. Plusieurs facteurs relatifs à l'essai seront aussi à prendre en compte dans l'influence de l'effet placebo : la motivation du patient pour faire l'essai, son degré de suggestibilité, son adhésion aux modalités du traitement, et la qualité de l'information à laquelle il a eu accès.

- **La représentation de la maladie**

Chaque individu perçoit l'atteinte de sa maladie d'une façon qui lui est propre. Chacun construit des représentations et des connaissances en réponse à une maladie pour créer des processus d'ajustement physiologique face à cette menace.

Lors d'une rencontre avec un professionnel de santé, le patient se présente avec ses connaissances à propos de son corps et de sa santé. Il arrive également avec ses représentations, qu'il a acquises à partir de ses expériences, mais aussi par les informations et les modèles de pensée transmis par la tradition et la communication sociale. Les représentations du registre affectif sont également intéressantes car elles influencent significativement l'adhérence au traitement, la modalité d'expression de la plainte et le type de demande d'aide. Les représentations de la maladie reposent sur cinq dimensions : la cause, le contrôle, les conséquences, le temps et l'identité (Figure 2).

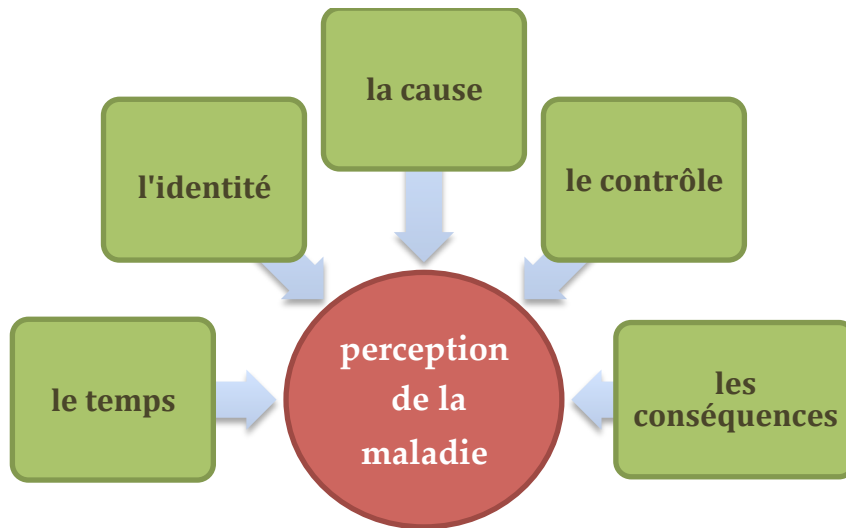


Figure 2 : Les cinq dimensions des représentations de la maladie

Ces motifs de représentations ont inspiré des chercheurs en psychologie de la santé qui ont mis en place une série de sept questions afin de mieux appréhender les principales perceptions d'une maladie et d'explorer le sens de l'atteinte et les attentes des patients. [76] Le questionnaire s'appelle BIPQ : Brief Illness Perception Questionnaire.

1. Identité : Quels sont les principaux symptômes liés à votre maladie ?
2. Temporalité : Combien de temps estimez-vous que votre maladie va durer ?
3. Traitement : Pensez-vous que le traitement proposé puisse vous aider ?
4. Conséquences : De quelle manière votre maladie affecte-t-elle votre vie ?
5. Contrôle : Quelle possibilité de contrôle avez-vous sur votre maladie ?
6. Émotions : Vous sentez-vous émotionnellement affecté par votre maladie ? Par exemple, est-ce que la maladie vous met en colère, vous effraye, vous contrarie ou vous déprime ?
7. Cause : À quoi attribuez-vous votre maladie ? Avez-vous identifié une ou plusieurs raisons qui auraient provoqué votre maladie ?

Au sein d'un cadre psychothérapeutique, l'exploration des représentations permet de questionner le vécu corporel, les pensées et les images psychiques. Cela

permet aux soignants et aux patients d'accueillir la maladie dans un nouveau paradigme psychosomatique. La mobilisation des affects et des représentations constitue un axe central autour duquel découlent les objectifs de suivi et l'alliance.

Les représentations de la santé et de la maladie peuvent également relever du sens commun, issu d'un ensemble de valeurs et de normes partagées par la société. Elles sont endossées sans forcément impliquer un processus de réflexion systématique et conscient.

- **La représentation du médicament**

L'observance dépend de l'acceptation du traitement et de son adhésion au long cours. Pour que l'observance soit au mieux respectée, plusieurs conditions coexistent. Le patient doit tout d'abord être persuadé d'être atteint de la pathologie et penser que cette maladie et ses conséquences peuvent être graves pour lui. Par rapport à son traitement, il doit être convaincu qu'il aura un effet bénéfique, mais également que ses bénéfices contrebalanceront avantageusement les effets secondaires, les contraintes psychologiques, sociales, financières et pratiques. [77]

Une théorie populaire entoure le médicament qui est l'objet d'un ensemble de valeurs, d'images et de notions véhiculées par de nombreux acteurs : médias, personnels de santé publique, gouvernement, industrie, recherche, etc. Deux qualifications du médicament se distinguent des autres.

La première est l'intériorisation de craintes associées à l'ingestion ou l'administration de produits chimiques et éventuellement toxiques, qui représentent une menace pour l'organisme. Cette image est largement alimentée par la publicité progressive concernant les produits naturels et la phytothérapie. À cette crainte, s'ajoute celle d'une apparition de dépendance d'un traitement quotidien au long terme, associé à une perte de contrôle liée à une consommation excessive.

La seconde composante est que les patients se sentent victimes du système de santé, contrôlés par les laboratoires pharmaceutiques. Certains pensent qu'à force de prendre trop de substances à trop fortes doses, cela permet d'habituer l'organisme et

le condamner à rester un client de consommation directe pour les laboratoires pharmaceutiques.

Les stratégies de recours au médicament sont influencées par les représentations personnelles et les théories populaires. Cette dernière induit une méfiance à l'encontre des prescriptions médicamenteuses chez une majorité et le manque de confiance en certains traitements diminue leur effet placebo et donc une partie de leur efficacité. Certains patients vont jusqu'à tenter des expérimentations eux-mêmes en diminuant les dosages, en espaçant les prises ou en interrompant carrément le traitement.

- **L'expérience personnelle antérieure d'un produit**

Il est nécessaire de prendre en compte les expériences antérieures du patient. Réactiver les expériences en incitant le patient à se rappeler des souvenirs positifs ou – en cas d'expérience négative – à diviser leurs souvenirs négatifs.

Dans certaines situations cliniques, il est bénéfique de supprimer les facteurs de contexte, tels que l'association avec des états physiologiques ou psychologiques négatifs. [54] Par exemple, les patients qui subissent un retrait physique des médicaments, comme les patients souffrant de douleurs dorsales associées à une mauvaise utilisation d'opioïdes suite à un effet iatrogène, présenteront des symptômes négatifs. Ces symptômes de sevrage seront probablement associés, inconsciemment, au nouveau traitement antalgique en quantité réduite. Pour annuler ces associations, il est possible de masquer la quantité de médicament, dans un liquide coloré par exemple, afin que les patients ne sachent pas combien de médicament ils reçoivent. De cette façon, les symptômes de sevrage à médiation cognitive et émotionnelle peuvent être supprimés. Il est également prouvé que cette approche est un moyen très efficace d'empêcher le développement de la nausée nocebo. [78]

- *L'entourage du patient*

Le contexte social joue un rôle crucial dans la formation d'attentes négatives ou positives chez les patients. Plusieurs situations présentent des risques potentiels de modulations négatives ou positives des attentes via l'observation d'autres patients : la salle d'attente, les chambres partagées, le contexte de thérapies de groupes, l'observation par les patients de l'évolution de la maladie et du traitement par d'autres patients à la télévision, sur internet, dans la presse, etc.

Les cliniciens doivent être conscients de ces sources d'observation et d'apprentissage social non nécessairement fiables. Ils devraient demander au patient ce qu'il a entendu dire sur la maladie et les traitements, et l'aider à trier les déclarations positives et négatives. Cela pourrait influencer le thérapeute à choisir entre deux traitements équivalents appropriés à la pathologie du patient, en fonction de la représentation que le patient se fait de chaque médicament.

L'avis et le comportement de l'entourage proche du patient influencent également l'efficacité du placebo sur celui-ci.

4) Les professionnels de santé

- **Se sentir malade**

Afin de ressentir l'effet d'un médicament ou d'un placebo, il faut tout d'abord se sentir malade. Lors du diagnostic, en fonction de la sévérité de la pathologie, le patient va devoir faire face au désarroi et à l'angoisse générés, mais également lutter contre ses peurs et s'adapter à cette nouvelle réalité. Lorsqu'il s'agit d'une pathologie chronique, le patient peut réagir de deux façons : soit par un processus de mise à distance de la perte de l'état de santé, comme une sorte de déni prolongé avec une évolution vers une résignation passive ; soit par un processus d'intégration en passant par six stades vers l'acceptation de la maladie [79] :

- Le **choc** : à l'annonce du diagnostic, le patient ressent une sidération proportionnelle aux représentations du patient sur sa maladie. Les représentations et croyances sont les idées que se fait le patient à propos du fonctionnement de son corps, de sa maladie, du traitement. Il s'agit d'un prisme à travers lequel le message du soignant sera appréhendé et compris. Les professionnels de santé doivent tenir compte de ces représentations pour ne pas tomber dans l'affrontement avec le patient.
- Le **déni** : il s'agit d'un mécanisme de défense face à une réalité trop menaçante. Le patient éprouve alors un détachement et une banalisation.
- La **révolte** ou **colère** : lors de la confrontation à la réalité, le patient dégage une forme d'agressivité en réponse à l'injustice à laquelle il fait face.
- Le **marchandage** : le patient tente de manipuler les contraintes et recherche des accommodements pour faire face à sa maladie.
- La **tristesse** : le patient se repli sur lui, éprouve un sentiment de solitude et peut se laisser entraîner dans un syndrome dépressif.
- L'**acceptation** : au bout d'un certain temps, le patient finit par accepter sa maladie, les contraintes, les traitements, la nouvelle gestion de sa vie, et met en place diverses stratégies pour faire face à cela.

La durée de ces phases peut être variable, en fonction des personnes, de la maladie, et il peut y avoir des retours en arrière entre les différentes phases.

Suite à ces deux types de réactions, les patients passent par plusieurs étapes de changements de leur vie suite à l'annonce de la maladie (Figure 3) :

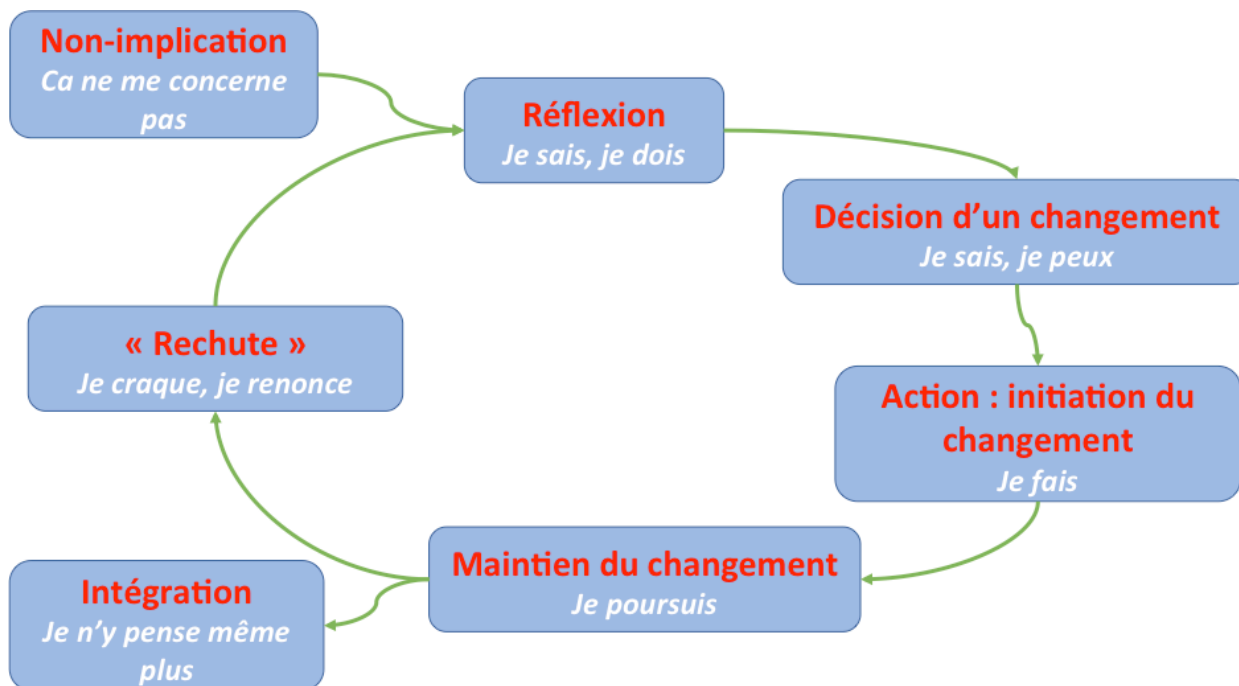


Figure 3 : Les différentes étapes d'intégration et d'acceptation de la maladie

Les patients souffrant de maladie chronique ont une longue histoire de traitements et, par conséquent, des expériences antérieures de traitement médical totalement différentes. Leurs attentes vis-à-vis de l'efficacité d'un antalgique pour une douleur chronique par exemple, peuvent différer de celles des personnes généralement en bonne santé qui souhaitent prendre un médicament pour une douleur aiguë mineure.

De même, avant une intervention chirurgicale, la plupart des patients veut savoir quelle sera l'intensité de la douleur post-opératoire. À cette fin, ils sollicitent une prévision de l'équipe médicale sur laquelle ils peuvent baser leurs attentes spécifiques.

- **Chercher le soulagement**

Les patients observent l'évolution de leurs maladies et traitements en fonction de leurs attentes, et observent si le pronostic du clinicien se réalise. Les divergences perçues semblent modifier la perception de la douleur. [80] Si les patients s'attendent

à ne plus ressentir aucune douleur après l'opération, les faibles niveaux de douleur seront perçus comme étant plus forts et surévalués. Si le médecin explique aux patients avant la chirurgie qu'un faible niveau de douleur est normal après la chirurgie, leur tolérance à la douleur sera plus grande et leur douleur moins ressentie. L'interaction entre le pronostic et la « vraie » réduction de la douleur semble être d'une grande importance pour l'effet placebo et influe positivement sur le déroulement du traitement.

En 2010, une étude a suivi 881 patients atteints de coxarthrose et de gonarthrose ayant subi une arthroplastie totale. Les résultats ont montré que ceux qui avaient une espérance élevée d'amélioration de leur état de santé ont eu de meilleurs résultats en terme de qualité de vie liée à la santé, trois à douze mois après la chirurgie, que les patients aux attentes moindres. [81] Par conséquent, il est cliniquement pertinent de garder à l'esprit que les patients sont très sensibles à ce que les cliniciens disent à propos de leurs médicaments. Le médicament et son pronostic doivent être expliqués de manière réaliste, de sorte que le patient ne soit pas déçu du résultat.

De même, une étude sur les arthroplasties articulaires a mis en évidence une relation entre les attentes des patients en pré-opératoire et les résultats chirurgicaux liés à leur fonctionnement. [82] Les patients dont les attentes préalables étaient élevées avaient des résultats significativement meilleurs en termes de réduction de la douleur et de fonctionnement que les patients dont les attentes étaient faibles.

Une autre étude a été menée sur la relation entre les attentes antérieures et les résultats chirurgicaux liés à la fonction (invalidité, fonctionnement et participation par exemple) et à la qualité de vie liée à la santé des patients atteints de sarcome des tissus mous des extrémités. Les attentes préalables concernent principalement la durée du rétablissement, puis les complications et, enfin, les difficultés à effectuer les activités quotidiennes. Les attentes antérieures concernant la performance des activités quotidiennes se sont révélées être un facteur de prédiction significatif de l'invalidité et de la capacité à réintégrer leurs rôles dans la vie.

- **La rencontre patient-thérapeute**

« Ce n'est pas uniquement la fiole de médicament ou la boîte de cachets qui importe, mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade » [83] Afin d'étayer ces propos de Balint, un médecin généraliste [84] a réalisé sa propre étude en constituant deux groupes de cent patients chroniques dont le diagnostic était variable (douleur, fatigue chronique, toux, maux de tête, maux de ventre). Les patients du premier groupe bénéficient d'une consultation rassurante : diagnostic certifié, réassurance quant au pronostic et prédiction d'un rétablissement rapide. Pour les patients du second groupe, le médecin hésite dans le diagnostic et le pronostic, et leur demande de revenir en cas de persistance des troubles. De plus, dans chacun des deux groupes, la moitié des patients reçoit la prescription d'un placebo ou aucune prescription médicamenteuse. Au bout de quinze jours, les patients ont répondu à un questionnaire dont les résultats étaient clairs : 64% des patients du premier groupe déclarent se porter mieux contre 39% dans l'autre groupe. La présence ou l'absence d'un placebo n'a pas eu d'impact significatif.

Le comportement du médecin lors de cette étude a réellement eu un impact sur l'évolution de l'état de ses patients. Il semblerait que lors de la réponse au questionnaire, les patients se souviennent de l'optimisme ou du pessimisme que le médecin leur a inculqué lors de la consultation et que cela ait des répercussions sur leur évolution. En effet, lorsqu'on leur demande une fréquence ou une intensité des symptômes, les patients en « consultation négative » majorent l'intensité et la fréquence alors que les patients en « consultation positive » feraient abstraction des symptômes tout en minorant leur intensité. [85]

Une autre étude a permis, en 2008, de renforcer le rôle du médecin lui-même dans la prise en charge thérapeutique. [86] L'étude comportait trois groupes : un groupe témoin et deux groupes expérimentaux, dans lesquels tous les patients ont reçu un programme d'acupuncture avec placebo (une illusion d'aiguille pénétrant dans la peau). Les patients du premier groupe expérimental ont été informés par le clinicien

qu'il avait lu leur dossier et leur délivrerait un traitement bénéfique pour eux, puis il ne leur a plus parlé pendant la séance. Dans le deuxième groupe expérimental, les cliniciens ont tenté d'améliorer la relation médecin-patient en faisant appel à des stratégies de communication verbales et non verbales. Au final, même si les deux groupes ont reçu une thérapie placebo, le second groupe, avec la relation médecin-patient améliorée, a obtenu de bien meilleurs résultats.

Dans l'essai clinique, comme dans la relation thérapeutique, le médecin est institué comme un agent de pouvoir. On peut supposer que le niveau hiérarchique du médecin entraînera une réponse majorée (chef de service ou grand professeur) ou minorée (interne) au produit placebo.

- **Recevoir le traitement thérapeutique**

Un simple bonbon au miel serait plus efficace contre la toux s'il est délivré par un pharmacien qui connaît son patient dans le contexte d'une officine que s'il est acheté dans une grande surface anonyme. [85] Il s'agit de l'effet Halo en psychologie, qui stipule que les caractéristiques psychosociales d'un objet influencent sa perception physique et probablement son impact.

Une relation positive patient-thérapeute caractérisée par la confiance, la chaleur et l'empathie, est essentielle pour optimiser l'utilisation des effets placebos dans l'efficacité du traitement. L'alliance thérapeutique implique un lien entre le thérapeute et le patient, ainsi qu'un accord sur les objectifs et les tâches thérapeutiques. Plus ces alliances sont solides, meilleurs sont les résultats à la fin du traitement. Les indicateurs d'une alliance thérapeutique forte incluent la perception du patient de se sentir respecté et pris en charge. De telles relations peuvent favoriser le bien-être émotionnel. L'alliance thérapeutique deviendra plus forte lorsque les cliniciens auront une information optimale et montreront de l'empathie avec la situation du patient, lorsque celui-ci aura la possibilité d'exprimer ses

préoccupations et lorsqu'il recevra des messages cohérents et des soins coordonnés de la part de l'équipe clinique.

Le rôle majeur de la suggestion a été démontré lors de l'administration d'un aérosol de sérum physiologique à quarante patients asthmatiques en précisant qu'il s'agit d'une substance bronchoconstrictrice ; celle-ci entraîna douze crises d'asthme. Ces dernières ont été prises en charge par l'administration d'un nouvel aérosol de sérum physiologique qui était annoncé comme bronchodilatateur ; le douze crises ont été guéries. Ceci explique sûrement la différence observée entre l'efficacité du placebo thérapeutique et l'action généralement moins favorable du placebo dans les essais cliniques. Dans ce dernier cas, les patients sont informés qu'ils ont une chance sur deux de recevoir un produit inactif lors la procédure du consentement éclairé, ce qui réduit leurs espérances. Au contraire, dans le premier cas, les patients sont dupés car on leur affirme qu'ils bénéficient d'un traitement efficace.

De plus, une communication partagée entre le patient et son médecin, basée sur la confiance, est également influencée par une compréhension partagée. Les patients doivent comprendre leur maladie, les risques et les avantages des différentes options de traitement afin de prendre des décisions éclairées concernant le traitement médical. Les cliniciens doivent, quant à eux, comprendre les valeurs, les préférences et les croyances du patient en matière de santé. Une communication réussie entre le médecin et le patient permet une gestion efficace de l'information, et peut accroître l'engagement du patient envers son traitement. [54]

E. Limites de l'effet placebo

1) Un dilemme éthique

L'ignorance délibérée liée à l'usage du placebo devient légitime, instrumentale au nom de la science expérimentale et même éthique lorsque les traitements sont rares.

Par exemple, lorsque la morphine manquait pendant la seconde guerre mondiale, Beecher a administré aux blessés une solution saline. [34]

La déclaration d'Helsinki indique que les essais contrôlés par placebo peuvent être utilisés en l'absence de traitement éprouvé ; qu'un essai contrôlé par placebo est la conception la plus appropriée pour des raisons méthodologiquement convaincantes et scientifiquement valables ; et que l'inclusion dans le groupe placebo n'entraînera pas des risques supplémentaires de préjudice grave ou irréversible du fait de ne pas recevoir la meilleure intervention éprouvée (paragraphe trente-trois). Elle reconnaît le fait que les procédures médicales comportent des risques (paragraphe seize). Toutefois, il est précisé que la recherche médicale impliquant des sujets humains ne peut être menée que si l'importance de l'objectif l'emporte sur les risques et les inconvénients inhérents à ces sujets de recherche et que les nouvelles connaissances ne doivent jamais primer sur les droits et les intérêts des patients.

Les avantages sociétaux ne constituent pas une justification suffisante pour un essai (paragraphe huit) et si les risques sont supérieurs aux bénéfices, il faut impérativement arrêter l'étude (paragraphe dix-huit). Toutefois, ceci est relatif puisque, lorsqu'un patient souffre d'une morbidité grave ou d'une maladie pouvant entraîner la mort, et qu'une intervention thérapeutique a le potentiel d'éviter cela, il est raisonnable d'accepter des niveaux de confiance d'efficacité faibles.

2) Causes d'une mauvaise interprétation de l'effet placebo

Comme nous avons pu le voir, beaucoup d'études rapportent les bénéfices et l'importance de l'effet placebo. Mais plusieurs facteurs peuvent être la cause d'une mauvaise interprétation de celui-ci. [52]

- ☞ L'évolution naturelle de la maladie ; elle peut entraîner une amélioration spontanée de l'état du patient, une fluctuation des symptômes ou encore une habitude aux symptômes.

- ☞ La régression à la moyenne ; c'est la tendance qu'ont les données expérimentales à se rapprocher de la moyenne lors de procédures dans lesquelles les mesures sont répétées. La régression statistique sera alors proportionnelle au degré d'anormalité de la mesure initiale.
- ☞ Les effets des traitements adjuvants ; si plusieurs traitements coexistent, on ne peut pas assurer que l'effet de la prise en charge provient complètement de l'un ou de l'autre.
- ☞ Les biais liés à l'observateur ; ils peuvent être de différentes natures, telles qu'une mauvaise définition des critères d'efficacité, des biais liés aux instruments de mesure ou au recueil des variables, ou encore les conditions de changement du traitement (substance active ou placebo selon l'intensité de symptômes).
- ☞ Des réponses sans rapport avec la variable étudiée, ou douteuses ; par exemple, l'amélioration liée à l'arrêt d'un traitement ayant des effets secondaires indésirables, ou une réaction euphorique dans l'hypomanie spontanée.
- ☞ La persistance d'effets toxiques de substances administrées antérieurement.
- ☞ Les biais liés au patient :
 - certains patients ne disent pas vraiment ce qu'ils pensent ou ressentent par politesse face au médecin qui cherche à les aider ;
 - Des défauts de jugements d'origine névrotique ou psychique ;
 - Des réponses conditionnées telles que l'apprentissage de l'attente d'un effet suite à la prise d'un médicament ;
 - La subordination expérimentale, c'est à dire que le patient dit la réponse qu'il pense être attendue.

☞ Etudes non vérifiables ou non critiquables

☞ L'attribution erronée au placebo d'effets secondaires indésirables comme preuve de son efficacité, alors qu'ils peuvent simplement être dus aux symptômes d'une pathologie, voire d'une comorbidité.

Ces connaissances sont un grand défi scientifique, nous donnant la possibilité d'accéder à ces systèmes endogènes autothérapeutiques très prometteurs. D'un côté, l'effet placebo, parfois très élevé, peut valoir les effets d'une thérapie ; d'un autre côté, il renferme l'espoir d'aboutir à des protocoles pouvant optimiser les résultats thérapeutiques de molécules actives dans l'intérêt des patients.

Apprendre à connaître les facteurs individuels et contextuels, pouvant intervenir sur la disposition, plus ou moins forte, d'un individu à répondre au traitement placebo, pourrait permettre de mieux identifier les vrais facteurs de l'efficacité d'un traitement. Les facteurs impliqués dans la réponse placebo sont insuffisamment analysés dans les essais cliniques. Le processus de traitement peut lui-même receler une efficacité et il est fortement probable qu'une certaine proportion d'effet placebo intervienne dans tout résultat de traitement actif. La rareté des études comprenant un groupe non traité et le faible nombre de patients limite souvent la portée des conclusions.

De plus, participer à un essai clinique implique des motivations différentes pour chacun.

Cependant, il est nécessaire de poursuivre les études concernant les placebos et leurs effets, qui pourraient sur le long terme être utilisés notamment lors d'interactions médicamenteuses ou de contre-indications à un traitement important.

III. Différentes alternatives non médicamenteuses

A. Hypnose

Communément décrite comme un état modifié de la conscience, entre éveil et sommeil, l'hypnose favorise le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient. [87] Elle impacte le corps d'une atonie musculaire et l'esprit d'une activité cérébrale intense. Cela entraîne une perméabilité mentale qui rend l'inconscient accessible à la suggestion, mais aussi aux évocations métaphoriques, non verbales et sensorielles. Il s'agit d'un phénomène naturel, dont la réalité a été établie par imagerie fonctionnelle. [88]

Classée parmi les « thérapies brèves », l'hypnose thérapeutique exploite les ressources de l'inconscient pour valoriser des potentialités insoupçonnées, modifier les croyances, les perceptions et comportements à des fins sanitaires, renforcer la motivation, et même modifier les sensations physiques.

Cet outil permet la prise en charge du patient sur deux dimensions :

- La dimension somatique et fonctionnelle : elle permet de supporter les différents types de douleur (aiguë, chronique, arthrosique, de membres fantômes, etc.), d'atténuer certains syndromes fonctionnels (fibromyalgie, dystonie, colopathie), de réduire l'anxiété et le stress, d'améliorer le contrôle moteur (neurologie, orthopédie) ou les flux ventilatoires (pneumopathies), ainsi que de gérer l'effort (sport, cardiologie).
- La dimension mentale pour faire évoluer le projet du patient : faciliter l'acceptation de certains états (tels que la limitations ou pertes fonctionnelles), favoriser l'intégration de modifications corporelles (mutilations), faire évoluer les représentations de soi/du monde/de sa vie dans le monde, ajuster les projections et orientations envisageables, optimiser la participation aux

processus de rééducation-réadaptation, accompagner dans l'autodétermination.

Les indications de l'hypnose sont largement étendues : elles concernent aussi bien les adultes que les enfants, qui sont souvent plus réceptifs du fait d'une moindre inhibition de leur imaginaire et d'une barrière de la conscience plus frêle. [89]

Les indications courantes de l'hypnothérapie concernent plusieurs spécialités médicales [90] :

- Psychiatrie : dépression, troubles névrotiques (en particulier les phobies), névroses d'angoisse et névroses post-traumatiques, les PTSD (syndrome de stress post-traumatique), toxicomanies, alcoolisme, sevrage tabagique, troubles du sommeil, troubles du comportement alimentaire, troubles de la mémoire et de la concentration, complément à une psychothérapie, etc.
- Psychosomatique : douleurs rebelles diverses, migraines, gastrites et ulcères gastro-duodénaux, angor, dyspnées fonctionnelles, etc.
- Médecine interne : certains troubles allergiques (tels que le psoriasis, asthme, rhinites allergiques, eczémas, etc.), pathologies du stress et de la douleur.
- Oncologie : contrôle de la douleur, contrôle des effets secondaires indésirables de la chimiothérapie et de la radiothérapie (tels que les nausées, vomissements, stomatites, etc.), accompagnement psychologique du malade pendant la maladie ou en phase terminale.
- Rhumatologie : contrôle de la douleur, travail sur les bénéfices secondaires, sur le processus inflammatoire, diminution de la médication, des effets secondaires indésirables, etc.

- Chirurgie : préparation à l'intervention chirurgicale, anesthésie locale ou locorégionale, contrôle du saignement, contrôle post-opératoire de la douleur, augmentation de la qualité et de la vitesse de cicatrisation, diminution du temps de séjour hospitalier, facilité du changement de pansements (traitement des grands brûlés par exemple), en urgence (réduction de fractures ou de luxations, sutures, débridement de plaies, kystes et petite chirurgie, endoscopies, bronchoscopies, coloscopies, prélèvement en vue d'une examen histologique, etc.).
- Médecine dentaire : contrôle de la douleur et de la peur des soins, contrôle du saignement, bruxisme, tolérance aux prothèses, etc.
- Sexologie : impuissance, frigidité, douleurs.
- Gynécologie-obstétrique : préparation à l'accouchement.

Au cours des dernières années, l'hypnose s'est fait une place dans certains services hospitaliers ; mais on peut aisément imaginer un emploi beaucoup plus fréquent de l'hypnose dans ce milieu: consultations interdisciplinaires de la douleur ou du stress, diminution du nombre d'anesthésies générales, etc. Outre l'amélioration du confort du patient, les bénéfices d'une telle évolution se vérifieraient aussi par une probable atténuation des coûts de santé, grâce à un raccourcissement de la durée du séjour hospitalier et à la diminution de la prescription médicamenteuse.

B. Méditation

Shapiro (2006) propose de définir la méditation de la façon suivante : « le terme de méditation se réfère à une famille de pratique de l'autorégulation qui se focalise sur l'attention et la conscience afin d'amener les processus mentaux sous un contrôle

volontaire plus grand, et de ce fait, entraîner un bien-être mental et physique qui a pour objectif de développer des états émotionnels spécifiques comme la joie, le calme. Elle se réfère donc à une famille de techniques qui ont en commun une tentative consciente de focalisation de l'attention de manière non analytique, et une tentative de ne pas demeurer sur des pensées discursives et ruminatives. »

Cependant, il n'existe pas de définition type de ce concept, qui varie en fonction de l'angle disciplinaire sous lequel il est étudié. On distingue principalement deux grandes familles de méditation au sein desquelles se distribuent des dizaines d'approches : [91]

- Famille de la concentration : elle consiste à focaliser consciemment, progressivement, de manière intense et prolongée et de façon soutenue, son activité mentale sur un point précis. Ainsi, toutes les autres activités mentales telles que l'activité sensorielle, la perception du monde extérieur et la perception du corps sont temporairement éliminées.
- Famille de la vision pénétrante, traditionnellement appelée « méditation en pleine conscience » ou « méditation d'attention vigilante ». Elle peut se définir par un état dans lequel le sujet fait attention à l'expérience présente de manière vigilante ou encore au flux de stimuli continus internes et externes, au fur et à mesure de son apparition dans une optique de non-jugement et de non-évaluation. Elle met en œuvre un processus de détachement vis-à-vis des pensées, des sensations et des émotions afin que celles-ci puissent être expérimentées dans leur subjectivité et leur nature transitoire.

Les applications de la méditation sont variées :

- Troubles affectifs et anxiété : Astin a mis en évidence en 1997 [92] une diminution significative des symptômes liés à la détresse psychologie après un programme de méditation en pleine conscience auprès d'une population d'étudiants. Il pense que cette forme de méditation peut s'avérer être une stratégie d'adaptation efficace au niveau de la transformation des modes de réponse aux événements de la

vie, et présenter un potentiel de prévention contre la rechute des troubles affectifs. Il appuie également l'intérêt de cette technique de méditation par son action sur la baisse de la détresse émotionnelle et l'augmentation du sens de contrôle.

- Immunité, neurologie et santé

Des recherches précises à propos du concours de moines bouddhistes ont montré qu'un programme court de méditation produit des changements positifs et durables sur le cerveau et le fonctionnement sur le système immunitaire. Cela suggère que la méditation, bien connue comme une technique pour réduire le stress et l'anxiété, produirait également des effets biologiques importants qui améliorent la résistance immunitaire d'une personne. La méditation contribue également à augmenter l'activité cérébrale de l'hémisphère gauche du cerveau, associé à une baisse de l'anxiété et de l'affect négatif, et à une amélioration de l'affect positif.

Au niveau des réponses immunitaires, les données montrent une fabrication d'anticorps plus rapide dans le groupe des méditants. Davidson en a déduit, en 2003, que les émotions positives engendrées par la pratique de la méditation induisent un réel bénéfice immunitaire.

- Troubles dermatologiques :

Une étude contrôlée de Kabat-Zin [93] a évalué l'influence d'une intervention de méditation par l'intermédiaire d'enregistrements audio sur la vitesse de régression du psoriasis chez des patients sous traitement de photothérapie (UVB) et de photochimiothérapie (PUVA). Les résultats suggèrent que la régression des lésions cutanées peut être accélérée quand les sujets se laissent guider par l'exercice de réduction de stress au cours de leur traitement.

- Gestion de la douleur :

Une étude dirigée par Plews-Ogan [94] a comparé l'efficacité d'un programme de méditation et d'une pratique de massage dans la gestion de la douleur musculo-squelettique chronique. Les résultats montrent que la pratique de massage va dans le

sens d'un impact positif sur le caractère déplaisant de la douleur, mais celui-ci diminue dans le temps. Les résultats de la méditation rapportent un effet positif sur la santé mentale qui semble persister une fois le traitement terminé.

- Gestion du stress et qualité de vie :

Après une étude contrôlée sur les effets de la méditation sur le niveau du stress, de la qualité de vie et du bien-être chez les professionnels de santé, Shapiro (2005) [95] a constaté que, dans le groupe adhérant à la méditation, les sujets présentaient une baisse significative du stress, une augmentation de la compassion, une plus grande satisfaction de la vie, une diminution du burn-out et une baisse de la détresse psychologique.

Specia et al. [96] ont montré qu'un programme de méditation en pleine conscience, relativement court, peut réduire de façon efficace la perturbation de l'humeur, la fatigue et un large spectre de symptômes liés au stress chez les patients atteints de cancer.

Williams et al. [97] ont étudié les effets d'un programme de méditation basé sur la méditation dans la réduction de symptômes psychologiques et médicaux. Les résultats ont montré une amélioration de la santé mentale et physique par son action sur la réduction du stress, mais aussi des diminutions significatives des effets des soucis quotidiens, de la détresse psychologique et des symptômes médicaux avec un maintien à trois mois.

C. Sophrologie

Le terme sophrologie vient du grec *Sos* (harmonie), *phren* (esprit) et *logos* (étude), ainsi définie comme la science de la sérénité de l'esprit. Basée sur des techniques et des exercices de détente, elle harmonise le corps et le psychisme afin d'obtenir un état de bien-être total. Elle éveille la conscience en puisant dans les ressources personnelles par un travail conscient, à la fois corporel et mental. Cette méthode dans sa globalité permet de compléter certains traitements médicaux en prenant en

compte la personne malade dans sa réalité, sans s'arrêter aux symptômes. Elle s'applique à de nombreux domaines de la santé, tels que la douleur chronique, les cancers, la fibromyalgie, les troubles alimentaires, troubles du sommeil, etc. Nous allons ici développer l'effet de la sophrologie durant une séance d'hémodialyse, puis dans la prise en charge des acouphènes.

1) Pertinence de la sophrologie en hémodialyse

Une étude parue en 2018 [98] a évalué la pertinence et les potentiels bénéfiques de l'expérimentation de la sophrologie en hémodialyse. L'indicateur choisi pour juger de la pertinence de cette technique est la « cohérence cardiaque ». Il s'agit de l'état normal de la courbe de variabilité cardiaque, lorsque les contractions du cœur accélèrent ou ralentissent de façon désordonnée afin de s'adapter à l'environnement et aux éléments extérieurs. La fluctuation périodique de la variabilité cardiaque a ainsi été mesurée durant le protocole. Celle-ci permet d'apprécier l'état d'équilibre physique, physiologique, émotionnel et mental.

Les résultats ont prouvé que la sophrologie contribue à améliorer de façon très satisfaisante (75%) ou satisfaisante (25%) le niveau général de bien-être des patients. Elle permet essentiellement de réduire les douleurs et le stress pour 62,5% des patients. Elle permet également d'améliorer l'environnement de la dialyse : communication, émulation positive et plus généralement la qualité de prise en charge.

Les données montrent qu'après deux minutes de pratique respiratoire, les enregistrements mettent en évidence une disparition du « chaos cardiaque » pour 100% des patients. On retrouve également une fluctuation périodique et cohérente de la variabilité cardiaque, ainsi que des effets sur les systèmes nerveux sympathique et parasympathique, objectivée sur la totalité des spectrogrammes des trente patients. Après une pratique respiratoire de sophrologie de cinq minutes, les effets précédemment cités sont potentialisés.

La sophrologie peut ainsi trouver sa place dans une unité d'hémodialyse, puisqu'elle contribue indéniablement au bien-être du patient et à une meilleure qualité de la prise en charge globale. Elle pourrait également entrer dans une démarche d'éducation thérapeutique du patient, d'autant plus si ceux-ci ont un projet de greffe.

2) Application clinique dans certains troubles de l'audition : les acouphènes

La perception de l'acouphène serait due à une activité anormale dans des régions corticales, qui sont responsables des fonctions d'attention, de mémoire et d'émotion. [99] Il y aurait également une participation du cortex préfrontal et du système limbique, ce qui souligne l'importance de l'impact émotionnel dans l'acouphène.

La notion de stress est retrouvée chez un grand nombre de patients souffrant d'acouphènes. Ceci s'explique par le fait que le stress quotidien amène la personne à focaliser sur son symptôme et entretient les pensées obsessionnelles et inadaptées associées à l'acouphène.

Un protocole spécifique de six séances va être mis en place, avec deux séances par étape : la première étape permet de découvrir le ressenti corporel, la deuxième étape consiste à prendre en charge les symptômes et la troisième étape met en place l'habituation et l'autonomie. Ceci peut passer par différentes techniques qui sont regroupées en trois grandes catégories : les techniques de respiration, la relaxation dynamique en position debout et des techniques spécifiques, qui permettent de plonger le patient dans un état de transition entre l'éveil et le sommeil, tel que nous l'avons vu précédemment avec la méditation. Cela permet une meilleure intégration des messages délivrés et une plus grande influence sur les cognitions et les comportements ultérieurs.

L'efficacité du protocole de sophrologie sur la qualité de vie des patients souffrant d'acouphènes chroniques est évaluée en calculant l'inventaire du handicap

lié aux acouphènes (THI : *Tinnitus Handicap Inventory*). Le questionnaire comporte vingt-cinq questions et le résultat est obtenu par une note sur cent points (Figure 4). Dans cette étude, cinq sophrologues ont évalué les THI de quatre-vingt-trois patients avant et après cinq ou six séances. Les résultats obtenus sont répertoriés dans le Tableau 1.

Score THI	Début	Fin	Différence (fin-début)
Léger (0-16), n=5	12,2	10,8	1,4
Moyen (18-36), n=10	27,6	14,4	13,2
Modéré (38-56), n=25	47,9	28,1	19,8
Sévère (58-76), n=32	65,4	29,6	35,8
Catastrophique (78-100), n=11	85,1	33,1	52,0

Tableau 1 : évolution du THI après 5 ou 6 séances de sophrologie dans la prise en charge des troubles acouphéniques

Avant la sophrologie, le score moyen de THI tous patients confondus était de 54,96 +/- 20,08. Après les séances de sophrologie, il était de 26,66 +/- 17,04, avec une diminution moyenne de 28,3 +/- 20,74.

QUESTIONNAIRE WIDEX



L'INVENTAIRE DU HANDICAP **ACOUPHÉNIQUE** (THI)

Nom : _____

Date : _____

L'objectif de ce questionnaire est d'identifier les problèmes que vos acouphènes peuvent vous poser.

Cochez 'Oui', 'Parfois' ou 'Non' pour chaque question. Veuillez répondre à toutes les questions.

1. Vos acouphènes vous empêchent-ils de vous concentrer ? Oui (4) Parfois (2) Non (0)

2. L'intensité de vos acouphènes vous empêche-t-elle de bien entendre les gens ? Oui (4) Parfois (2) Non (0)

3. Vos acouphènes vous mettent-ils en colère ? Oui (4) Parfois (2) Non (0)

4. Vos acouphènes vous rendent-ils confus(e) ? Oui (4) Parfois (2) Non (0)

5. Êtes-vous désespéré(e) à cause de vos acouphènes ? Oui (4) Parfois (2) Non (0)

6. Vous plaignez-vous souvent de vos acouphènes ? Oui (4) Parfois (2) Non (0)

7. Vos acouphènes vous posent-ils problème pour vous endormir ? Oui (4) Parfois (2) Non (0)

8. Avez-vous l'impression que vous ne pouvez pas échapper à vos acouphènes ? Oui (4) Parfois (2) Non (0)

9. Vos acouphènes interfèrent-ils avec votre capacité à apprécier les activités sociales (comme sortir dîner ou aller au cinéma) ? Oui (4) Parfois (2) Non (0)

10. Êtes-vous frustré(e) à cause de vos acouphènes ? Oui (4) Parfois (2) Non (0)

11. Avez-vous le sentiment d'avoir une maladie grave à cause de vos acouphènes ? Oui (4) Parfois (2) Non (0)

Ce questionnaire a été reproduit avec l'aimable autorisation de Craig Newman, Ph.D

12. Vos acouphènes vous empêchent-ils de profiter de la vie ?	<input type="checkbox"/> Oui (4)	<input type="checkbox"/> Parfois (2)	<input type="checkbox"/> Non (0)
13. Vos acouphènes interfèrent-ils avec votre travail ou vos responsabilités domestiques ?	<input type="checkbox"/> Oui (4)	<input type="checkbox"/> Parfois (2)	<input type="checkbox"/> Non (0)
14. À cause de vos acouphènes, avez-vous le sentiment d'être souvent irritable ?	<input type="checkbox"/> Oui (4)	<input type="checkbox"/> Parfois (2)	<input type="checkbox"/> Non (0)
15. Avez-vous des difficultés à lire à cause de vos acouphènes ?	<input type="checkbox"/> Oui (4)	<input type="checkbox"/> Parfois (2)	<input type="checkbox"/> Non (0)
16. Vos acouphènes vous contrarient-ils ?	<input type="checkbox"/> Oui (4)	<input type="checkbox"/> Parfois (2)	<input type="checkbox"/> Non (0)
17. Pensez-vous que les acouphènes pèsent lourdement sur vos relations avec vos proches et/ou vos amis ?	<input type="checkbox"/> Oui (4)	<input type="checkbox"/> Parfois (2)	<input type="checkbox"/> Non (0)
18. Avez-vous des difficultés à ne pas prêter attention à vos acouphènes et à vous concentrer sur autre chose ?	<input type="checkbox"/> Oui (4)	<input type="checkbox"/> Parfois (2)	<input type="checkbox"/> Non (0)
19. Avez-vous le sentiment de ne pas contrôler vos acouphènes ?	<input type="checkbox"/> Oui (4)	<input type="checkbox"/> Parfois (2)	<input type="checkbox"/> Non (0)
20. Êtes-vous souvent fatigué(e) à cause de vos acouphènes ?	<input type="checkbox"/> Oui (4)	<input type="checkbox"/> Parfois (2)	<input type="checkbox"/> Non (0)
21. Êtes-vous déprimé(e) à cause de vos acouphènes ?	<input type="checkbox"/> Oui (4)	<input type="checkbox"/> Parfois (2)	<input type="checkbox"/> Non (0)
22. Vos acouphènes engendrent-ils un sentiment d'anxiété ?	<input type="checkbox"/> Oui (4)	<input type="checkbox"/> Parfois (2)	<input type="checkbox"/> Non (0)
23. Avez-vous le sentiment de ne plus pouvoir faire face à vos acouphènes ?	<input type="checkbox"/> Oui (4)	<input type="checkbox"/> Parfois (2)	<input type="checkbox"/> Non (0)
24. Vos acouphènes s'aggravent-ils lorsque vous êtes stressé(e) ?	<input type="checkbox"/> Oui (4)	<input type="checkbox"/> Parfois (2)	<input type="checkbox"/> Non (0)
25. Vos acouphènes engendrent-ils un sentiment d'insécurité ?	<input type="checkbox"/> Oui (4)	<input type="checkbox"/> Parfois (2)	<input type="checkbox"/> Non (0)

Ce questionnaire a été reproduit avec l'aimable autorisation de Craig Newman, Ph.D

QUESTIONNAIRE THI WIDEX | 2/:

Réservé au clinicien

Score THI total : (nombre de réponses 'Oui' x 4) + (nombre de réponses 'Parfois' x 2) = _____

Déterminer la présence de handicap perçu lié aux acouphènes basé sur le score THI total.

- 0-16 : Peu ou pas de handicap (Degré 1)
- 18-36 : Handicap léger (Degré 2)
- 38-56 : Handicap modéré (Degré 3)
- 58-76 : Handicap sévère (Degré 4)
- 78-100 : Handicap catastrophique (Degré 5)

Ce questionnaire a été reproduit avec l'aimable autorisation de Craig Newman, Ph.D

Références

Newman, C. W., Jacobson, G. P., & Spitzer, J. B. (1996). Development of the Tinnitus Handicap Inventory. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 122, 143-148.

McCombe, A., Bagueley, D., Coles, R., McKenna, L., McKinney, C. & Windle-Taylor, P. (2001). Guidelines for the grading of tinnitus severity: The results of a working group commissioned by the British Association of Otolaryngologists, Head and Neck Surgeons, 1999. *Clin Otolaryngol*, 26, 388-393.

Ce questionnaire a été reproduit avec l'aimable autorisation de Craig Newman, Ph.D

9 502 4576 003 #01



QUESTIONNAIRE THI WIDEX | 3/3

Figure 4 : Questionnaire d'évaluation du handicap lié aux acouphènes

Ainsi, une prise en charge avec la sophrologie permet :

- De renforcer et d'appuyer le travail du médecin par une approche pédagogique des symptômes ;
- D'aider le patient à prendre une part active dans la prise en charge des symptômes par des exercices de défocalisation ;
- De se détacher d'émotions désagréables ou d'un contexte agité, sollicitant ou bruyant ;
- De développer de meilleures ressources attentionnelles et de contrôler le flux de pensée ;
- D'apprendre à récupérer physiquement et nerveusement, ainsi qu'à développer des capacités de mémoire et de concentration en cas de fatigue ou d'épuisement.

Dans le cas de pathologies lourdes, la sophrologie peut agir sur l'acceptation de la maladie et des traitements, mais également sur la préparation aux interventions lourdes. Quelle que soit la pathologie, elle renforce les ressources propres du sujet face à la maladie, propose une prise en charge plus autonome et responsable des symptômes, et apporte une réponse spécifique via la plasticité neuronale.

Grâce à une alliance thérapeutique de confiance et à un entraînement régulier, la sophrologie permet d'aller vers un état de conscience plus apaisé, à la recherche d'un équilibre de vie personnelle et une expérience plus profonde des valeurs de vie.

D. Pratique sportive

Entre le développement des transports et la transformation des modes de vie, le niveau de sédentarité a considérablement augmenté ces dernières années, en particulier dans les pays développés. Cela entraîne des conséquences majeures pour la santé générale des populations, à la fois au niveau de la prévalence de maladies non transmissibles (maladies cardio-vasculaires, diabète, cancers) mais aussi de leurs

facteurs de risque (hypertension, glycémie, surcharge pondérale). Au sein de l'Union Européenne, l'inactivité physique serait directement responsable de près d'un million de décès par an.

L'activité physique est devenue est priorité de santé publique dans de nombreux pays et fait l'objet de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales. L'estimation du coût engendré par la sédentarité comme facteur de risque de nombreuses maladies a été mise en avant par de nombreuses études ces dernières années. Les résultats permettent de juger du potentiel d'économies d'une forte action en faveur de la promotion de la pratique sportive.

En responsabilisant les patients, qui sont également des assurés sociaux, la promotion du sport-santé permet d'offrir des solutions durables aux pouvoirs publics, soucieux d'assurer la pérennité des systèmes de protection sociale confrontés au double défi de la contraction des sources de financement et de l'accroissement simultané des dépenses.

1) Histoire de la prise de conscience de l'intérêt de l'activité physique

Les premiers liens (intuitifs) entre l'activité physique et l'état de santé remontent principalement à la démarche philosophique (avec Aristote et Hippocrate) et vont être développés au fil des grandes découvertes médicales, dès le XVIème siècle : la circulation pulmonaire (1540), la circulation sanguine et le rôle du cœur (1628), la consommation d'oxygène et la respiration (1784) ou encore la fonction glycogénique du foie (1850). [100]

Suite à ces découvertes, les États ont instauré la gymnastique : la Suède a créé un Institut Royal de gymnastique en 1813. Bientôt, les effets présumés favorables de l'exercice physique sur l'organisme humain font l'objet de recherches scientifiques, notamment au Etats-Unis. En 1907, Fernand Lagrange s'insurge contre l'insuffisance de jeux et d'activités en plein air dans les internats de France, promouvant ainsi

l'activité physique comme politique de santé publique. Le rôle « hygiénique » et médical de l'activité physique est alors étudié et trouve des réponses académiques.

Vient ensuite la lutte contre la sédentarité. La Norvège met au point une action à long terme (le programme TRIM en 1967) qui vise à encourager la population à participer le plus largement possible à des activités sportives. Par la suite, plusieurs pays introduisent l'activité physique dans le cadre général de la promotion de la santé : la Suède, le Québec, la Suisse, la RFA, et le Japon. Aux Etats-Unis, la promotion des activités physiques et sportives, portée par la recherche scientifique, fait l'objet de onze recommandations des autorités fédérales dans le cadre des objectifs nationaux de santé dans les années 1980-1990.

Le phénomène le plus récent, et toujours d'actualité, est l'obésité. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la prévalence de l'obésité à l'échelle mondiale a pris des proportions épidémiques depuis quarante ans, avec des chiffres doublés en l'espace de trente ans. Ce phénomène est observé dans tous les pays, dans l'ensemble des tranches d'âge, quel que soit le groupe socio-économique. En 2014, 40% de la population adulte mondiale (1,9 milliards) étaient en surcharge pondérale, avec 13% de la population adulte mondiale (600 millions) étant obèses.

En France, le taux d'obésité a également doublé en à peine plus de vingt ans (6% en 1989 et 12% en 2011). Sur la même période, le taux de français en surpoids est passé de 30% à 38%. Les projections pour les années 2020 prédisent un taux de près de 45%, soit presque une personne sur deux.

Le surpoids et l'obésité ont de nombreuses conséquences sur la santé et sont un facteur de risque majeur des maladies cardio-vasculaires, (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux), du diabète, des troubles musculo-squelettiques et de l'arthrose, ainsi que de nombreux cancers (endomètre, sein, côlon) et de mal-être jusqu'à la dépression. Chez l'enfant, ils sont associés à un risque important de décès prématuré et d'incapacité à l'âge adulte. Ils entraînent également des difficultés

respiratoires, l'apparition des premiers marqueurs de maladies cardiovasculaires et d'hypertension artérielle chez l'enfant.

Cette « épidémie » de surpoids et d'obésité est due à de nombreuses causes dont deux évolutions majeures : d'une part, en raison d'une alimentation concentrée sur des aliments riches en gras, en sel, en sucre, très caloriques et peu nutritifs, et, d'autre part, à cause d'un manque d'activité physique.

2) Bienfaits de l'activité physique sur la santé

Les bienfaits de la pratique sportive sur la santé sont multiples et touchent l'ensemble de la population, quel que soit le sexe ou l'âge. D'après l'Académie de médecine, la pratique d'une activité physique et sportive permet une réduction notable de la mortalité prématurée, variable en fonction du type d'activité effectuée et du niveau choisi. En 2011, une étude prospective a estimé le gain en espérance de vie d'une pratique régulière à trois ans (quinze minutes par jour ou quatre-vingt-douze minutes par semaine). [101] Quels que soient l'âge et le sexe, chaque quart d'heure supplémentaire d'exercice journalier réduirait la mortalité globale de 4% et la mortalité par cancer de 1%.

Les études publiées ces dernières années, portant sur au moins 5000 personnes de la population générale et suivies pendant au moins cinq ans, montrent un risque relatif de décès diminué chez les personnes physiquement actives vis-à-vis des personnes inactives, et ce, quels que soient l'âge et la cause du décès. [102] En fonction du type et du niveau d'activité, la réduction de la mortalité générale est comprise entre 2% et 58%.

L'impact physiologique et les gains sur la santé des individus de la pratique de l'activité physique sont nombreux, et sont résumés dans le Tableau 2:

<u>Augmentation</u>	<u>Diminution</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equilibre ▪ Densité des capillaires ▪ Fonction endothéliale ▪ Fonction immunitaire ▪ Masse corporelle maigre ▪ Recrutement unité motrice ▪ Coordination neuromusculaire ▪ Densité osseuse ▪ Diamètre des artères coronaires ▪ HDL ▪ Sensibilité à l'insuline ▪ Volume mitochondrial ▪ Taille des fibres musculaires ▪ Volume d'éjection systolique ▪ Facultés physiques ▪ Fonctions cognitives ▪ Maintien du poids 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coagulation sanguine ▪ Inflammation ▪ Cancer du sein ▪ Pathologies coronariennes ▪ Gain de poids excessif ▪ Blessure après chute ▪ Risque de mort ▪ Diabète de type 2 ▪ Cancer du côlon ▪ Dépression ▪ Fractures ▪ Ostéoporose ▪ AVC

Tableau 2 : Effets et bénéfices de l'activité physique et sportive sur la santé

Chez les personnes âgées, l'activité physique retarde certains processus délétères au vieillissement et contribue à préserver un degré de qualité de vie au cours de l'avancée en âge. Elle permet également de réduire le risque de chute (et ainsi de fractures, notamment du col du fémur) et de retarder l'entrée dans la dépendance grâce au maintien de la fonction musculaire. Enfin, elle a une action sur la santé mentale en contribuant au bien-être subjectif général : baisse du niveau de stress, rapport au corps, participation active à la vie sociale.

3) Place actuelle du sport dans la prise en charge de la santé

Les bénéfices attribués au sport dans le bien-être et la santé ont permis d'intégrer le sport en tant que méthode-clé dans la prévention des maladies non transmissibles dans le Plan d'action mondial de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2013). L'insuffisance d'activité physique est identifiée comme une cause majeure de mortalité prématurée et se place en deuxième position des facteurs de risques modifiables de maladies chroniques après le tabac dans les sociétés occidentales. On a également trouvé une corrélation entre la participation sportive et des liens sociaux plus étroits, une diminution des comportements à risque et de meilleurs résultats en matière de santé mentale. La pratique sportive est ainsi devenue un outil politique populaire dans la sensibilisation, l'intervention et la prévention sociale pour tous, d'autant plus pour les populations considérées à risque pour leur santé physique, mentale et sociale. [103]

Cependant, les chercheurs suggèrent que le coût sans cesse croissant de la participation sportive et le manque d'accès aux installations sportives ont créé un accès inéquitable aux activités sportives favorables à la santé. Il est important de noter que certains spécialistes ont affirmé que le sport et la santé ne pouvaient être corrélés que si l'activité physique était gérée de manière stratégique et intentionnelle, en vue de l'obtention de résultats spécifiques. Des chercheurs se sont alors intéressés aux contextes de gestion ou d'organisation qui favorisent ou inhibent l'efficacité du sport pour promouvoir la santé. Il en ressort trois grands thèmes :

- Le sport doit être accessible, aligné sur les besoins de la communauté, et laisser une certaine autonomie au patient. Une certaine souplesse du programme permet d'impliquer et de maintenir la participation des patients.
- Le sport devrait être adaptable et évoluer afin d'assurer le développement d'une culture valorisant la santé. Il faudrait promouvoir l'amélioration de la

santé plutôt que de se concentrer exclusivement sur la compétition et encourager les participants à dépasser des limites raisonnables et saines.

- Les organisations sportives devraient tirer parti des partenariats pour renforcer les capacités en matière de santé et promouvoir la poursuite du sport sur le long terme. De nombreuses organisations sportives (et plus particulièrement les équipes sportives professionnelles) sont moins susceptibles d'adopter et de maintenir la promotion de la santé, à moins d'avoir des opportunités à retombées économiques. On peut alors leur proposer la visibilité des partenariats, mais aussi exploiter l'expertise et les ressources de santé publique au niveau local et national pour développer des programmes liés à la santé.

4) Prescription d'activité physique en France

Les bienfaits de l'activité physique sur la santé, quel que soit son état de santé, ne sont plus à démontrer. Elle est recommandée pour tous, et plus particulièrement pour les patients atteints de pathologies chroniques. [104] En effet, pratiquer une activité physique a des effets bénéfiques sur la santé, la condition physique ainsi que le maintien de l'autonomie à tous les âges de la vie. L'activité physique permet de prévenir de nombreuses pathologies lourdes, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les cancers, etc. Mais chercheurs et médecins se sont rendu compte qu'elle pouvait également être une thérapeutique à part entière, seule ou associée à une thérapie médicamenteuse.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise, chez l'adulte en bonne santé, une activité physique d'endurance régulière et d'intensité modérée, au moins équivalente à 150 minutes, réparties en trois à cinq séances par semaine, ainsi que des exercices de renforcement musculaire au moins deux fois par semaine. Ces recommandations doivent ensuite être adaptées à l'âge du patient, ainsi qu'à son état de santé. Afin d'obtenir un effet optimal, l'activité physique doit être associée à une

réduction du temps passé à des activités sédentaires qui ont des effets délétères sur la santé, telles que travailler sur un ordinateur, jouer à des jeux vidéo, lire en position assise ou allongée, etc.

En France, le développement de l'activité physique constitue un des axes majeurs de plusieurs plans nationaux depuis les années 2000. Depuis 2016, la loi de modernisation de notre système de santé propose de développer la promotion de l'activité physique sur ordonnance en soins primaires pour les patients atteints d'une affection de longue durée. La Haute Autorité de Santé a mis en place des documents afin de faciliter la prescription d'activité physique adaptée à la pathologie par les médecins (et plus particulièrement les médecins traitants). Cela devrait favoriser l'émergence de parcours de santé structurés et pluri-professionnels, et permettre le développement d'une politique nationale d'activité physique sur ordonnance en soins primaires.

5) Étude locale : l'expérience de Biarritz Côte Basque Sport Santé

Créée en 2009, Biarritz Côte Basque Sport Santé (BSS) est une association 1901 qui vise à sensibiliser le grand public à l'importance d'une pratique régulière d'activité physique, avec des manifestations régulières dans l'année afin que chacun devienne acteur de sa propre santé. [105] Elle permet à Biarritz de bénéficier du label Ville Active du Plan National Nutrition et Santé depuis 2011, et l'association a obtenu un agrément du ministère de la Jeunesse et des Sports en 2013.

Chaque printemps, depuis 2010, la journée « Biarritz en forme » propose au grand public de s'initier gratuitement à toute une série de disciplines proposées par les associations sportives locales. Chaque fin d'année, depuis 2008, les « rencontres de Biarritz » réunissent les spécialistes du sport-santé pour échanger sur les différents domaines de ce thème. Depuis novembre 2013, des parcours de sport-santé urbains adaptés à tous les publics (« les chemins urbains ») ont été mis en place par BSS. Il s'agit de flash-codes permettant de visualiser des exercices et des conseils s'appuyant

sur des supports du mobilier urbain, tels que des bancs, escaliers et trottoirs. Durant les « rendez-vous de la forme » périodiques, ces parcours sont gratuitement encadrés par des éducateurs issus des associations de la ville.

Depuis mars 2015, suite à l'amendement Fourneyron qui permet aux médecins traitants de prescrire des séances d'activité physique adaptées aux patients atteints d'affections de longue durée, BSS a lancé une étude-pilote à destination des sujets inactifs n'ayant pas encore développé de pathologie chronique. Le but était de savoir si un dispositif structuré, associant le médecin traitant, des éducateurs de clubs sportifs avec l'utilisation d'une cellule d'évaluation et de suivi, constituait un outil applicable en prévention primaire, dans le but de convertir à l'activité physique à court terme des individus insuffisamment actifs (un nombre de pas inférieur à 5000 par jour). BSS a donc instauré un protocole de prescription de l'activité physique (Figure 5).

Les médecins traitants volontaires repèrent les individus potentiellement inactifs, leur remettent un podomètre afin d'objectiver leur degré d'insuffisance d'activité physique par un auto-relevé du nombre de pas effectués par semaine (un nombre de pas inférieur à 35 000 par semaine). Il les revoient ensuite afin de décider de leur inclusion dans le dispositif et établir un certificat de non contre-indication à la pratique sportive ; il peut néanmoins restreindre certains types d'activités en fonction des pathologies ou des antécédents, tels que des antécédents d'épilepsie ou une pratique en milieu aquatique, par exemple. Les médecins peuvent ensuite diriger les patients vers une association sportive partenaire ou vers l'un des deux éducateurs médico-sportifs de BSS, qui, après un entretien motivationnel et une évaluation, les orientent vers les activités les plus appropriées et assurent leur suivi pendant douze semaines.

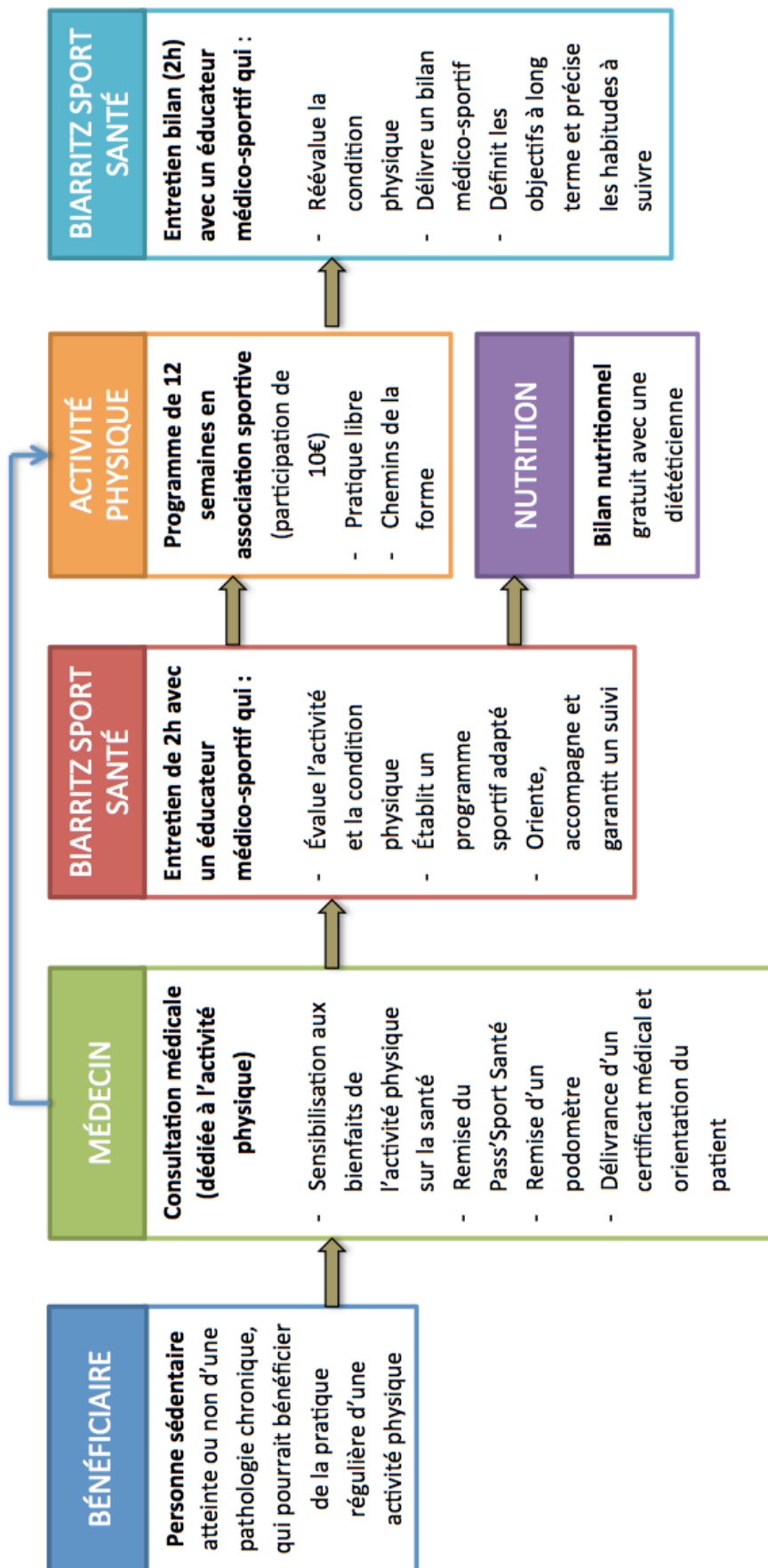


Figure 5 : protocole de prescription de l'activité physique selon Biarritz Côte Basque Sport Santé

Parmi les activités proposées, avec l'objectif d'au minimum une séance par semaine, on retrouve :

- ✚ le **pilates** : renforcement des chaînes musculaires profonde et travail sur la posture ;
- ✚ le **pilates matériel** : pilates avec des ballons, des élastiques de résistance et des rouleaux ;
- ✚ la **randonnée pédestre** ;
- ✚ la **marche active**, selon un rythme plus soutenu avec utilisation d'un cardio-fréquencemètre ;
- ✚ la **marche nordique**, avec utilisation de bâtons, ce qui sollicite les groupes musculaires du haut du corps ;
- ✚ le **Qi gong** et le **Tai chi chuan** : exercices physiques doux, basés sur les concepts de la médecine traditionnelle chinoise et centrés sur la respiration et la concentration ;
- ✚ le **karaté traditionnel** : pratique sécurisée, à main nue ou avec un bâton ;
- ✚ le **condition training** et la musculation/cardio : après un réveil musculaire progressif, activités de mise en condition physique apportant du cardio-training, du gainage, de l'équilibre, des mouvements respiratoires et du stretching ;
- ✚ la gymnastique aquatique ou **aquagym** : activité en piscine durant laquelle on réalise des mouvements en musique ;
- ✚ l'**aquapalmes** : natation avec utilisation de palmes de différentes voilures ;

- ✚ la **marche aquatique** : échauffement, exercices sur la plage, marche aquatique de type « longe-côte », puis retour au calme et relaxation ;
- ✚ le **surf** : action de prendre une vague en position allongée, puis de glisser en position debout sur une planche ;
- ✚ le **stand-up paddle** : action de ramer debout sur une planche avec une pagaie.

Deux-cents personnes ont bénéficié d'une prescription d'activité physique au départ, mais vingt-quatre personnes ont été exclues suite à l'évaluation médico sportive (activité physique hebdomadaire jugée satisfaisante selon le test de Ricci et Gagnon modifié ou affection sous-jacente retentissant sur leurs capacités physiques). Le suivi se fait par un carnet, le « Pass'sport Santé » qui fait le lien entre le patient, le médecin, les éducateurs médico-sportifs, la diététicienne et les associations sportives partenaires. Au moment de l'évaluation, 138 participants (78%) sont arrivés au terme de la période de douze semaines et, parmi eux, 124 (90%) ont poursuivi une pratique d'activité physique avec licence auprès d'une association sportive.

Il ressort de cette expérience que, même si le médecin traitant devrait jouer un rôle clé dans la promotion de l'activité physique pour ses patients, le manque de temps, l'impression d'une insuffisance de connaissances et l'absence de rémunération spécifique de ce type d'acte freinent l'implication de cet acteur majeur de santé publique. Durant cette expérience, 90% des personnes qui sont arrivées au bout des trois mois de protocole poursuivent leur pratique dans une association sportive et sont donc « sevrées » de leur inactivité physique. De plus, de nombreux participants ont souligné l'intérêt du dispositif en tant que lien social, une donnée fondamentale associée à l'équilibre physique sur le plan de la santé.

Un changement durable du comportement de l'individu repose sur trois questions : qu'est-il capable de faire sur le plan physique ? Qu'est-il prêt à faire psychologiquement ? Quel est réellement son objectif ? Le manque de temps est souvent évoqué comme un frein à la pratique de l'activité physique chez les

personnes actives professionnellement. Au final, cette expérience est trop récente pour avoir assez de recul et le nombre de participants est trop peu important. Cependant, une analyse plus formelle sera programmée après la participation d'un plus grand nombre d'utilisateurs, un recul d'au moins un an et un élargissement de la zone géographique de l'étude.

La prescription d'activité physique adaptée en prévention primaire par le médecin traitant est donc une stratégie applicable. Afin d'être efficace, elle doit s'appuyer sur les praticiens motivés et sensibilisés vis-à-vis de cette problématique. Elle doit, dans l'idéal, s'articuler avec deux structures partenaires : une cellule d'évaluation et d'orientation médico-sportive permettant une prise en charge précise de chaque individu (pallier le manque de temps voire de connaissances en la matière du médecin) et les éducateurs formés au sein d'associations sportives reconnues. Il est également recommandé de contacter régulièrement les individus afin de les encourager dans la poursuite de cette stratégie dédiée à leur santé et améliorer leur observance.

E. Zoothérapie

Les thérapies associées aux animaux se sont généralisées avec différents programmes, ciblant diverses pathologies et populations. L'interaction entre l'Homme et les animaux, que ce soit par cohabitation ou coévolution, est au moins aussi ancienne que l'histoire elle-même. Les premiers textes médicaux décrivant les résultats positifs de ces interactions datent d'Hippocrate qui prescrivait de l'équitation contre l'insomnie. Divers chercheurs ont depuis étudié les bénéfices de ces interactions concernant les animaux de compagnie ou la visite d'animaux dans des établissements de santé.

La zoothérapie se définit comme toute intervention qui inclut ou incorpore intentionnellement des animaux vivants dans le cadre thérapeutique ou d'amélioration d'un processus. Elle peut se pratiquer en groupe ou individuellement,

auprès de patients de tous âges et de divers milieux. Il s'agit d'une relation mutuellement bénéfique, interactive et dynamique entre un être humain et un animal (souvent un chien ou un cheval). Cette interaction a démontré de nombreux bénéfices généraux : caresser ou parler à un chien diminue la pression artérielle et augmente le taux de dopamine, les propriétaires d'animaux font davantage d'activité physique spontanée, le lien avec un animal améliore la qualité de vie subjective et améliore les capacités d'adaptation telles que la réduction du stress, la sensibilité interpersonnelle et les émotions négatives.

Les bénéfices les plus importants ont été principalement recensés dans quatre domaines : l'ensemble des troubles autistiques, les problèmes de comportement, de bien-être émotionnel et les difficultés médicales. Il faut noter que la seule présence de l'animal ne suffit pas, il est nécessaire d'avoir un intervenant humain qui maîtrise la zoothérapie. L'animal n'est ni un médicament ni un thérapeute, c'est un médiateur.

Selon l'Institut Français de Zoothérapie, les principaux animaux retrouvés sont le chien (de nombreux profils thérapeutiques dont les personnes agressives, maltraitées, atteintes de handicap moteur ou mental), le cheval de trait (personnes agressives), le poney (enfants handicapés mentaux), l'âne (enfants handicapés mentaux), la chèvre des Pyrénées ou du Poitou (jeunes autistes, trisomiques ou en difficulté), le lama (personnes handicapées mentales et jeunes délinquants), le lapin nain (personnes anxieuses et intraverties), le cochon d'inde (personnes anxieuses et intraverties), le chat (personnes âgées) et le dauphin (enfants autistes).

1) Les différents types d'interventions assistées par l'animal (IAA)

Les interventions assistées par l'animal (IAA) se déclinent en trois sous types d'interventions : les interventions thérapeutiques, les interventions pédagogiques et les animations assistées par l'animal. [106]

- Interventions thérapeutiques assistées par l'animal (ITAA) ou Thérapie assistée par l'animal (TAA)

L'animal devient ici un intermédiaire entre le thérapeute et la personne cible avec pour but de suppléer les thérapies conventionnelles. Ils est par exemple utilisé lors de *psychothérapies* de types cognitivo-comportementales afin d'améliorer le lien thérapeutique entre le professionnel de santé et le patient. Les *physiothérapies* avec l'animal (un dauphin ou un cheval, par exemple) apportent également une motivation supplémentaire ; ce qui pousse le patient à se surpasser. Lorsque des compétences sociales ou scolaires doivent être développées, une partie des thérapies associées à l'animal peuvent avoir un objectif éducatif. Il est possible d'apprendre à parler ou à lire grâce à la zoothérapie, c'est ce qu'on appelle la *thérapie du langage*.

- Interventions pédagogiques assistées par l'animal (IPAA)

Ici, l'animal a de nouveau le rôle d'intermédiaire entre l'intervenant et la personne-cible, mais le centre de l'intervention est l'apprentissage. Il s'agit d'une alternative aux méthodes pédagogiques conventionnelles. Ainsi, *l'animation animalière pédagogique* consiste à permettre aux enfants de faire des découvertes et apprentissages liés au monde animal. Elle est principalement réalisée en groupe et l'animal choisi dépend de l'objectif prédéfini. De même, la *ferme pédagogique* est un lieu d'apprentissage privilégié, d'autant plus que le fait de s'immerger dans le milieu de vie des animaux permet d'avoir un environnement particulier.

- Animations ou activités assistées par l'animal (AAA)

Il s'agit d'une méthode préventive dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes ciblées en augmentant leur motivation à participer à des activités récréatives grâce aux animaux. L'animal n'est donc plus considéré comme un intermédiaire mais devient le centre d'intérêt de l'activité. *L'animation animalière* consiste en une activité liée au monde de l'animal, réalisée avec plusieurs animaux et dans des lieux où des activités de groupes peuvent être organisées (foyers pour personnes âgées, écoles, etc.). La *visite animalière* consiste simplement en la visite d'un intervenant accompagné d'un animal afin de sortir les patients de leur

quotidien et ainsi d'améliorer leur qualité de vie. Enfin, le *service animalier* consiste à introduire un animal dans une chambre et laisser le patient s'en occuper. Cela ne nécessite aucune présence humaine.

2) Les pathologies mentales : exemple du trouble de stress post-traumatique (PTSD)

La thérapie assistée par l'animal est une stratégie émergente visant à améliorer les troubles mentaux dans diverses populations et dans différents contextes. Les patients réticents à demander de l'aide à un prestataire de traitement conventionnel peuvent préférer se référer à des thérapies alternatives telles que la zoothérapie.

Chez les patients atteints de troubles de stress post-traumatique, [107] un traitement hebdomadaire de deux heures pendant six semaines a été instauré et évalué. L'objectif était différent pour chaque séance avec pour but final d'apprendre au patient à développer une conscience de soi non critique, d'améliorer sa concentration et sa capacité d'écoute. Après une séance d'introduction, la deuxième séance consiste à développer des interactions non verbales avec les chevaux, à explorer les effets des actions et du langage corporel, ainsi qu'à se familiariser avec les limites des relations avec l'animal. Au cours de la troisième session, les participants ont appris à mettre le licol au cheval et ainsi à faire face aux défis et aux situations stressantes. Lors de la quatrième séance, ils ont appris à guider et à soutenir l'animal, en créant des parcours sûrs et en imposant des limites dans les relations. La cinquième séance leur a permis de rester concentrés face à la distraction ou à la tentation. Enfin, la sixième et dernière session a permis de passer en revue les compétences acquises lors des dernières séances et de travailler sur leur stabilité intérieure.

Une étude plus récente, sur des militaires vétérans atteints de troubles de stress post-traumatique, a montré qu'après six semaines d'un programme d'équithérapie, les patients ont ressenti un effet calmant, une augmentation de la patience, de la

confiance et de la détente. Ils ont également signalé avoir ressenti une sensation de soulagement de stress, une meilleure estime de soi et une croissance personnelle. De même, ils ont appris à mieux s'adapter aux changements de leur environnement, à mieux travailler en équipe, chez eux et lors des séances d'équithérapie, à gérer plus facilement le stress et à mieux communiquer avec le monde extérieur. Cet ensemble d'améliorations les aidera à faire face à de futures situations stressantes, à la colère et à la frustration. Une explication de ces résultats déclarés par les anciens combattants à la fin des six semaines pourrait provenir de l'aspect social de la thérapie avec d'autres anciens combattants qui ont eu des expériences similaires, que ce soit l'exposition au combat ou l'invalidité. [108]

3) L'autisme et l'équithérapie

L'équithérapie est une activité de soin reconnue par les structures de santé, qui consiste à agir sur le fonctionnement psychique du patient par des moyens psychiques et corporels, à l'aide de la médiation du cheval. [109] Les bénéfices observés concernent les domaines relationnel, perceptif, attentionnel, émotionnel et neuromusculaire. Le cheval agit comme un médiateur, source de sensations et d'apaisement, support d'identification et de socialisation. Il a un double rôle : à la fois de portage, de bercement et de soutien physique, mais également de soutien relationnel, créateur de liens, d'indépendance, d'autonomisation et d'initiative.

Depuis de nombreuses années, le Centre Universitaire de Pédopsychiatrie du CHRU de Tours propose des séances d'équithérapie à des enfants présentant des troubles envahissants du développement (autisme, autisme atypique et autres troubles envahissants du développement). Les séances se déroulent dans un cadre extrahospitalier, une ambiance apaisante et ludique. Le cheval, en tant que médiateur, permet d'établir la communication et le lien avec autrui, l'adaptation à l'environnement, l'attention, la confiance en soi, la détente, la régulation émotionnelle, le partage des émotions ainsi que des connaissances autour de l'animal. La présence de l'animal dans les exercices thérapeutiques induit également

la régulation de l'activité et du comportement moteur, la planification des actions et la conscience du corps : schéma corporel, organisation spatiale, régulation du geste, coordination, équilibre, sensibilité proprioceptive et praxies fines.

L'activité d'équithérapie est organisée en complément des soins réalisés au centre de pédopsychiatrie. Une étude a été réalisée sur six patients âgées de cinq à sept ans, avec des scores d'autisme à la CARS (*Childhood Autisme Rating Scale*) entre 28 et 42 (autisme léger à sévère). Ces six enfants bénéficiaient d'une séance d'équithérapie d'une heure tous les quinze jours avec un total de dix-neuf séances. L'évaluation quantitative se base sur deux instruments validés : l'échelle d'Évaluation des Comportements Autistiques (ECA) et la grille d'Évaluation Fonctionnelle des Comportements (EFC). Au final, pour l'ensemble des six enfants, le score global à l'EFC est nettement amélioré, avec une moyenne de 29% après la première séance à 52% à la 19^{ème} séance. Entre la ligne de traitement de base et la 19^{ème} séance d'équithérapie, on observe une amélioration de toutes les fonctions de 49% à 95% selon les enfants. La fonction la moins améliorée est l'intention (18%), alors que les plus améliorées sont la perception (86%), le tonus (65%), la motricité (95%), l'imitation (64%), l'émotion (82%), le contact (71%) et la communication (65%). L'évaluation des comportements autistiques à l'aide de l'ECA révèle une légère diminution du score global pour l'ensemble des enfants (2%), avec une diminution plus importante du score global pour le score « déficience relationnelle » (8%).

Quatre enfants parmi les six ont bénéficié d'un total de trente séances. Les évaluations, entre la prise en charge classique et la fin des trente séances, montrent une amélioration du score global ECA (8%) et ECA « déficience relationnelle » (15%), ainsi qu'une diminution très importante pour le score EFC (78%).

Au final, par rapport à la situation de groupe dans le cadre de l'hôpital de jour, on observe une nette amélioration dès la première séance d'équithérapie. Toutes les fonctions impliquées dans le développement sont améliorées, surtout la motricité, la régulation perceptive et émotionnelle, la communication et l'imitation. La moins

améliorée est l'intention ; ce qui laisse à penser que c'est une fonction moins sollicitée dans cette situation, ou qu'elle est impliquée plus durablement dans le dysfonctionnement cognitif.

Toutes ces améliorations sont homogènes pour les six enfants, sans dispersion. L'amélioration la moins spectaculaire est retrouvée chez l'enfant qui présente un retard associé plus important ; cependant, les bénéfices relevés chez lui concernent toutes les fonctions.

Pour les quatre enfants suivis sur trente séances, les progrès ont perpétué avec une amélioration entre la 19^{ème} et la 30^{ème} séance. Les bénéfices sont donc durables et progressivement croissants.

Les enfants, d'habitude très déstabilisés par les changements, se sont adaptés sans difficulté aux fréquentes modifications, très souvent imprévisibles. En dehors de l'hôpital, mais en lien étroit avec les soins réalisés au sein de l'hôpital, cette thérapie apporte également des bénéfices plus larges pour l'enfant (épanouissement, plaisir, affirmation de soi, autonomie) et pour les parents (ouverture de leur enfant à une activité ordinaire).

L'équithérapie permet d'améliorer les systèmes d'adaptation de l'enfant à son environnement social et la régulation des fonctions intellectuelles, émotionnelles et motrices. Elle entraîne une rééducation efficace des fonctions neuro-psychophysiologiques impliquées dans le développement de la communication et de la socialisation, ainsi que dans la régulation émotionnelle et cognitive. Si elle est pratiquée dans un climat calme et serein, avec des poneys tranquilles, elle permet des échanges adaptés, des acquisitions sensorielles, cognitives et motrices, et constitue une situation « anti-autistique » : durant la séance, l'enfant est stable, apaisé par les mouvements du poney. L'enfant sollicite également l'équithérapeute dans une interaction adaptée et prend conscience de l'effet de ses actions sur le poney, très bon co-thérapeute, qui favorise aussi l'attachement.

Évidemment, les thérapies de fond de l'enfant interviennent aussi dans ces progrès. De plus, une étude sur une grande cohorte, avec groupe témoin, donnerait des résultats plus représentatifs et permettrait d'évaluer le bénéfice propre à ce soin.

4) Les enfants hospitalisés

Un animal présent au chevet d'un enfant permet de soulager son anxiété et son sentiment de solitude. [110] Le voir et pouvoir lui parler encourage l'enfant dans sa maladie, l'aide à surmonter les baisses de moral, à mieux accepter l'hospitalisation et il devient davantage réceptif aux traitements, qui peuvent être très douloureux. La présence de l'animal facilite certaines interventions difficiles, telles que la mise en place d'une perfusion pour un traitement ou la prise de médicaments pas forcément agréables à prendre, en détournant l'attention de l'enfant tout en l'incitant à collaborer pour avoir plus de temps pour jouer avec l'animal. Ainsi, l'enfant qui est capable de maîtriser sa peur ou ses difficultés à ce moment-là sera plus réceptif par la suite et saura qu'il en est capable pour les fois suivantes.

L'animal partage pleinement son affection et son attention, et procure au patient le sentiment d'être essentiel à quelqu'un. Cela encourage l'expression des émotions, tant positives que négatives, comme la peur, la joie, la fierté, la douleur ou l'inconfort. L'enfant peut apprendre à brosser un chien ou à le promener dans la cour de l'hôpital, ce qui développe des habiletés de coordination et incite à faire de l'exercice physique, mais favorise aussi les interactions sociales. Intégrer un animal dans la chambre de l'enfant hospitalisé permet de déplacer le sujet de conversation vers le compagnon, plutôt que les malaises, les symptômes ou la maladie de l'enfant, en leur laissant une place beaucoup moins importante.

La relation chien-enfant permet ainsi d'observer plusieurs changements d'aspects fonctionnels :

- L'aspect biologique et psychologique : permet de *diminuer* l'anxiété, la douleur, les nausées, les vomissements, la pression artérielle et la fréquence

cardiaque, et d'*accroître* l'appétit, l'exercice physique, l'endurance, la coordination et les sensations tactiles. Il procure également un sentiment de sécurité et favorise le repos ;

- L'aspect intra-personnel : permet à l'enfant d'acquérir le sens des responsabilités, un sentiment d'utilité et de fierté, améliore l'estime de soi et la confiance en soi, procure une source de motivation supplémentaire ;
- L'aspect interactionnel : encourage et stimule la communication, la verbalisation (des craintes et des inquiétudes par exemple), la socialisation, le partage de soi, le soutien et le réconfort, rompt l'isolement, diminue l'agressivité interpersonnelle et favorise les liens d'amitié ;
- L'aspect comportemental : encourage la participation aux activités et l'autonomie, et augmente l'observance aux traitements.

5) Les intérêts de la présence d'un chien en EHPAD

Les rôles et fonctions du chien en maison de retraite sont nombreux. [106] Il est à la fois un rôle social, devient source et objet d'affection, partenaire de relation sans aléa, source de contact physique et d'apaisement, facteur d'activité, source de distraction et de valorisation, objet de contrôle, qui facilite les contacts sociaux. Mais la présence d'un chien éduqué dans un programme de zoothérapie offre de nombreuses possibilités structurées sur plusieurs plans :

- ✓ Sur le plan moteur : l'animal incite à la mobilité, notamment lorsqu'il reçoit un ordre ou qu'il demande à jouer ; attraper, se retourner, tendre le bras, prendre ou jeter une balle, tenir une laisse, caresser brosser, etc. Ainsi, le kinésithérapeute et l'ergothérapeute utilisent l'animal comme introducteur du mouvement en rééducation. Ils peuvent adapter l'individu à son milieu en

l'aidant à extraire les informations pour développer la perception, puis à s'en servir pour effectuer son geste et ainsi développer la motricité.

- ✓ Sur le plan sensoriel: certains patients souffrent de troubles ou de perturbations au niveau des sens, dus à des déficiences ou des pathologies, tant sur le plan de la sensibilité tactile, d'une surdité profonde ou de troubles de la vision voire de cécité partielle. Avec l'aide du chien, on peut proposer une stimulation sensorielle via le poil de l'animal, du contact physique (avec les pattes de l'animal sur les jambes, donner la patte, caresser, etc.), des aboiements, l'odeur, le mouvement (déplacement, queue), ou encore la fixation et la poursuite visuelle.

- ✓ Sur la plan de la communication et du langage: l'orthophoniste peut créer des exercices en appelant le chien ou en lui donnant des ordres, ce qui force à faire des efforts d'élocution et de prononciation (voix grave ou aiguë, invitante ou dominante). Pour les patients ayant des difficultés de langage, un animal éduqué peut reconnaître des gestes connus et ainsi les aider à surmonter leur déficience. À travers les souvenirs qu'ils ont pu avoir avec leur propre chien, les résidents font vibrer leur passé par des récits qui stimulent leurs capacités à s'exprimer et qui apportent du sens à leur vie quotidienne. La présence du chien incite les échanges entre les résidents entre eux, mais également avec l'ensemble des intervenants internes et externes de l'établissement (personnel, familles, bénévoles, visiteurs, etc.). Il permet de rassembler les personnes et favorise les échanges.

- ✓ Sur le plan de la compréhension et de l'élaboration de la pensée: le bon raisonnement est développé en apprenant à utiliser les ordres à bon escient et en suivant le déroulement des séquences de travail avec le chien. Ce dernier procure une motivation supplémentaire applicable à toutes les situations dans lesquelles une personne peut se trouver, tant intellectuelles que

thérapeutiques. Par exemple, dans la maladie d'Alzheimer ou tout type de démence apparentée, il est important que le milieu (ou ici le chien) fournisse des stimulations pour le maintien de la performance intellectuelle.

- ✓ Sur le plan de la réactivation de la mémoire : le chien remet le résident en lien avec le passé et provoque ainsi un travail de réactivation de la mémoire, avec les images et les significations de l'enfance et du passé familial auquel l'animal de compagnie prenait part. Réactiver des symboles positifs permet au résident de compenser la souffrance provoquée par sa situation de dépendance. La réactivation des souvenirs permet également la réaffirmation d'une identité sociale passée qui redonne un sens à son existence et réarme moralement le patient. En se remémorant la personne qu'il fut, il trouve des points de repère dans un environnement dépersonnalisant et angoissant.

- ✓ Sur le plan de l'ajustement des comportements : l'animal est un facteur de bien-être qui canalise et tempore les tensions et l'agressivité. Il régule certains troubles du comportement par réduction de l'inquiétude, de l'anxiété et de l'angoisse. Il devient une « béquille » physique et affective qui sait s'adapter aux troubles du comportement. Le chien est un médiateur incomparable entre les soignants et les patients : démineur de conflit, il rétablit le dialogue entre les deux entités.

- ✓ Sur le plan affectif et relationnel : en milieu institutionnel, le chien influe sur les régulations émotionnelles et affectives, notamment dans le domaine de l'accueil des personnes dépendantes. En effet, celles-ci arborent un sentiment d'abandon et de solitude, d'exclusion sociale, anxiogène et d'insécurité permanente. Le chien compense l'appauvrissement du contexte et la privation d'humanité dans le quotidien des personnes âgées hospitalisées.

- ✓ Sur le plan de la responsabilisation : plusieurs résidents participent aux soins courants prodigués à l'animal, tels que le brossage, les soins bucco-dentaires, le nettoyage des oreilles et sa nourriture. Tous les résidents contribuent également à ne pas nourrir le chien en dehors de ses repas et alimentation habituels. Tous les résidents sont ainsi responsabilisés.

- ✓ La distance thérapeutique : la présence du chien offre un intérêt particulier dans la relation thérapeutique entre les soignants et les résidents. En effet, la carence affective des résidents est transférée sur le chien, ce qui permet aux soignants de ne pas enfreindre le cadre de leurs compétences. Au contraire, suite à un décès, une surcharge de travail ou un accompagnement de fin de vie, une situation de tension peut être amoindrie par la présence du chien.

- ✓ Sur le plan social : avec l'introduction du chien dans l'enceinte de l'établissement, le cadre social ordinaire est chamboulé pour donner une situation où les règles de comportements sont transformées. En règle générale, la norme impose de ne pas entrer en relation directe avec une personne que l'on ne connaît pas dans un lieu public. Plongés dans une foule de personnes étrangères, des rituels d'évitement nous dictent d'agir comme si elles n'étaient pas là. L'introduction du chien met ces rituels d'évitement entre parenthèses au moyen de la plaisanterie, du jeu, de l'admiration et de la flatterie. L'attention des résidents apportée au chien provoque l'échange et crée un lien entre des personnes qui ne se connaissent pas. Cette opportunité favorise la multiplication des occasions sociales, rompt les situations d'isolement, et permet également aux personnes dépendantes de se voir offrir une aide ou un soutien plus fréquemment. La présence du chien permet aux personnes âgées de ne pas demeurer emmurées dans leur isolement.

La modification du cadre social de l'échange intervient également au niveau des ateliers d'exercices thérapeutiques, sous forme d'inversion cruciale du sens donné à l'atelier. Par exemple, on peut passer d'un exercice médical

appelant au soin clinique moteur et psychomoteur – comme le fait de lever la main – à une activité ludique et affective - comme caresser le chien - , ce qui change tout le sens de la pratique, permet de l'enrichir et de la rendre davantage humaine.

6) Limites de la zoothérapie

Le programme de zoothérapie doit être largement contrôlé, d'autant plus pour les patients à haut risque infectieux.

- Le choix de l'animal : plusieurs espèces peuvent être utilisées, et chaque personne peut avoir une préférence pour une espèce plutôt qu'une autre. De même, suivant l'activité thérapeutique visée, les animaux peuvent être choisis en fonction de leurs caractéristiques propres. Par exemple, le lapin avec ses grandes oreilles est plutôt réservé aux confidences et à l'écoute. Le furet convient mieux aux adolescents, et permet d'appliquer des exercices aux mains, aux doigts et au bras grâce à sa grande facilité de manipulation. Pour les personnes âgées on optera plus facilement pour un chat qui aime se blottir et ronronner ou un oiseau, très approprié pour faire travailler les membres supérieurs car ils sont petits et fragiles. Mais le chien reste l'animal le plus approprié pour la zoothérapie ; il est docile, facile à éduquer, toujours de bonne humeur. Un chien de zoothérapie doit également être sociable et tolérant à l'extrême (souvent des *golden retriever*). Pour pouvoir obtenir le certificat de chien thérapeute, il doit répondre à de nombreux critères sans exception : absence d'agressivité, interaction avec l'enfant, goût du jeu, manipulation (sensibilité à la douleur), capacité d'affection, sensibilité aux bruits, capacité de calme prolongé, attitude adaptée face à une situation inattendue, absence d'anxiété de séparation, obéissance considérant l'âge du chien. Les chiens sont réévalués tous les trois mois par un éducateur en éducation spécialisée et en comportement canin.

○ Condition médicale de l'animal : tous les animaux domestiques peuvent transmettre des infections d'origine bactérienne, virale ou fongique à l'Homme. Ces agents infectieux peuvent être transmis par les poils, la peau, la salive ou les matières fécales de l'animal. Des mesures d'hygiène et quelques connaissances sur la prévention permettent d'éviter la transmission de ces maladies. Chaque animal passe alors un examen vétérinaire qui comprend :

- ✓ un examen physique de base : conditions générales et propreté des yeux, oreilles, nez, cavité orale, dentition, gorge, ganglions lymphatiques, système uro-génital, téguments, système nerveux, abdomen, système musculo-squelettique, et auscultation cardiaque et pulmonaire ;
- ✓ Une analyse de selles : culture, recherche de parasites intestinaux et protozoaires ;
- ✓ Une culture de la gorge ;
- ✓ Un bilan sanguin complet ;
- ✓ Une vaccination obligatoire ;
- ✓ Un programme prophylactique antipuces et anti vers.

Un animal malade, sous traitement ou infecté par une bactérie ou un virus transmissible à l'homme est immédiatement écarté du programme de zoothérapie. Tout animal sous traitement sera également réexaminé par le vétérinaire pour éviter les réactions secondaires au traitement. Les chiens reçoivent également une alimentation saine et équilibrée, avec interdiction de manger de la nourriture de table.

○ La prévention des infections : il est nécessaire de prévenir les risques d'infection chez les jeunes patients dont le système immunitaire est fragilisé par la maladie ou le traitement. Un contrôle du niveau de neutropénie est alors réalisé

avant la visite d'un animal. Un taux inférieur à 500/mm³ favorise le développement d'infections, ce qui oblige à reporter la journée de zoothérapie. Les séances de zoothérapies sont favorisées en début de traitement (avant apparition des effets secondaires) et interdites chez les enfants ayant subi une splénectomie (ablation de la rate). Quelques règles d'hygiène sont également à rappeler : bien se laver les mains après avoir touché l'animal, ne pas laisser l'animal lécher l'enfant, éviter tout contact avec l'urine et les excréments de l'animal, enseigner aux enfants les règles de manipulation de l'animal, rapporter immédiatement tout incident au personnel médical ou au responsable du programme.

- La chambre de zoothérapie : il est recommandé d'organiser la rencontre entre l'enfant et l'animal dans une chambre spécifique, séparée de l'unité de soins par un petit hall appelé « antichambre ». En effet, on ne peut pas concevoir que les poils et les poussières présents dans la chambre se retrouvent aspirés vers le corridor à l'ouverture de la chambre et contaminent ainsi les autres enfants hospitalisés dans le service. C'est pourquoi, l'« antichambre » a été construite et équipée d'une ventilation à pression négative, afin de répondre aux exigences des allergologues.

- Protocole immuno-allergique : l'allergie la plus connue est l'allergie aux poils des animaux (surtout les chats), mais il existe d'autres allergènes tels que les squames de la peau (pellicules), la salive, les urines et autres sécrétions animales. Afin de diminuer le risque allergique, la famille d'accueil de l'animal douche l'animal et le brosse au maximum vingt-quatre heures avant la visite à l'hôpital. Il existe également un protocole immuno-allergique auquel doivent se soumettre les enfants et le personnel du service. L'antichambre et la ventilation à pression négative protègent les enfants de l'unité de soin qui ne sont pas dans la chambre.

- Les risques traumatiques : ils sont principalement représentés par les chutes, les morsures ou les griffures de l'animal envers le patient. Le choix d'un animal éduqué et équilibré annule ces risques. De même, les intervenants doivent

enseigner aux patients les règles de base du comportement animal : ne pas déranger un animal qui mange, ne pas surprendre un animal qui dort, ne pas lui tirer la queue ou les oreilles, ne pas s'asseoir dessus.

Ainsi, les personnes ayant des fonctions biologiques ou intellectuelles altérées, mal voyantes, malentendantes, avec une déficience mentale, des troubles du comportement, des perturbations relationnelles ou affectives, peuvent compter sur les animaux pour remplir des fonctions cumulées de source de sécurité, de substitut comportemental, d'agent intermédiaire, de soutien physique ou affectif, d'éponge émotionnelle voire de support permettant de compenser des handicaps. L'animal apaise, protège, sécurise, diminue l'anxiété et l'angoisse. Il est un allié de confiance qui aide à vivre et à s'épanouir.

F. Art-thérapie

L'art-thérapie se développe en France depuis les années 1980 mais reste encore peu connue. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, il ne s'agit ni de faire des belles œuvres, ni d'un cours d'art plastique. Ce qui importe dans cette activité n'est pas la finalité de la production mais bien ce qui se passe lors du processus créatif, qui s'inscrit dans un parcours symbolique. D'après le directeur du centre Profac (institut de délivrance du Certificat officiel d'art-thérapeute validé par l'État), « l'art-thérapie est une méthode qui consiste à créer les conditions favorables au dépassement des difficultés personnelles par le biais d'une stimulation des capacités créatrices. (...) Elle ne prétend pas traiter une pathologie, mais permet d'aider à mobiliser les forces positives chez une personne en souffrance. Elle ne peut pas du tout se substituer à une chimiothérapie ou une psychothérapie, mais elle est conçue pour procurer une forme de soulagement des tensions internes, effet particulièrement positif en cas de difficultés personnelles. » [111]

L'art-thérapie peut être utilisée dans différentes indications, que l'on répartit en deux grands groupes [112]:

- Les indications psychiatriques : névroses, psychoses, bipolarités, anorexies, opératoires, états limites, dépression, autisme. En plus de la balance bénéfices-risques (exaltation, mégalomanie, addiction), il faut prendre en compte la balance entre énergie de motivation, sens esthétique, besoin d'expression, et inhibition, défenses, difficultés cognitives d'exécution.
- Les indications les plus connues en dehors du champ de la psychiatrie : cancer, hémopathies, fin de vie, handicaps physiques, trauma et urgences médico-psychologiques.

Elle peut concerner toutes les tranches d'âge (enfance, adolescence, personnes âgées, etc.) et toutes les situations psychosociales (précarité, populations à risque, etc.).

1) Art-thérapie en unité de soins palliatifs de Cébazat

Cette prise en charge débute par une réunion entre les membres du personnel soignant afin d'évaluer le contexte dans lequel se trouve le patient, au niveau physique, psychologie et familial, et ainsi d'en déduire si l'art-thérapie peut être un bon accompagnement pour lui. [111] L'art-thérapeute passe ensuite dans les chambres pour se présenter et rencontrer les patients, tout en initiant la parole et récoltant les demandes. Beaucoup de séances se déroulent dans les chambres, mais une pièce du service est mise à disposition des patients qui souhaitent changer de contexte et « prendre l'air ». Concernant les supports de ces séances, on retrouve le matériel basique des arts plastiques (feuilles, crayons, peinture, modelage, etc.) mais aussi des techniques ne nécessitant pas ou très peu d'effort physique (contemplation d'images, poésie, conte, univers musical). La durée de la séance varie d'un quart d'heure à plus d'une heure en fonction de l'état du patient et de la coupure, nécessaire et supportable. Les séances d'art-thérapie sont proposées au patient depuis leur entrée en soin palliatif jusqu'à un état pré-agonique, et la demande de séances d'art-thérapie doit venir du patient lui-même. Prenons l'exemple de deux cas cliniques.

Le premier patient était atteint d'un lymphome avec échappement thérapeutique. Il restait malgré cela conscient et cohérent, et conservait une certaine autonomie. Le protocole d'art-thérapie s'est déroulé à raison d'une séance par semaine dans sa chambre, sur six semaines consécutives. Habitué à la peinture, il utilisait l'aquarelle et le feutre comme moyen d'expression. Il savait au fond de lui ce qu'il voulait exprimer et n'a jamais eu besoin que l'art-thérapeute initie une consigne. Ce dernier était alors présent, bienveillant, aidait à lever les blocages et donner la confiance jusqu'à la fin de la réalisation. Les patients arrivent à lâcher prise, non seulement car il savent que leur production ne sera pas vue par un tiers, mais surtout parce que la maladie avance à grand pas et le patient ressent alors un besoin urgent d'exprimer l'essentiel.

Pour ce patient, l'art-thérapeute a remarqué que, dans les premiers temps vif et bavard, il s'essouffait plus rapidement et économisait alors sa parole pour se concentrer sur son tracé qui devenait moins fluide et précis. Au cours des cinq semaines, le patient a tout fait pour préserver la relation à travers cet accompagnement thérapeutique au moyen de l'expression artistique. Alors qu'il ne se levait plus depuis plusieurs semaines, le patient a tenu à se rendre sur le fauteuil pour chacune des séances. Il tenait à honorer ce temps particulier en étant toujours présentable. Malgré les visites de son épouse, il s'arrangeait pour être toujours disponible pour la séance qu'il attendait avec impatience. Entre deux séances, il pensait déjà à ce qu'il aurait envie d'exprimer la séance d'après en commençant des esquisses. Plus les semaines passaient, plus sa demande était réelle et prenait une place importante.

La veille de son décès, le visage blême et la voix faible et tremblante, le patient a dit à l'art-thérapeute qu'il n'allait rien faire aujourd'hui et que ce n'était pas la peine qu'ils se revoient, mais qu'il allait lui montrer quelque chose. Il a délicatement pris les pastels un par un dans ses mains, contemplant leur couleur et appréciant leur texture. Il a fait de même avec l'ensemble des pinceaux, en confiant à l'art-thérapeute que c'est grâce à eux qu'il avait pu faire tous ses tableaux. Il faisait ses adieux à cette passion qui l'aura accompagné jusque dans ses derniers instants. Il a abordé sa mort

prochaine avec une pointe d'humour, mais semblait paisible, comme si son être avait accepté de mourir.

Enfin, il a tenu à revoir la production qu'il avait réalisée la séance précédente. Il s'agissait d'un dessin abstrait, réalisé au feutre noir, accompagné de peinture rouge. Il l'a observée en silence en suivant du doigt la courbe qu'il avait tracée de part et d'autre de la feuille. Durant deux séances entières, il avait essayé, en vain, de trouver l'équilibre. Il a retourné la feuille et montré l'inscription qu'il avait écrite : « faux abstrait ». Le patient avait cheminé depuis la dernière séance et avait finalement trouvé un titre à son œuvre ; cette production initialement abstraite ne l'était plus. Elle était à l'image de cette vie temporelle et fragile.

Le deuxième cas clinique traite d'une patiente hospitalisée pour la seconde fois dans un contexte de carcinose péritonéale, à la demande de son mari. Sa prise en charge par l'art-thérapie n'a duré que trois séances : un entretien préliminaire, une séance en phase palliative et la dernière en phase terminale pré-agonique. Cette patiente se montrait très désagréable avec l'équipe et ne voulait voir personne.

Compte tenu de son état physique, l'art-thérapeute lui a proposé un exercice basé sur une « production invisible ». Lors de la séance, la patiente a choisi, parmi quelques titres dans un livre, le poème intitulé « joie et tristesse ». Lors de la lecture, la patiente avait les yeux grand ouverts fixant le plafond, elle semblait absorbée par les sons, emportée par les vers que l'art-thérapeute récitait doucement. À la fin du poème, elle est restée un moment silencieuse, puis a confié, non sans émotion, qu'il l'avait étrangement ramenée à un poème qu'elle avait écrit à sa fille mort-née. Le poème a ainsi permis de catalyser la libération d'une émotion enfouie ; la complexité des réactions correspondait à la variété des fonctions jouées par le texte. Il a été un moyen de déblocage, tel un outil véhiculant des sensations ou des émotions permettant de provoquer un déclic, stimulant de libres associations d'idées. Après accord de la patiente, l'art-thérapeute lui a donné rendez-vous la semaine suivante.

En entrant, l'art-thérapeute a trouvé son mari extenué à son chevet, et comme soulagé par sa présence, il a immédiatement laissé son épouse le temps de la séance.

La patiente n'a pas répondu aux salutations du thérapeute et a gardé les yeux fermés. Après lui avoir rappelé qu'ils avaient programmé une séance ensemble, il lui a demandé clairement si elle souhaitait qu'elle ait lieu ; ce à quoi la patiente, après un long silence, a répondu un léger « oui ». Ceci indique le positionnement de la patiente quant à la tenue de la séance et prouve que, malgré son état physique, elle reste consciente et même cohérente et désirante. Le thérapeute doit rétablir la communication sans que le silence soit un frein ; il doit s'adapter à son rythme. L'art-thérapeute doit clairement être attentif à ce qu'il ressent et à ses intuitions.

Toute la séance s'est structurée sur des silences interminables, jusqu'à remettre le sens de cet accompagnement en question. Puis elle a fini par choisir le poème intitulé « maison », qu'elle a écouté les yeux fermés mais avec autant d'attention que le premier. À la fin, après un silence assez long, elle a demandé : « Savez-vous pourquoi je suis ici ? » Avant de répondre non sans peine « parce que je suis malade et que je ne peux pas revenir à la maison ! ». Avec l'emploi du « je » sans détour, elle a fait une association directe entre le thème du poème et sa situation personnelle. Très souvent, l'art-thérapie incite à la métaphore pour arriver à dire sans trop se dévoiler. Pour cette patiente, il y avait comme une urgence à formuler ce qu'il lui arrivait et ainsi symboliser ce réel insupportable. En s'immisçant dans l'univers réconfortant que représente la maison, elle était libre d'exprimer sa peine de ne pouvoir y retourner.

Les difficultés rencontrées par les arts-thérapeutes de ce service ont été de deux ordres. La première consiste en la représentation erronée de l'art-thérapie en unité de soins palliatifs, où le personnel pense à tort qu'elle est de « faire » et de « produire » de l'art. Or, le but ultime de ces séances reste avant tout le bien-être ou du moins l'apaisement des patients, que ce soit par des techniques d'activités gestuelles du patient ou par une écoute ou l'observation de toute forme d'art à laquelle il peut être sensible. En art-thérapie, l'objet ne doit pas prendre le pas sur le sujet.

Le deuxième point concerne la représentation d'une personne entrée en phase pré-agonique, souvent associée à un état de mort avant la mort. Dans certaines

situations, les patients peuvent aller jusqu'à être considérés ou se sentir comme morts socialement avant d'être morts biologiquement. Cette mort « incomplète » retirerait tout le sens de l'existence. En soins palliatifs, il est déjà difficile de croire aux ressources du patient alors en phase pré-agonique, il faut redoubler d'effort, d'attention et d'ouverture pour entrevoir que le fond peut être indépendant de la forme ; même à la veille de la mort, la nécessité de communiquer reste fondamentale. En considérant le patient comme personne jusqu'au bout, sa dignité sera préservée.

Le décalage entre la demande de l'équipe de ce service et celle du patient a permis de s'interroger sur le sujet délicat qu'est l'usage de l'art-thérapie jusqu'en phase pré-agonique. Nous avons vu que, une fois entré dans cette phase, le patient continue d'être cohérent avec une parole qui peut être réduite, mais toujours bien réelle et vivante. La déchéance physique notoire est réelle, mais l'intérêt durable et croissant pour ces séances d'art-thérapie également. En effet, la demande d'accompagnement par l'art-thérapie ne faiblit pas avec l'évolution de la maladie. Au contraire, elle devient indispensable et évidente pour le patient au fur et à mesure qu'il se rapproche du processus de la mort. Au travers d'une communication singulière que l'art-thérapeute appréhende et envisage avec circonspection, le patient tente, dans un dernier souffle, d'exprimer ses émotions, ses désirs et ses choix.

L'art-thérapie n'est pas une distraction que l'on peut arrêter à tout moment, sans en avoir préalablement parlé et convenu avec le patient. De même, l'entretien préliminaire est indispensable pour entendre la demande du patient et entamer la prise en charge.

L'art-thérapie en unité de soins palliatifs est un accompagnement personnalisé qui permet de maintenir la personne en fin de vie comme sujet, lui proposant cette liberté d'exister jusqu'au bout dans sa différence. La justification d'accompagner une personne jusqu'au stade pré-agonique par l'art-thérapie est alors tout à fait envisageable et légitime.

Toutefois, cet accompagnement jusqu'au stade pré-agonique reste rare, même dans les services proposant l'art-thérapie, car la séance prévue peut au final ne pas

avoir lieu pour plusieurs raisons : le patient peut changer sa demande, ou ne pas savoir ce que l'art-thérapeute peut lui apporter de plus puisqu'il ne plus « plus rien faire », ou alors il préfère privilégier la présence de sa famille ou le repos, soit la communication n'est plus possible et donc l'accord pour réaliser la séance ne peut être donné.

2) L'objet du diabète : sujet d'une création

L'affection des diabétiques les atteint dans leur globalité. Il s'agit d'une maladie du système endocrinien qui renferme les personnes qui se permettaient d'avoir des goûts changeants, des humeurs diverses, des affections provisoires ou durables, des joies et des peines, des traits de caractère, mais rien de définitif. Dès l'annonce de la maladie, les patients troquent ce qui définissait leur personnalité avec des nuances, des contradictions, les idées toutes faites sur ce qu'il croient être, sur ce que les autres croient qu'ils sont, contre cette identité pathologique. [113] La personne est envahie par ses tourments qui finissent par la résumer à la longue. L'art-thérapeute lui propose alors de créer. Nul besoin de demander le diabète comme sujet de création, qu'il ne s'agit pas de figurer en direct car on risquerait de tomber dans l'illustration de ce que l'on s'en représente. Le mieux est de laisser le patient aller à la trace du pinceau, au mot qui lui vient, au geste qu'il souhaite théâtraliser ou chorégraphier, à la déchirure d'images pour en faire un collage, à la voix qui va explorer ses capacités, au conte ou à l'histoire qui va surgir de leur esprit, ou encore à la confection d'une marionnette en lien avec ce qu'ils veulent exprimer et représenter.

Le diabète est omniprésent et peut même devenir envahissant avec les prescriptions, les précautions, les piqûres, les vérifications, les examens complémentaires, les rendez-vous réguliers chez le médecin traitant ou l'endocrinologue, les conseils hygiéno-diététiques à respecter, et parfois même les hospitalisations. L'art-thérapie va ainsi permettre d'exprimer les douleurs, les appréhensions, les peurs, ainsi que faire le deuil de son corps intègre. Grâce à elle, toutes ces négativités vont être transformées en une création sur le modèle artistique.

Durant la séance, la personne peut externaliser son vécu intime, exprimer et donner une forme à ce qui la tourmente mais aussi la fait vivre malgré sa maladie. Elle travaille dessus et tente même de la parfaire pour pousser plus loin à l'aide de l'art-thérapeute.

Plusieurs bénéfices ressortent de ces séances :

- ✓ Le sujet de leur production est presque toujours basé sur l'« objet » de cette entité qui les habite. Ils deviennent auteurs d'une réalisation dont le sujet principal est cet « intrus » qui est en eux. Cela les incite en général à être plus actifs dans leur façon d'être, y compris dans le suivi de leur traitement.
- ✓ Ce qu'ils accomplissent sur le modèle artistique leur est propre : chaque patient atteint de la même maladie réalise une création différente. L'étiquette de diabétique qui leur est donnée ne les rend finalement pas tous pareils ; ils retrouvent ainsi leur singularité.
- ✓ Les créations qu'ils réalisent sont partagées, et les autres patients ainsi que le personnel sont touchés par cette œuvre. Voir l'impact sur les autres suffit à gagner une petite fierté et à diminuer l'impact négatif de cette maladie contraignante. À travers l'art-thérapie, l'évolution s'accomplit par le faire et non plus par le discours tenu.

Ainsi, pour les malades atteints de diabète, la mise en situation de création leur permet de devenir un peu plus sujets de ce qui leur échappe, au moins le temps de la séance. Ils montrent qu'ils ne se laissent pas faire par les désordres qu'entraîne leur maladie. L'art thérapie permet ainsi d'inverser la malédiction d'une maladie.

3) L'art-thérapie dans la dépression

Les principaux effets de l'art-thérapie pour ce genre de troubles reposent sur l'augmentation de l'estime de soi, des interactions sociales et familiales, de la qualité

de vie, et la baisse du sentiment d'exclusion, d'isolement ainsi que la réduction des symptômes d'anxiété et de dépression. [114]

Une étude a été réalisée sur quinze patientes, ayant pour moyenne d'âge cinquante-six ans, avec un écart-type de 7,3. Elles ont participé, en moyenne, à neuf séances d'art thérapie durant une hospitalisation de cinq à six semaines. L'équipe pose l'indication d'art-thérapie pour chaque patiente et prend en compte leurs volontés. Les objectifs sont multiples et variés : favoriser la verbalisation du vécu et la valorisation des changements qui émergent, convoquer la créativité et la sensorialité, et parvenir à une figurabilité des affects non symbolisés. Les séances se déroulent en groupes, composés de trois à huit personnes, avec deux phases successives :

- ☞ La première phase est semi-structurée, c'est à dire qu'un seul type d'objet médiateur est proposé à chaque patient : collage, modelage, peinture ou dessin. Quelques consignes aident au démarrage de la création avec la fourniture du matériel « non vierge » (feuille avec fond coloré, trace ou image de départ, ou avec matière). Par ailleurs, toutes les six séances, une séance de création d'œuvres collectives est organisée (commune à plusieurs patients avec un minimum de deux), ce qui favorise la mise en confiance des nouveaux arrivants et les échanges entre les patients.
- ☞ La deuxième phase sollicite la créativité. En fonction des objectifs ou désirs discutés entre le patient et le praticien, l'objet médiateur est choisi. Cette phase est destinée aux patients ayant déjà participé à deux ou trois séances d'art-thérapie structurée.

Les séances durent une heure et demie, décomposée en soixante minutes de production et d'expression, puis trente minutes de verbalisation.

À la fin de l'hospitalisation, le patient reçoit un auto-questionnaire d'exploration du vécu, puis un questionnaire d'hétéro-évaluation par téléphone cinq mois après, délai correspondant à la fin de la période avec risque élevé de rechute.

Le premier outil d'auto-évaluation est basé sur « le vécu des activités d'atelier » ECTM2-Q (échelle clinique de thérapies médiatisées), associé à des questions à propos de l'intérêt des œuvres collectives, de l'inscription sociale (l'apport de la signature sur les productions), la possibilité de sensation du domaine de l'angoisse (peur, anxiété, crainte, etc.) et ce qui a été ressenti comme le plus important et le plus aidant dans la participation à ces ateliers. Au final, ce questionnaire était composé de trente-six items.

Le second outil d'hétéro-évaluation était basé sur le « questionnaire d'exploration du vécu ECTM2-Q abrégé » et reposait sur sept questions ouvertes :

- ✓ Comment allez-vous ?
- ✓ Quel souvenir gardez-vous des séances d'ateliers d'art-thérapie ?
- ✓ Y a-t-il une œuvre dont vous vous souvenez plus particulièrement ?
- ✓ Avez-vous constaté ou ressenti un changement/une amélioration/des difficultés au cours ou après votre fréquentation de l'atelier ?
- ✓ Qu'est-ce qui vous paraissait le plus important dans votre participation à l'atelier ?
- ✓ Qu'est-ce qui vous a le plus aidé dans les activités d'atelier auxquelles vous avez participé ?
- ✓ Autre chose ?

Les données sont analysées et référencées pour la préparation du matériel, puis codées pour l'analyse logico-sémantique.

Au final, les résultats sont classés en six catégories :

☞ Les changements apportés : 87% des patientes reconnaissent l'utilité de la prise en charge à travers quatre thèmes principaux :

- ✓ Le bien-être subjectif (plaisir, défoulement, joie, détente) : l'appréhension initiale qui avoisinait les 63% s'est transformée au fil des séances en 93% de

satisfaction et de sérénité. Cela a permis le renforcement du Moi avec l'affirmation de soi, la découverte de capacités et la sensation de maîtrise ;

- ✓ La rémission des troubles thymiques et la reconstruction ;
 - ✓ L'ouverture envers les autres : expression, entraide, échanges, stimulation des relations, encouragements ;
 - ✓ D'autres apports thérapeutiques tels que la relance de la motivation et de l'élan vital, ou encore la stimulation des émotions.
- ☞ L'activation du travail psychique, dans laquelle on retrouve le développement des stratégies de résolution de problème, une désinhibition favorisant des pensées positives, ainsi que des apprentissages et une ouverture sur la variété des possibilités.
- ☞ L'importance des productions, qui joue sur deux niveaux :
- Intrasubjectif, qui comprend la motivation à réaliser, la détente, le support de concentration et la re-narcissisation ;
 - Intersubjectif, qui peut être perçu comme un support de communication avec les soignants, l'art-thérapeute ou les autres patients, ou comme un cadeau à un proche.
- ☞ Les rôles attendus ou perçus du praticien : cela comprend la bienveillance et l'écoute ressenties à travers l'accueil (écoute, sourire, mise en confiance) ; l'animation du groupe ; l'étayage technique et maternel (épanouissement, expression et élaboration) ; l'évaluation des blocages, des difficultés et des progrès. D'après 67% des sujets, l'art thérapeute devrait participer à l'activité, notamment pour mieux guider et motiver les patients.

- ☞ L'apport des techniques : les supports les plus appréciés sont le collage à 33% et le pastel à 28%. Le fond musical est, quant à lui, ressenti comme apaisant et propice à l'expression artistique.
- ☞ Perceptions relatives au groupe : le regard des autres a été perçu comme positif pour 67% des sujets et les séances de groupe largement préférées aux séances individuelles (à 80%). La participation à des créations collectives obtient, elle, l'unanimité de satisfaction (100%).

Cinq mois après, les patientes gardent un souvenir très positif de l'atelier en général (100%) ainsi que d'une œuvre en particulier. La participation à ces ateliers a permis aux patientes de développer l'expression et l'ouverture à l'autre (44%), la bienveillance et la confiance du thérapeute (32%), et enfin le bien-être et l'évasion (24%). Depuis, les patientes ont mis en œuvre des projets ou se sont lancées dans de nouvelles activités (80%) et ont globalement adopté de nouveaux comportements d'auto-soins (60%). On retrouve, chez 50% des sujets, une amélioration de l'état de santé général, 40% ont ressenti une amélioration avec une thymie instable, 10% ont vu leur état s'aggraver.

Finalement, cette étude montre que l'art-thérapie apporte de nombreux bénéfices aux patients, répartis en différents domaines :

- le bien-être subjectif associé au renforcement du Moi grâce à la fierté d'avoir réussi à créer une œuvre personnelle, mais aussi par la reconnaissance de l'œuvre par les autres personnes du service (patients et personnel) ;
- l'effet d'évasion et de libération lors de la séance, par une mobilisation physique et la stimulation du jeu et de la créativité. Les états dépressifs se caractérisent par la pauvreté d'expression et le repli sur soi, mais la désinhibition permet d'élargir le registre d'expressions et de comportements.

- L'apprentissage : la diversité des techniques d'art et des expériences de chacune les a captivées, de même que les possibilités de résoudre certaines de leurs difficultés et l'inscription dans la temporalité.
- La stimulation des émotions et la reconstruction : grâce au support des réalisations, le contournement de leur ligne de défense est possible. L'effet de surprise et l'imprévu entrent également en jeu et permettent un travail psychique interne, réel et symbolique.
- La rémission des troubles thymiques : les patientes expriment des représentations positives qualifiées de « renaissance », « guérison », « reconstruction » et « efficacité thérapeutique ».
- Ouverture à l'autre : les patientes retrouvent des notions de partage, d'échange et d'entraide, tout en repoussant la comparaison, l'inhibition et l'inauthenticité.
- Engagement dans de nouvelles actions et projets : l'inscription dans la temporalité d'une dynamique de projets traduit la sortie de l'état d'immobilisme et la reprise de l'élan vital.

G. Relations humaines

1) L'importance du lien social dans la santé des 55-85 ans

L'INPES a analysé les données du Baromètre Santé INPES 2010 qui ont dévoilé une population hétérogène de 9921 personnes âgées de 55 à 85 ans, vivant plutôt bien son avancée en âge. Mais, à travers les différents thèmes étudiés, le lien social ressort comme un déterminant de santé important. [115]

Globalement, les personnes âgées de 55 à 85 ans rapportent une vie sociale comparable à celle des 15-54 ans. En effet, au cours des huit derniers jours, 82%

d'entre eux déclarent avoir rencontré des amis ou des membres de leur famille. Cependant, dans le même laps de temps, ils sont 52% à avoir pratiqué des activités de groupe ou de loisirs (tels que les réunions, activités religieuses, associations, soirées, sport, cinéma) contre 66% chez leurs cadets. Cette participation sociale aurait pourtant un impact positif sur les comportements et les perceptions.

Chez les plus de cinquante-cinq ans, le sentiment d'information sur les grandes thématiques de santé est élevé, et il est renforcé par des contacts avec l'extérieur et une vie sociale active. Si elles ont été en contact avec les membres de leur famille ou amis, ou si elles ont participé à une activité dans les huit derniers jours, les personnes âgées de 55 à 85 ans ont un meilleur sentiment d'information sur le tabac (90% contre 84%), l'alcool (90% contre 84%), la contraception (88% contre 81%), la maladie d'Alzheimer (69% contre 62%) et le cancer (86% contre 78%).

Paradoxalement, la vie sociale accentue certaines craintes, telles que la maladie d'Alzheimer (54% contre 47%), les maladies cardiaques (44% contre 38%), les accidents de la circulation (53% contre 42%), et le cancer (58% contre 48% pour ceux n'ayant eu aucun contact).

Chez les plus de cinquante-cinq ans, 41% se sont connectés à internet au cours des douze mois précédents, dont 51% pour chercher des informations relatives à la santé. Cela concerne 53% des 55-85 ans ayant eu des visites ou des conversations dans les huit jours précédents, contre 38% chez les personnes n'ayant pas eu de lien social.

La vie sociale a une influence positive sur les comportements de santé des 55-85 ans. Le tabagisme n'est pas très représenté dans cette classe d'âge : 13% des plus de cinquante-cinq ans sont considérés comme fumeurs contre 41% chez les 15-54 ans. Ce contraste est encore plus marqué chez les personnes déclarant avoir eu au moins une relation sociale dans les huit derniers jours : 10% contre 12% chez les femmes et 15% contre 18% chez les hommes.

De même, les hommes âgés de 55 à 85 ans vivant seuls ont tendance à être plus fumeurs que les autres (22% contre 15%).

Contrairement au tabac, la consommation quotidienne d'alcool augmente avec l'âge, tout particulièrement chez l'homme : 31% parmi les hommes de 55 à 64 ans, 43% parmi ceux de 65 à 74 ans et jusqu'à 53,5% parmi ceux de 75 à 85 ans. Concernant l'alcoolisation à risque ponctuel, elle est plus importante chez les sujets ayant eu une activité ou un loisir au cours des huit derniers jours (26% des hommes et 13% de femmes) que chez les autres sujets (19% des hommes et 8% des femmes).

A partir de 55 ans, manger est davantage associé à un moyen de conserver sa santé qu'à un plaisir convivial. Cette tranche d'âge est également associée à une alimentation plus variée. La consommation de fruits, de légumes, d'aliments du groupe VPO (viande, poissons, œufs), de féculents et de produits laitiers, la veille du questionnaire, est retrouvée chez 63% des 55-75 ans contre 42% chez les 18-54 ans.

De même, parmi ceux qui ne vivent pas seuls, les seniors prennent davantage leurs repas en compagnie d'autres personnes (59% pour le petit-déjeuner et 87,5% pour le déjeuner) que les 18-54 ans (46% pour le petit-déjeuner et 79% pour le déjeuner).

A propos de la santé mentale des 55-85 ans, elle est relativement proche de celle de la population générale, c'est à dire qu'au cours des douze derniers mois, une personne sur cinq est ou a été en souffrance psychologique.

Plusieurs facteurs sont corrélés à une moins bonne santé mentale : la situation financière, le genre, mais aussi l'isolement et l'absence de liens sociaux. La probabilité de survenue d'un épisode dépressif au cours des douze derniers mois est multipliée par deux chez les femmes vivant seules et par quatre chez les hommes vivant seuls.

La probabilité d'être en détresse psychologique chez la femme est multipliée par deux si elle n'a pas participé à des activités de groupe ou de loisir au cours des huit derniers jours.

2) Le pouvoir secret des amis : étude à Nicoya (Costa Rica)

À partir des registres électoraux de 2005, Luis Rosero-Bixby a trouvé que l'espérance de vie des Costaricains était particulièrement élevée pour un pays où le revenu par habitant ne représente qu'un cinquième de celui d'un Américain. [116] S'ils survivent aux infections et aux accidents relativement fréquents en début de vie, les Costaricains ont une longévité très élevée, notamment chez les hommes. En effet, un costaricain de 60 ans peut espérer vivre encore 22 ans, soit légèrement plus qu'en Europe de l'Ouest et aux Etats-Unis. S'il atteint les 90 ans, il peut s'attendre à vivre encore 4,4 ans, soit six mois de plus que dans tout autre pays du monde.

La péninsule de Nicoya, dans le nord-ouest du Costa-Rica, ce phénomène est encore plus prononcé : les hommes de 60 ans ont une espérance de vie de 24,3 ans, soit deux à trois ans de plus que les Japonais, déjà réputés pour leur longévité exceptionnelle.

Michel Poulain, expert de la longévité travaillant à l'Institut estonien d'études des populations à Tallin, s'est rendu à Nicoya et a rencontré des habitants comme Rafael Angel Leon-Leon qui cultivait encore maïs et haricots, et élevait des animaux à 100 ans. De même, Francesca Castillo coupait son bois et marchait plus d'un kilomètre deux fois par semaine pour aller rejoindre la ville à 99 ans. Lorsqu'il a rencontré Ofelia Gomez Gomez, 102 ans, elle lui a récité un poème de six minutes.

Toutes les personnes âgées qu'il a rencontrées étaient, malgré leur grand âge, encore actives mentalement, physiquement et socialement. Leurs points communs étaient un mode de vie actif, avec des nuits de huit heures en moyenne (principalement dû à l'absence d'électricité), une grande foi religieuse, la consommation d'une eau riche en calcium et de fruits riches en antioxydants.

Après prélèvement de sang de 600 costaricains très âgés, dont 200 Nicoyans, les résultats montrent que les Nicoyans ont des télomères beaucoup plus longs en

moyenne que les autres Costaricains, ce qui confirme biologiquement qu'au même âge, leurs cellules paraissent plus jeunes.

Après une analyse plus poussée, il n'y aurait pas de différence significative du régime alimentaire ou de la forme physique des habitants de Nicoya par rapport au reste du pays ; au contraire, ils sont même plus souvent obèses ou hypertendus que les autres Costaricains. Il ne s'agit pas, non plus, de processus génétique car dès qu'ils quittent la ville, ils retrouvent l'espérance de vie des autres Costaricains. Les plus aisés ont également des télomères plus courts que les autres, donc l'argent n'intervient pas davantage.

Le seul indicateur qu'ils ont fini par trouver est que les Nicoyans vivent généralement moins seuls que les autres Costaricains et sont davantage en contact avec des enfants. Chez les Nicoyans qui ne voient pas d'enfants chaque semaine, la différence de longueur des télomères est diminuée de moitié et est même réduite à zéro s'ils vivent seuls.

De plus, il a été prouvé que les Nicoyans avaient un grand attachement psychologique à la famille. Ces liens familiaux étroits pourraient ainsi les protéger contre le stress de la vie qui raccourcit les télomères. En dépit de leur pauvreté, de forts liens sociaux leur permettent de rester jeunes.

3) Lien entre les relations sociales et la composition de l'ADN

Cacioppo a montré que le stress, notamment social n'affectait pas seulement le cerveau mais se disséminait jusqu'à notre ADN. [116] Parmi 230 personnes âgées de Chicago, il en a retenu huit parmi celles qui se sentaient dans la solitude depuis des années et six parmi celles qui rapportaient le plus grand nombre d'amis et de soutien social.

Après un prélèvement sanguin, 22 000 gènes ont été analysés et 200 montraient une différence significative. Une large proportion de gènes les plus activés chez les

personnes seules était impliquée dans l'inflammation, contrairement à ceux qui ont un rôle dans la réponse antivirale et la production d'anticorps.

Un point important est que la différence n'était pas liée à la taille du réseau social de la personne, mais bien à l'intensité de son sentiment de solitude.

Il s'agit d'une très petite étude mais les résultats laissent à penser que le système immunitaire est finement régulé afin de répondre à notre environnement social. Cette évolution pourrait s'expliquer par le fait que les liens étroits entre les personnes favorisent la transmission de virus.

Au contraire, une personne isolée aura plus à craindre d'une attaque physique, ainsi sa survie dépendra principalement de l'implication de son système immunitaire dans la cicatrisation des blessures et la défense contre les infections bactériennes.

Paradoxalement, dans le monde actuel, ce profil représente une double peine car il rend vulnérable aux virus et aux cancers mais augmente le risque de développer une maladie chronique liée à l'inflammation.

4) Études mariés versus célibataires

Dans les deux heures qui suivent un emportement, le risque pour un individu de souffrir d'un infarctus est multiplié par cinq et celui de souffrir d'un AVC par trois, selon la méta-analyse (une synthèse des résultats de toutes les études publiées dans le monde sur le sujet) effectuée par une équipe américaine et parue le 4 mars dans la revue *European Heart Journal*

En 2013, des chercheurs de Harvard [117] ont suivi 734 000 patients atteint de différents cancers et ont remarqué que pour tous les cancers, les personnes mariées avaient 20% de risque en moins de mourir, après avoir exclu la part des avantages pratiques tels que l'aide à la prise de rendez-vous ou de médicaments au moment adéquat.

H. Religion

On pourrait penser que l'Homme moderne se détache petit à petit de la religion pour devenir un être rationnel, qui prend en charge et maîtrise son destin, son corps et sa santé. [118] Pourtant, plusieurs points que l'on retrouve dans chaque religion ont une influence apparente sur la santé :

- La dimension purement philosophique : il s'agit du besoin de croire en quelque chose de supérieur, pour affronter les imprévus de la vie, de la maladie, et faire face à l'incertitude concernant l'avenir.
- La dimension anthropologique : celle-ci couvre le besoin de se rassembler mais également de se distinguer en affirmant son appartenance à une religion ou à un courant religieux. Cela implique d'adopter les rites, les tabous et les usages qui peuvent avoir un effet symbolique ou matériel sur la santé corporelle et mentale : hygiène, dépendances, sexualité, habitudes alimentaires, etc.
- La dimension psychologique : les neurologues ont mis en évidence des états d'apaisement et de stabilisation par des pratiques méditatives, permettant aux pratiquants d'avoir un cadre structurant et rassurant pour leur bien-être, favorable à leur santé.

Malgré les avancées de la médecine moderne, notamment en chirurgie et en biologie, certains patients ne peuvent s'empêcher d'avoir recours à une « thérapie religieuse » en cas de maladie ; pour eux, ils se donnent ainsi plus de chances de guérir.

On retrouve des liens entre la religion et la santé depuis l'Antiquité ; en Grèce, les soins étaient placés sous les auspices d'Asclépios, dieu de la médecine, ou Esculape chez les Romains. Proche de l'Islam, la médecine Yunani a ses praticiens (Hakim) et

ses lieux de pèlerinage pour les malades. De même, dans le catholicisme, on retrouve le pèlerinage à Lourdes, les messes et les prières pour les malades, tout comme l'onction des malades. Du côté asiatique, les spiritualités telles que le bouddhisme et l'hindouisme proposent une disparition des souffrances et développent une médecine liée à leurs croyances. L'une d'elles, Yan-Ji, regroupe la biomédecine et trois traditions religieuses : le bouddhisme, le confucianisme et le taoïsme. Les pasteurs protestants proposent l'imposition des mains aux personnes souffrantes.

Les patients peuvent également être interpellés par des guérisseurs médiums ou invocateurs de déesses spécialisées dans certaines maladies. Entre toutes les croyances possibles, il est indispensable de veiller à ce qu'elles restent bénéfiques au patient dans la prise en charge de sa maladie. La plupart des religions se caractérisent davantage par des pratiques dont le but est d'obtenir un salut dans l'au-delà de la mort que de délivrer l'homme de ses maux au cours de son existence sur Terre.

À l'inverse, certains groupes religieux minoritaires, tels que les sectes ou autres non-conformismes religieux, proclament le traitement spirituel des maladies avant la quête du salut de l'âme. Ils affichent publiquement la volonté de guérir et leurs doctrines portent largement sur la santé et la maladie, ce qui leur donne une visibilité sociale de mouvements guérisseurs.

Les patients, affaiblis physiquement et psychologiquement par la maladie et le choc de son annonce, sont davantage influençables et peuvent prendre des risques inconsidérés pour leur santé, en substituant les traitements classiques par les méthodes dictées par les gourous ou les chefs religieux extrémistes. Certains vont même jusqu'à refuser les soins hospitaliers ou les transfusions sanguines par exemple.

Le recours à la religion dans la maladie résulte de différentes causes. Malgré les succès des avancées en médecine, il reste beaucoup d'incertitudes. La dépression reste une énigme pour la personne atteinte, le traitement d'un cancer est incertain et sa guérison risque de n'être qu'un sursis. Toute cette incertitude qui plane autour de

la maladie et de sa prise en charge incite les patients à chercher une chance supplémentaire de guérison parallèle à la médecine. Quelques témoignages de guérison après recours à la prière encouragent également à suivre ce chemin. Toutefois, le recours aux thérapies spirituelles découle très souvent d'une prédisposition psychologique qui peut être d'origine familiale (une socialisation religieuse rendant légitime l'initiative d'une démarche vers un traitement spirituel), faire suite à un événement dans l'entourage (se souvenir de quelqu'un que la spiritualité a soigné), ou dépendre de variables individuelles.

Une enquête a été réalisée sur des jeunes étudiants français [119] à propos de trois affirmations relatives à la guérison inattendue, et leur degré d'adhésion en fonction de leur croyance en une religion ou de ne croire en aucune :

- ✓ « *Il peut encore exister des miracles de guérison à notre époque* » : paradoxalement, 44,7% des croyants approuvent alors qu'ils sont 50% chez les non croyants
- ✓ « *on ne peut pas refuser complètement l'hypothèse de la guérison par la prière* » : approuvée à 74,5% des croyants contre 50% des non croyants
- ✓ « *quand la médecine ne peut guérir une personne, il est normal que celle-ci recherche la guérison par la prière* » : cette proposition fait l'unanimité avec 85% des croyants et 83% des non croyants.

Cela confirme l'existence d'une prédisposition culturelle, ou idéologique à propos du recours aux thérapies spirituelles des maladies.

Les patients cherchent un sens à leur maladie : pourquoi lui ? Alors qu'il a peut être pris soin de sa santé et réduit au maximum les causes avérées de troubles biologiques graves. C'est précisément une question à laquelle la médecine ne peut souvent pas répondre et les malades essayent de trouver une réponse « surnaturelle ». La maladie s'inscrit ainsi dans un processus qui dépasse le malade, tout en le concernant.

Certains pratiquants essaient également de mobiliser les ressources par la prière, pour que leur(s) dieu(x) aiguille(nt) le médecin dans son diagnostic et pour trouver le bon traitement, ou encore pour que la main du chirurgien soit guidée par les forces divines pour l'intervention à venir.

1) La religion dans l'expérience du VIH

Une enquête a été réalisée par l'ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le Sida) auprès de trente-huit personnes atteintes du VIH et qui participent à une démarche spirituelle ou religieuse. [120] Elles ont été interrogées sur le sens qu'elles donnent à leur maladie, leurs rapports à l'institution médicale et leur intégration sociale. Les résultats sont nuancés mais la religion joue un rôle important. Elle peut à la fois générer un sentiment d'exclusion dû à la culpabilité, mais aussi rompre la solitude et faciliter l'intégration sociale grâce à l'intégration au sein d'un groupe religieux.

Les patients expliquent leur maladie de deux façons : soit l'individu se sent responsable de sa maladie, notamment en raison de son comportement, soit l'individu pense que la cause du VIH lui est externe. Il considère qu'il a été contaminé par le VIH parce qu'on lui a jeté un sort par exemple.

Dès lors que l'individu vit une série de malheurs qu'il ne peut s'expliquer, la sorcellerie intervient comme élément explicatif. Le premier type d'explication étant fortement culpabilisant pour la personne, le second permet de disculper l'individu de toute responsabilité. Toutefois, ces deux types peuvent coexister chez une même personne. Appuyés sur la religion, les différents modes d'explication de la maladie donnent un sens à une expérience difficile à vivre, tout en répondant aux questions existentielles telles que *Pourquoi moi ?*, *Pourquoi maintenant ?*, etc.

L'intégration sociale des individus atteints de VIH est favorisée par l'engagement religieux. Cette dimension est d'autant plus évidente pour les individus originaires d'un pays de l'Afrique sub-saharienne. La plupart d'entre eux sont venus en France

pour des raisons économiques et l'annonce de leur séropositivité au VIH peut remettre en cause leur projet de migration.

Cependant, ils n'ont pas d'autre choix que de rester en France pour être pris en charge. Souvent isolés parce qu'ils ont laissé leur famille dans leur pays d'origine, ils vivent également dans des conditions de précarité. Les associations de malades leur permettent de sortir de la solitude, tout comme l'intégration au sein d'un groupe religieux qui leur « offre » également une voie vers le salut.

Le rôle intégrateur de la religion est tout de même à relativiser car les religions ne condamnent pas les hommes mais leurs pratiques « illicites ». Un sentiment de culpabilité peut alors apparaître et les individus vivent dans le secret et la honte de leur séropositivité.

Le respect des prescriptions religieuses va souvent de pair avec celui des prescriptions médicales. Dans le cadre de l'étude, les chercheurs ont remarqué que les personnes appartenant à l'Islam ou au Catholicisme sont plus observantes (c'est à dire qu'elles respectent mieux les prescriptions thérapeutiques) que celles qui s'inscrivent dans le Protestantisme ou dans la mouvance du Nouvel-Âge.

Cependant, ce rapport à l'autorité doit être nuancé pour trois raisons. Tout d'abord, on distingue différentes formes d'adhésion à une religion : certains islamistes ou catholiques peuvent avoir un rapport critique et nuancé à l'égard de l'autorité. De plus l'appartenance religieuse peut être plurielle ; dans ce cas, à quelle autorité se soumet le patient ? Enfin, le VIH étant une pathologie chronique, il accompagne le cheminement spirituel de la personne qui peut évoluer d'une religion à l'autre et ainsi d'une forme d'autorité à une autre.

La religion a donc un rôle à jouer chez les personnes atteintes de VIH, dans le sens de la maladie, l'intégration sociale et l'attestation ou protestation de l'autorité médicale.

2) La religion, facteur protecteur face aux tentatives de suicide ?

Une enquête Baromètre santé de l'INPES a révélé que les personnes pratiquant une religion sont moins nombreuses à déclarer avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie que le reste de la population. [121] Il faut cependant considérer ces résultats avec précaution puisqu'ils reposent sur des déclarations et les tentatives de suicide sont condamnées par les religions, donc il pourrait y avoir une sous-déclaration. Toutefois, la pratique d'une religion jouerait un rôle protecteur à l'égard des tentatives de suicide.

L'INPES a cherché à relier la fréquence d'apparition d'une attitude, d'un comportement ou d'une opinion au fait de déclarer appartenir ou non à une religion, et selon le degré de pratique de cette dernière. Pour ce faire, ils ont appelé aléatoirement un échantillon représentatif de la population parlant le français, âgés de 12 à 75 ans. Ils ont ici isolé les tentatives de suicide déclarées au cours de la vie.

Ce sujet présente l'intérêt d'appartenir à un domaine condamné par la très grande majorité des religions : hindouisme, islam, bouddhisme, christianisme, judaïsme, etc. Afin d'identifier la pratique religieuse, une combinaison de deux questions a été soumise aux sujets : « avez-vous une religion ? » (oui/non/non réponse) et « toujours par rapport à la religion, diriez vous que vous ne pratiquez pas/vous pratiquez de temps en temps/vous pratiquez régulièrement ?

Dans cette enquête, 59% des personnes disent appartenir à une religion : catholique à 83%, musulmane à 10%, protestante à 3% et judaïque à 1%. Parmi eux, 45% ne pratiquent pas leur religion, 39% la pratiquent de temps en temps et 16% la pratiquent de façon régulière.

À propos de leur personnalité, deux questions sont également posées : « Vos croyances (convictions) personnelles donnent-elles un sens à votre vie ? » (pas du tout/un peu/modérément/beaucoup/complètement) et « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? » (oui/non/non réponse). En plus de la pratique religieuse et l'intensité des croyances personnelles, d'autres variables associées à une

augmentation de la déclaration des tentatives de suicide ont été étudiées pour vérifier qu'ils n'étaient pas plus représentés dans l'un des deux groupes: maladie chronique, épisodes dépressifs et rapports sexuels forcés.

Au final, 4,1% des personnes pratiquant une religion de temps en temps ou régulièrement déclarent avoir fait une tentative de suicide contre 5,5% des personnes ne pratiquant pas ou n'ayant pas de religion. À âge, sexe, épisode dépressif, rapport sexuel forcé, maladie chronique et croyances personnelles comparables, chez les personnes n'ayant pas ou ne pratiquant pas de religion, le risque de déclarer avoir fait une tentative de suicide est 1,5 fois supérieur à celles pratiquant de temps en temps ou régulièrement une religion.

Tout en prenant en compte l'aspect déclaratif et transversal (on ne connaît pas l'enchaînement temporel entre la pratique de la religion et la tentative de suicide) de cette enquête, il en ressort que la pratique d'une religion joue un rôle protecteur à l'égard des tentatives de suicide déclarées, au sens statistique du terme. Les personnes qui déclarent ne pas pratiquer ou ne pas avoir de religion sont significativement plus nombreuses à déclarer avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Toutefois, le fait de déclarer que ses croyances personnelles donnent un sens à sa vie n'est pas associé à une diminution de la fréquence des déclarations de tentative de suicide au cours de la vie.

Enfin, notons qu'après une analyse variée selon le sexe du sujet indique que les hommes ne pratiquant pas ou n'ayant pas de religion sont davantage susceptibles que les femmes d'avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Ainsi, la religion pourrait avoir un rôle plus protecteur pour les hommes que pour les femmes.

Au final, la religion demeure un élément important dans la vie de beaucoup de patients, malgré des passages de l'Histoire qui révèlent comment elle a directement

contribué aux guerres, à la souffrance et à la destruction. Pourtant, elle reste largement dépassée par la bêtise des convictions purement humaines, telles que le fascisme et l'impérialisme au siècle dernier. Cependant, aborder la question de la religion pour les soignants avec leurs patients reste difficile, voire même un sujet tabou.

Pourtant, les exemples montrant que la religion aide les gens à vivre une vie riche de sens et à porter secours à autrui abondent. Une recherche documentaire a montré que 80% des études pertinentes ont conclu une association positive entre l'état de santé et l'implication religieuse. Les études centrées sur la santé mentale ont révélé des résultats similaires [122]: 83% d'études trouvent un lien positif entre l'implication religieuse et la santé mentale. La pratique religieuse aurait également été associée à une plus grande longévité. Une étude américaine a examiné la relation entre la pratique religieuse et le rétablissement après une chirurgie cardiaque : six mois après l'intervention, 11% des patient qui ne pratiquaient pas de religion sont décédés, alors que les trente-sept patients « profondément religieux » étaient toujours vivants.

Il paraît nécessaire de rappeler que la pratique religieuse exige d'assister aux cérémonies et doit donc être associée à la mobilité, qui est un facteur de santé. Une équipe de recherche a cependant mis en évidence des études qui font valoir une relation inverse entre la pratique et les incapacités. Ils ont examiné l'hypothèse selon laquelle la pratique religieuse entraîne simplement des comportements propices à la santé. Toutefois, en faisant des ajustements prenant en compte de tels comportements, les effets positifs de la religion sur la santé demeurent valides. Cela ajoute une autre dimension à la relation médecin-patient et demande de regarder les communautés sous un nouvel angle.

Les études sur la religion et la santé restent toutefois peu nombreuses, avec des groupes étudiés relativement petits. Il est donc difficile de tirer des conclusions réalistes de l'ensemble de ces études.

IV. Comment le pharmacien peut-il influencer l'autosuggestion du patient ?

Afin d'introduire cette quatrième partie, j'ai réalisé un questionnaire intitulé « Place du Pharmacien dans la société », dans le but de cerner les connaissances et cibler les attentes de la population vis-à-vis de la pharmacie d'officine. Relayé sur les réseaux sociaux et à la Pharmacie des Gascons à Bayonne (pharmacie dans laquelle je réalise mon stage de sixième année), j'ai obtenu 1008 réponses que j'ai répertoriées ci-après.

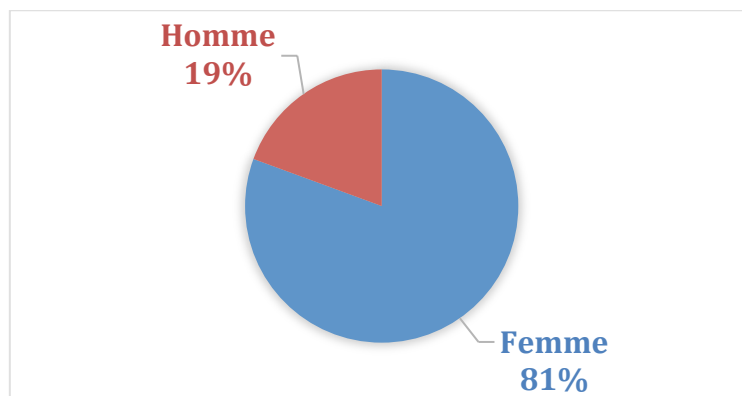


Figure 6 : Proportion hommes/femmes des répondants au questionnaire "Place du pharmacien dans la société"

Ce questionnaire n'est pas très représentatif de la population française car les réponses obtenues proviennent très largement de femmes (81%, Figure 6) et d'une population plutôt jeune (73% des personnes interrogées ont moins de 40 ans, Figure 7).

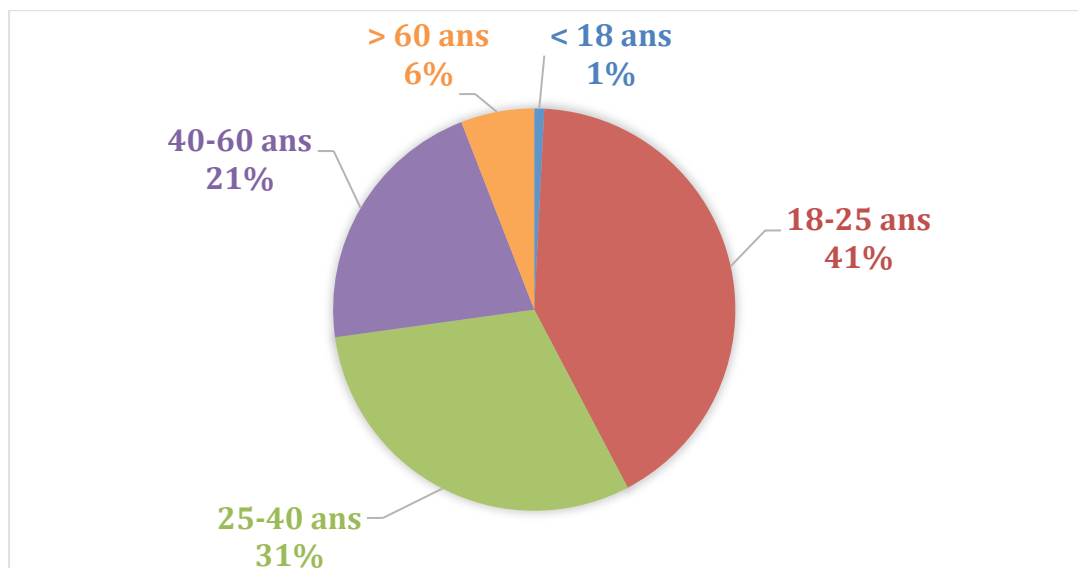


Figure 7 : Répartition des tranches d'âges des répondants au questionnaire "Place du pharmacien dans la société"

En revanche, en fonction de la densité de population de leur lieu de vie (Figure 8), les répondants sont globalement bien répartis, les deux extrémités étant les plus représentées (30% dans des villes comptant moins de 5000 habitants et 31% dans des villes comptant plus de 50 000 habitants).

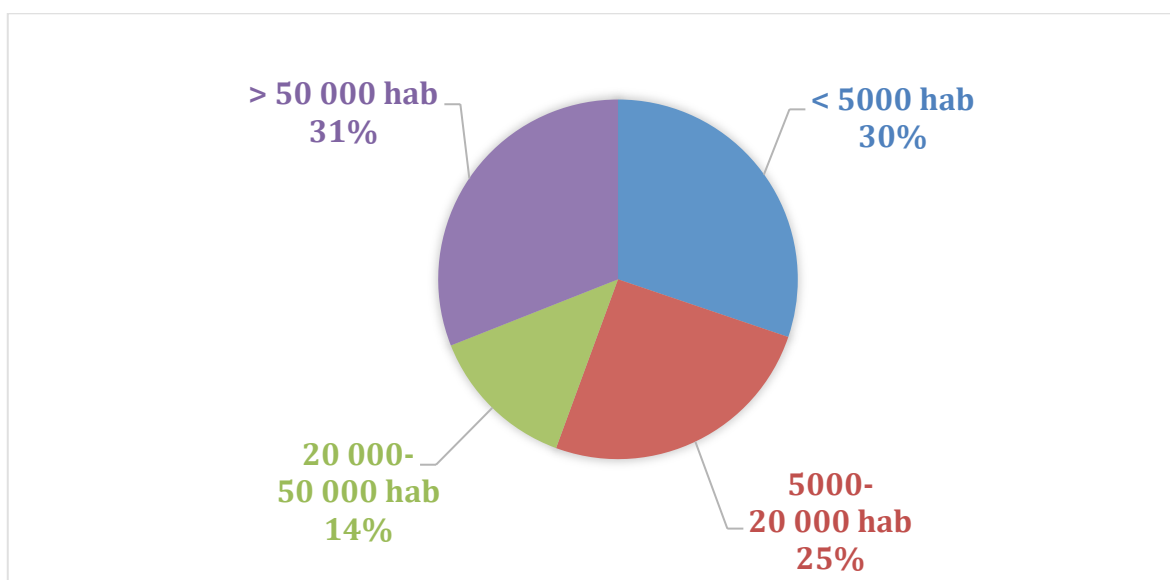


Figure 8 : Densité de population du lieu de vie des répondants au questionnaire "Place du pharmacien dans la société"

A. Place et image du pharmacien dans la société

1) Place du pharmacien dans la société

Grâce au maillage territorial, les pharmaciens font partie des professionnels de santé les plus accessibles à la population générale. Disponibles sans prise de rendez-vous préalable et sur des horaires étalés, les pharmaciens sont souvent consultés pour les soins de premier recours.

La fréquence de visite à la pharmacie chez les personnes ayant répondu au questionnaire « Place du pharmacien dans la société » varie globalement de plusieurs fois par mois (33%) à plusieurs fois par an (62%). Seuls 1% des personnes interrogées déclarent aller à la pharmacie plusieurs fois par semaine et 4% moins d'une fois par an (Figure 9).

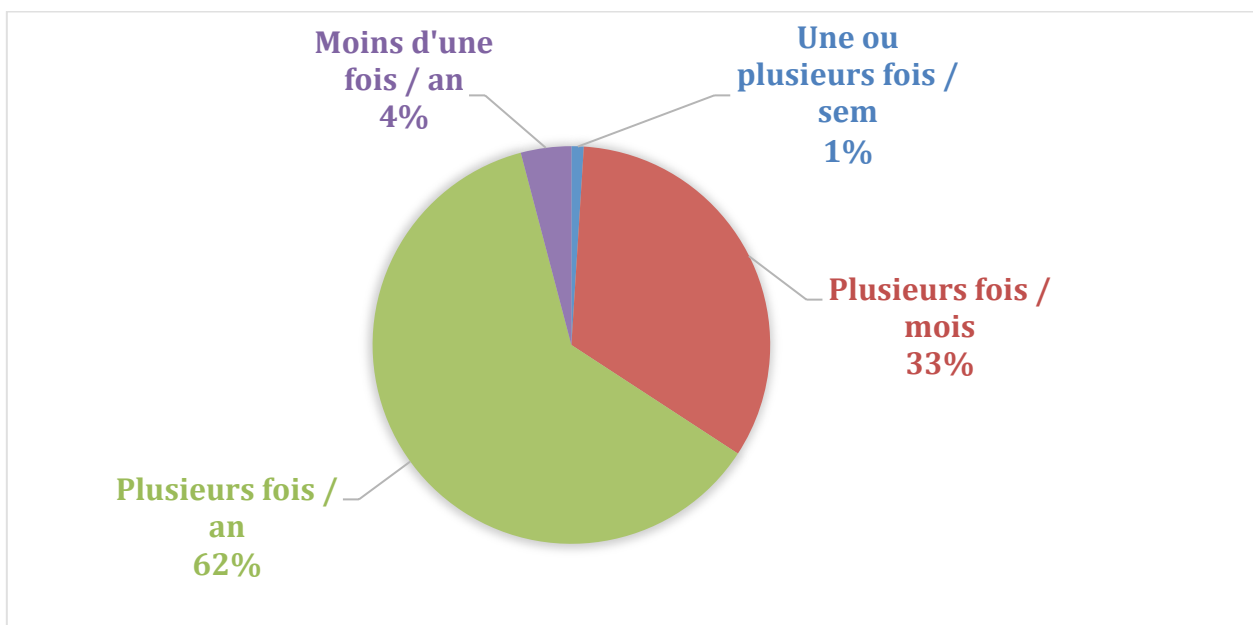


Figure 9 : Fréquence de visite à la pharmacie chez les répondants du questionnaire "Place du pharmacien dans la société"

Les principaux motifs de visites à la pharmacie (Figure 10) restent la délivrance de médicaments sur ordonnance pour 90,9% des répondants, mais également les médicaments qui ne nécessitent pas d'ordonnance ou sur conseil pour 57,4% des

répondants et l'achat de produits cosmétiques pour 22,4% d'entre eux. Moins d'une personne sur cinq vient chercher de l'homéopathie (18,9%), de l'aromathérapie ou phytothérapie (12%), des produits vétérinaires (8,5%) et des produits pédiatriques (5,7%).

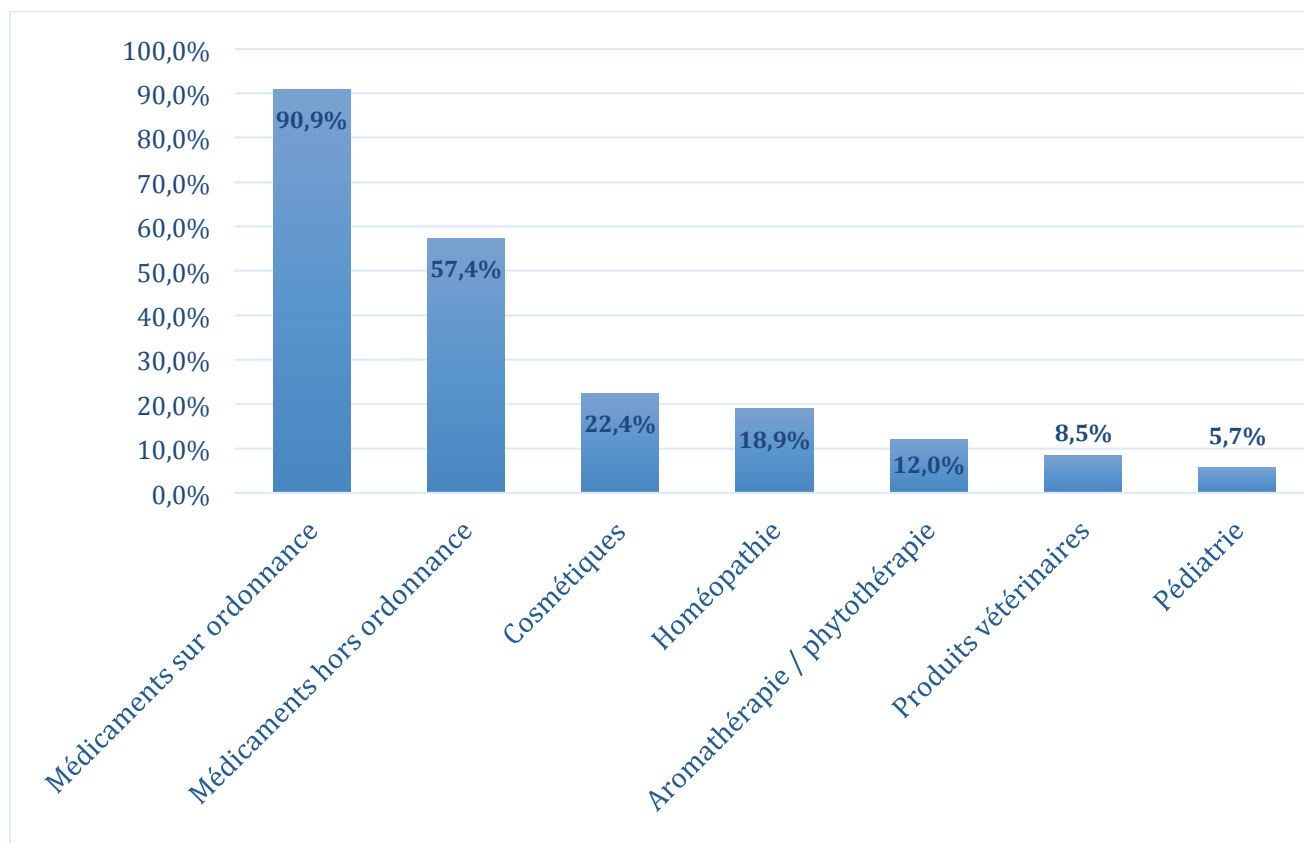


Figure 10 : Principaux motifs de visite à la pharmacie

À propos des différentes missions du pharmacien (Figure 11), de nombreuses personnes interrogées ont rajouté la case « conseil » car cela reste le plus important aux yeux de beaucoup. Concernant les catégories proposées, le dossier pharmaceutique (DP) est connu par 65,5% de la population interrogée, suivi de près par la vaccination contre la grippe chez les personnes concernées par la campagne de vaccination antigrippale à 52,3%. En revanche, moins d'une personne sur deux sait que les pharmacies participent à la prévention et au dépistage de certaines maladies (37,8% des interrogés), proposent souvent une dispensation à domicile pour les patients qui ne peuvent pas se déplacer (27,8%), réalisent des entretiens pharmaceutiques pour les patients sous anticoagulants oraux ou atteints d'asthme

(21,1%) et des bilans partagés de médication pour les personnes âgées polymédiquées (17,3%).

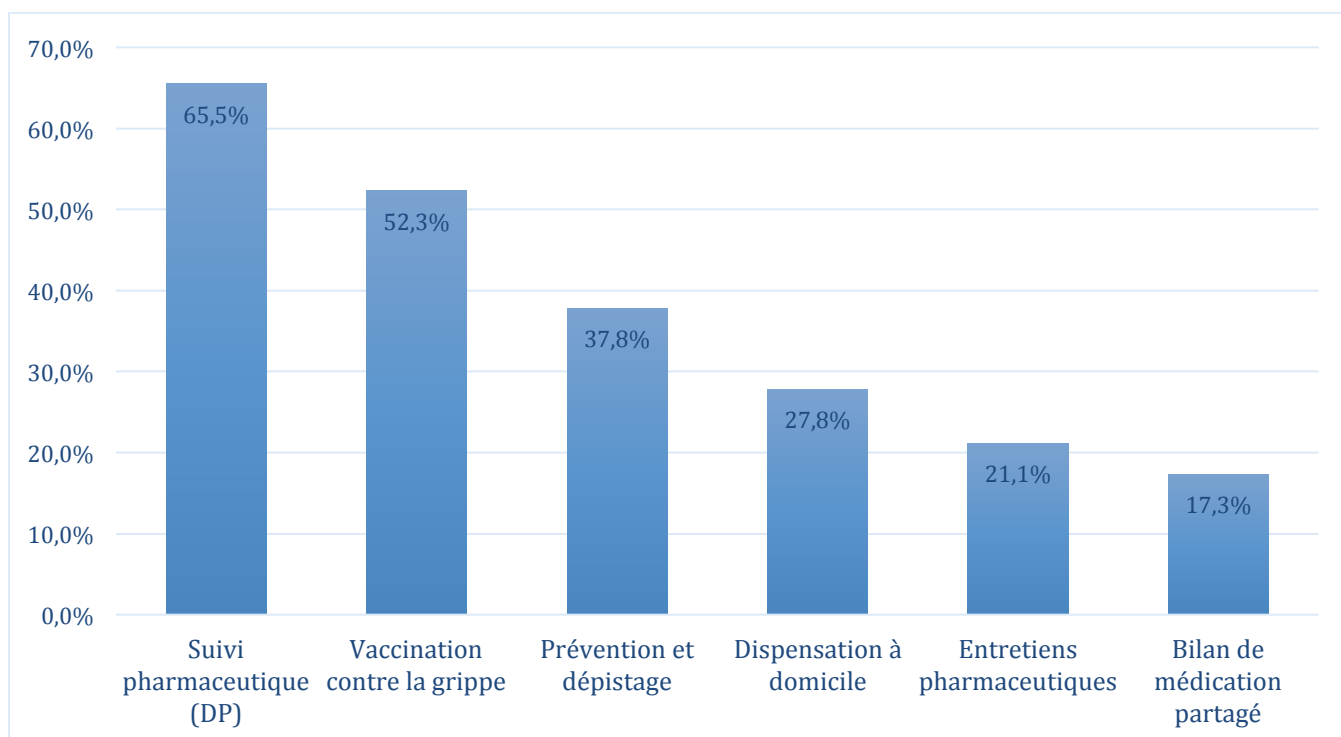


Figure 11 : Taux de connaissance des différentes missions du pharmacien d'officine

2) L'image du pharmacien, vue par la société

Concernant la confiance accordée à leur pharmacien (Figure 12), les personnes interrogées ont globalement accordé leur confiance dans plusieurs catégories d'actes pharmaceutiques. Près de quatre personnes sur cinq attribuent leur confiance au pharmacien pour détecter les interactions médicamenteuses (79,40%). Plus de trois personnes sur quatre font également confiance à leur pharmacien lors d'une substitution de princeps par son générique (77,20%). Une grande partie des personnes interrogées valide le remplacement d'une galénique par une autre (73,90%) et l'adaptation de posologie par le pharmacien pour une personne âgée ou un enfant par exemple (57,0%). Restent 2,50% des personnes interrogées qui ne font pas du tout confiance à leur pharmacien.

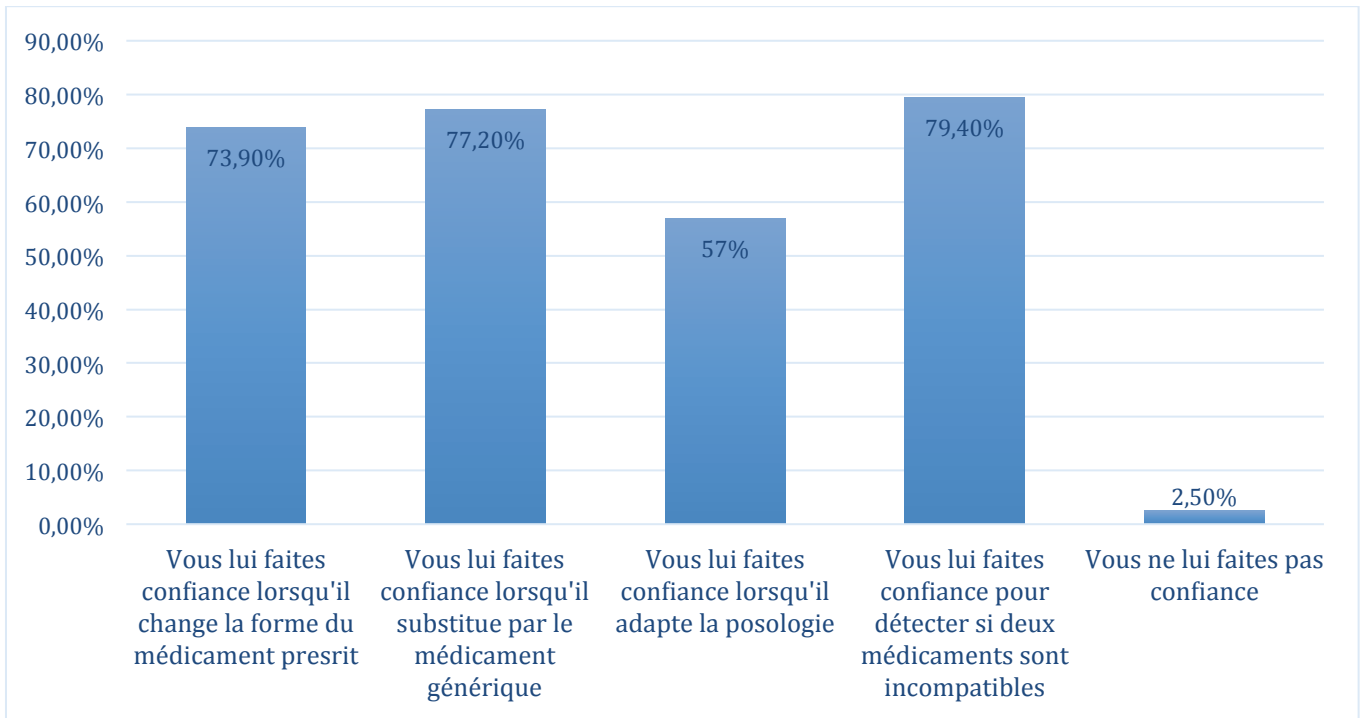


Figure 12 : Taux de confiance en son pharmacien selon différents critères

Comme vu précédemment, les patients accordent une importance capitale dans les conseils du pharmacien : 62% d'entre eux considèrent qu'ils sont à prendre en compte et 35% les trouvent indispensables (Figure 13).

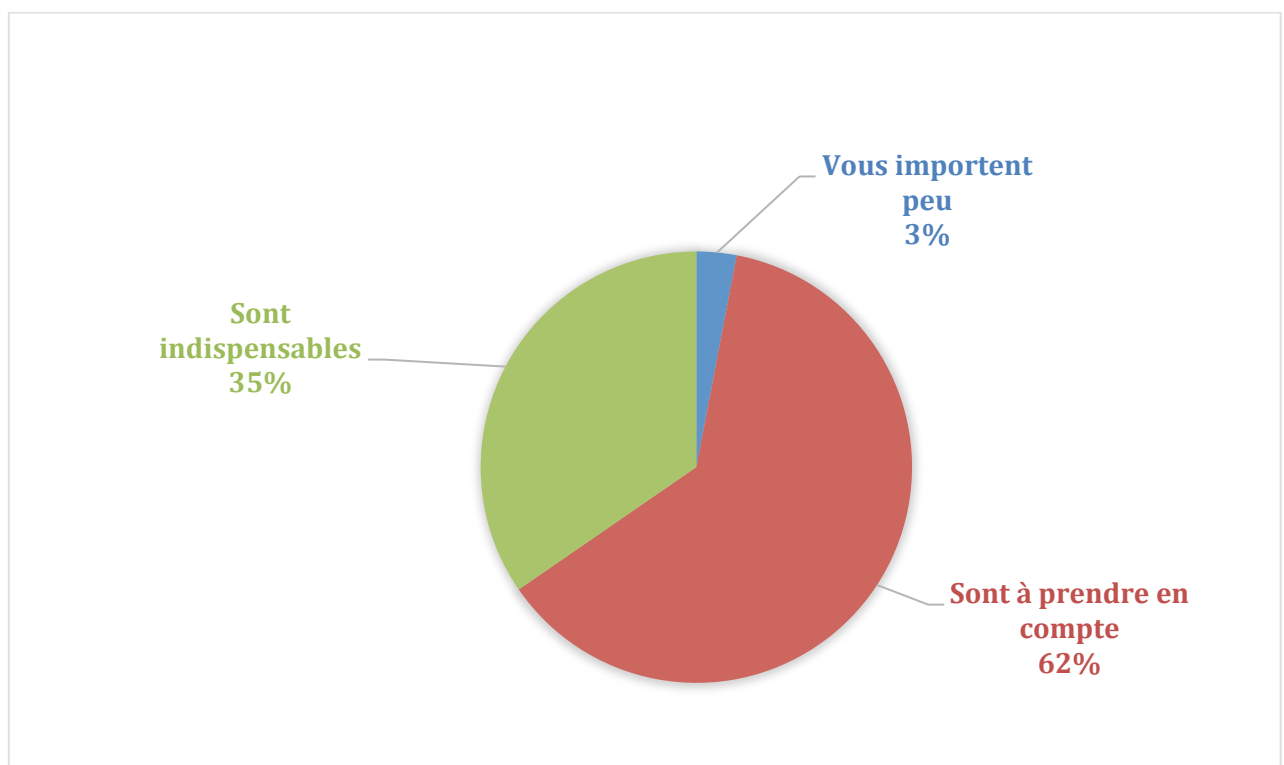


Figure 13 : Degré d'importance des conseils donnés par le pharmacien en général

En dehors des médicaments sur ordonnance, les produits de conseil associé sont souvent attendus par les patients (Figure 14) : 62% des personnes interrogées font confiance au pharmacien pour leur donner le plus approprié, 33% apprécient que le pharmacien leur présente et décrive différents produits équivalents et les laisse choisir celui qu'ils préfèrent. Seuls 5% des répondants n'ont pas besoin de conseils du pharmacien car ils savent déjà ce qu'il veulent (par expérience ou renseignements extérieurs).

Lors d'un conseil sur un produit, les patients préfèrent que le pharmacien...

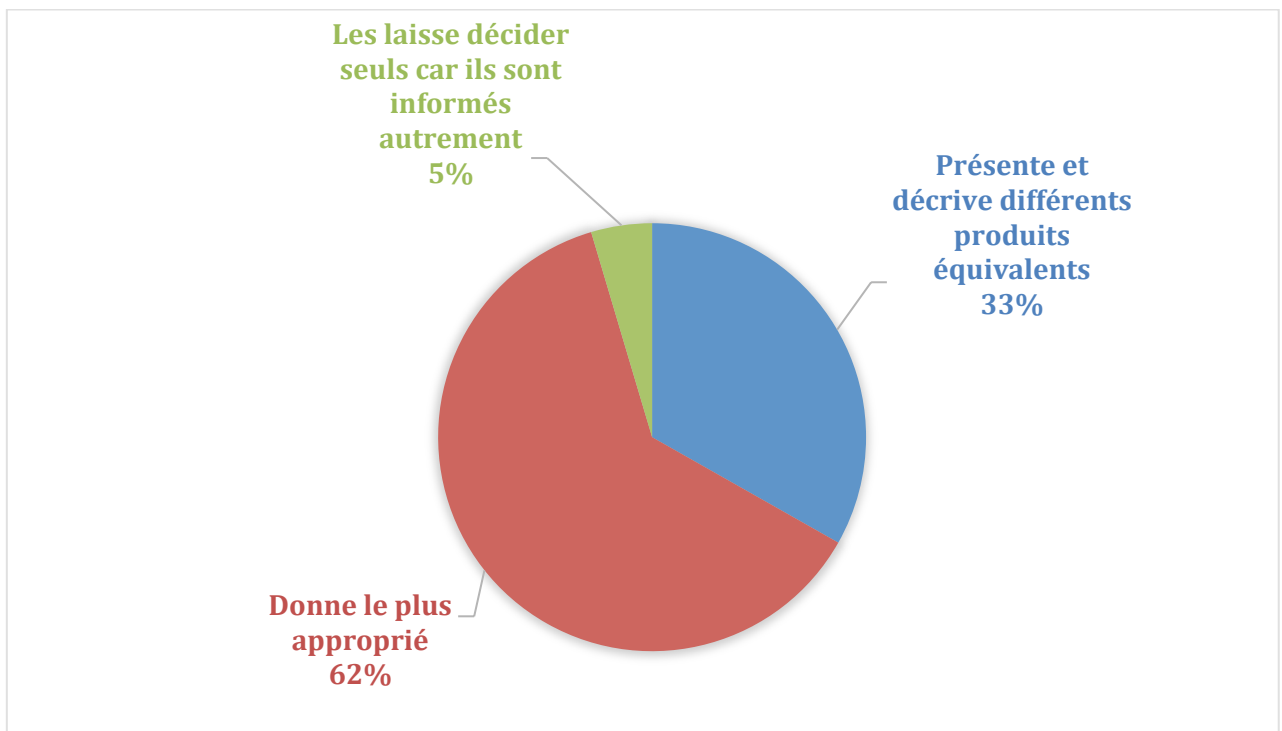


Figure 14 : Attentes des patients envers les conseils du pharmacien

93% des personnes ayant répondu au questionnaire considèrent être encouragées à mieux prendre leur traitement si le pharmacien leur explique l'intérêt, l'indication et les effets du médicament (Figure 15). Le pharmacien a ainsi un rôle à jouer dans l'observance des patients vis-à-vis de leur traitement.

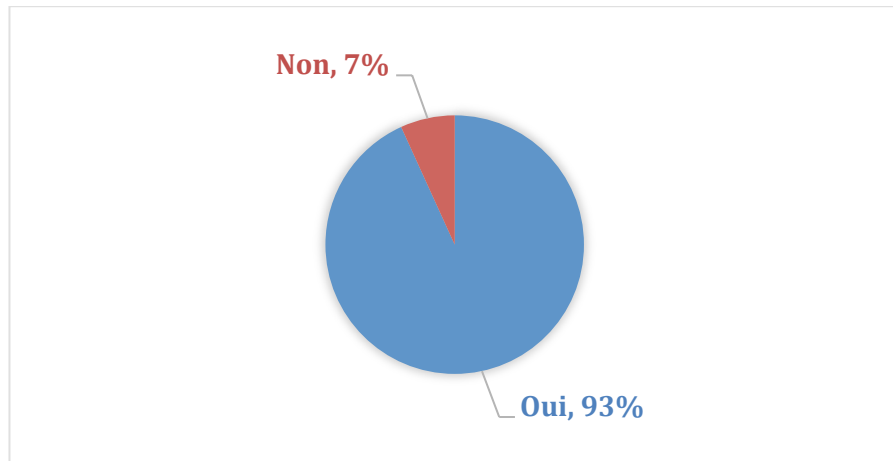


Figure 15 : Taux des personnes encouragées à prendre leur traitement si le pharmacien leur en explique l'intérêt

B. La relation pharmacien-patient

1) Le choix du pharmacien

Parmi les critères principaux dans le choix d'une pharmacie (Figure 16), la proximité et la qualité de l'accueil sont les deux grands favoris, respectivement à 77,3% et 75,4%. Viennent ensuite le climat de sécurité et de confiance pour 49,1% des interrogés, le prix des produits non remboursés pour 43,6% et la confidentialité pour 36,4% d'entre eux. Au final, le critère le moins pris en compte reste le délai d'attente avec 20,2% des personnes interrogées. On peut en déduire qu'à leurs yeux, la qualité du service et l'accessibilité à celui-ci priment sur le temps d'attente.

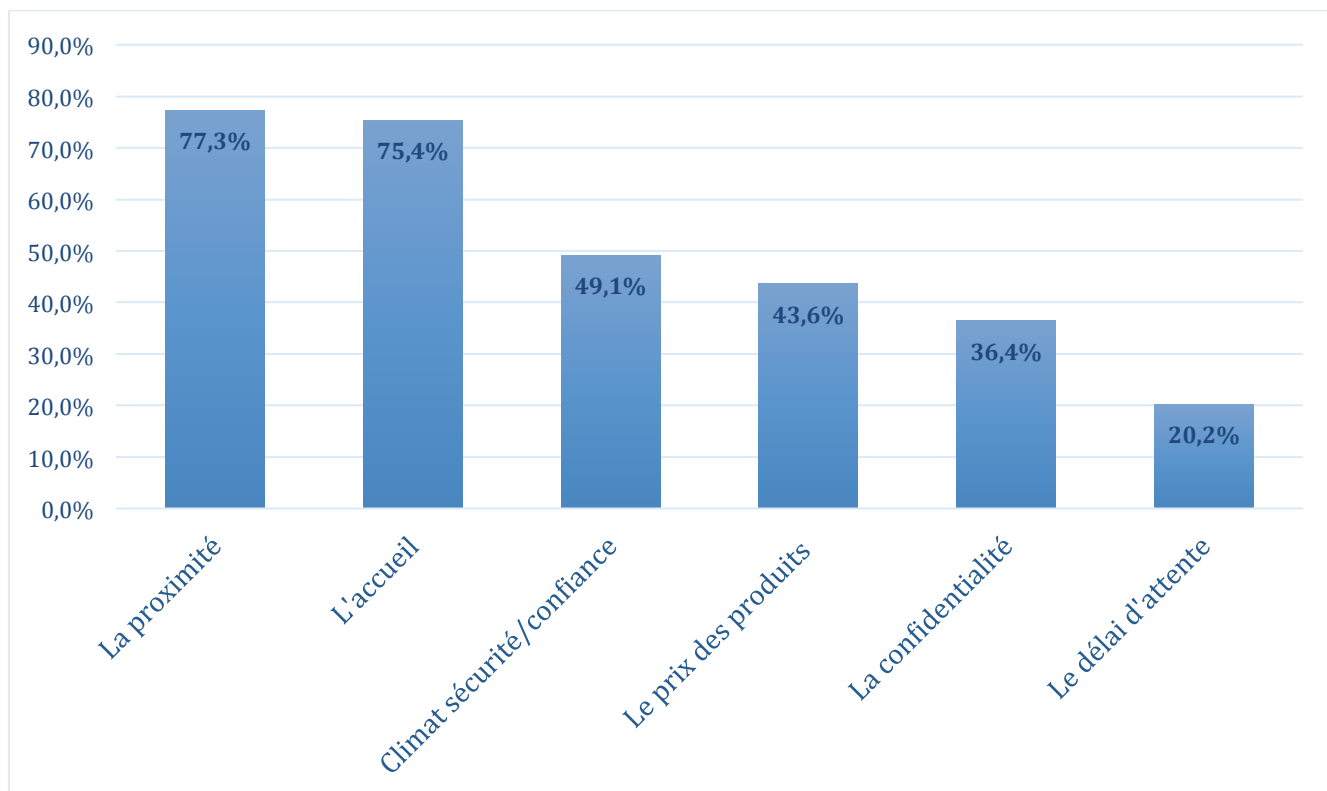


Figure 16 : Critères principaux pris en compte dans le choix de la pharmacie

2) Validation de l'ordonnance

Les bonnes pratiques en matière de dispensation de médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, sont fixées par l'arrêté du 28 novembre 2016.

L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance se déroule en plusieurs étapes, qu'il est nécessaire de maîtriser afin d'éviter toute mise en cause de sa responsabilité.

✓ Vérification formelle de la validité de l'ordonnance

Conformément à l'article R. 5132-22 du code de la santé publique (CSP), la présentation de l'original de l'ordonnance est obligatoire. Le pharmacien (ou le préparateur/ la préparatrice, ou l'étudiant(e) en Pharmacie à partir de la 3^{ème} année validée) commence par vérifier l'identité du patient et la date de l'ordonnance, dont la réglementation varie selon le ou les produits prescrits. Ensuite, il est important de vérifier les durées de traitement en fonction de la réglementation, ainsi que la

fonction du prescripteur et la nature de l'ordonnance. En effet, la prescription de certains médicaments est réservée à certains spécialistes, de même qu'elle peut nécessiter un support spécifique : ordonnance sécurisée ou ordonnance de produit d'exception. Selon le médicament prescrit, une réglementation particulière peut nécessiter de vérifier le recueil de l'accord de soins et/ou la réalisation préalable d'examens périodiques à laquelle la délivrance est soumise.

✓ Analyse de l'ordonnance

Dans un premier temps, il est nécessaire de détecter d'éventuelles interactions entre les médicaments présents sur la même ordonnance, mais également avec le traitement donné antérieurement ou parallèlement, avec ou sans prescription. Si une interaction est détectée, il faut évaluer le mécanisme en cause, les potentielles conséquences cliniques et le degré de sévérité de celles-ci. Ensuite, avec l'accord du médecin, le dispensateur doit étudier la possibilité de remplacer le médicament par un autre (selon l'article L. 5125-23 du CSP). Afin de proposer un traitement mieux adapté au prescripteur, il faut évaluer le choix d'une molécule en fonction des recommandations de pratique clinique et du profil du patient. Il pourra alors donner son accord au pharmacien pour qu'il délivre un autre médicament (en le précisant sur l'ordonnance) ou établir une nouvelle ordonnance qu'il fera parvenir à la pharmacie.

Lorsque l'intérêt de la santé du patient n'est pas respecté, le pharmacien doit refuser la dispensation du traitement conformément à l'article R. 4235-61 du CSP. Il doit également le mentionner sur l'ordonnance et prévenir le prescripteur de son refus.

✓ Outils à disposition

Afin d'analyser au mieux la prescription, le pharmacien doit pouvoir consulter les informations concernant le patient et ses traitements en cours. Trois types d'outils informatiques aident à cela :

- ☞ Chaque logiciel de dispensation à l'officine permet d'accéder à l'historique du patient dans la pharmacie. On peut compléter les informations personnelles du patient grâce à la lecture de sa carte vitale ou en lui posant directement les questions à propos des informations importantes telles que son âge, sa taille, son poids, son sexe, ses antécédents pathologiques (fonction rénale ou glaucome par exemple), ses antécédents allergiques (tels qu'à l'amoxicilline), son état de grossesse ou d'allaitement, etc. À partir de ces informations, le pharmacien pourra mieux repérer les contre-indications.

- ☞ Le dossier pharmaceutique (DP), lorsqu'il est ouvert, est à compléter et est disponible afin de répertorier les différents traitements délivrés, avec ou sans ordonnance, dans toutes les pharmacies. Il s'agit d'un dossier qui peut être complété à partir de n'importe quelle pharmacie de France, afin de mieux repérer les interactions, les prises répétées ou abusives de médicaments, voire le nomadisme médical et pharmaceutique.

- ☞ Le dossier médical partagé (DMP) est une sorte de carnet de santé numérique qui conserve les informations de santé sécurisées : états physiopathologiques, résultats des analyses biologiques ou d'examens médicaux, antécédents pathologiques, allergies, traitements, etc. Le patient peut choisir les informations qu'il veut voir apparaître sur son DMP ou celles qu'il veut garder pour lui. Le DMP permet au pharmacien de mieux appréhender le traitement de son patient, mais également aux urgentistes ou aux anesthésistes, par exemple, d'avoir accès rapidement à des informations importantes pour la suite de la prise en charge.

3) L'optimisation thérapeutique

Une condition de base pour un traitement réussi est de donner des informations verbales sur les avantages des traitements. Il est nécessaire de souligner leurs côtés

positifs sans oublier les effets indésirables. S'il est indispensable d'informer le patient sur les effets indésirables, il faut penser à équilibrer la proportion d'informations négatives et positives, et laisser le patient se concentrer sur les faits positifs. Il faut également expliquer les mécanismes d'action des traitements aussi clairement et facilement que possible, afin de s'assurer que le patient comprend ce qui est dit. Le pharmacien va l'informer sur le déroulement de l'action du médicament : au bout de combien de temps les effets vont se faire ressentir, puis s'estomper.

L'attente des patients quant au résultat espéré joue un rôle très important dans l'évolution de trouble physique. Il faut éviter de faire des promesses irréalistes. Enfin, il est nécessaire de laisser le patient reformuler les aspects positifs comme négatifs qu'il vient de retenir, mais également dont il avait déjà eu écho, afin de réactiver les associations positives et de relativiser les associations négatives ; car une communication négative, en cours de traitement, peut réduire considérablement l'efficacité pharmacologique du médicament. [54]

Concernant les antalgiques, il existe plusieurs possibilités pour renforcer l'attention positive, afin de permettre au patient de ressentir leurs effets dans un contexte positif : prendre le temps de se concentrer sur la prise des antalgiques afin de créer des moments positifs et de renforcer l'association entre les conditions de prise et les effets antalgiques positifs du traitement. Il peut par exemple l'associer à un moment de relaxation, ou à un bain chaud et parfumé. Il ne faut pas hésiter à solliciter les cinq sens. Le traitement peut être associé à d'autres techniques non médicamenteuses de réduction de la douleur, telles que des interventions psychologiques.

C. L'effet placebo a-t-il sa place dans la relation patient-pharmacien?

Pour rappel, l'effet placebo est un résultat thérapeutique positif pouvant survenir après l'administration d'une substance inerte ou une intervention médicale, en déclenchant une réponse physiologique ou psychologique. Certains auteurs préfèrent le terme « réponse de conviction » à la réponse au placebo, l'effet pouvant être dû à la croyance du patient et non au « faux » médicament. [123]

À l'inverse, l'effet nocebo est souvent provoqué par la suggestion qu'un effet indésirable peut survenir et est de plus en plus considéré comme un facteur possible dans les réactions indésirables aux médicaments.

Une étude italienne sur plus de 600 patients de trois centres différents a montré que l'incidence globale de l'effet nocebo, en tant que facteur de réactions indésirables en pratique clinique, atteindrait les 27%. Elle a également mis en avant que les symptômes subjectifs tels que les démangeaisons ou les malaises étaient davantage rapportés par les femmes. [124]

Le pharmacien d'officine peut alors intervenir dans la suggestion positive ou négative de l'effet d'un médicament, et ainsi potentialiser son action ou ses effets indésirables.

La question de savoir si un placebo doit être utilisé en tant que traitement plutôt que de servir de contrôle lors d'un essai clinique est très controversée. L'utilisation d'un traitement placebo pur équivaldrait à un retour en arrière à l'ère sombre de la médecine, et l'adopter en tant que médicament complémentaire serait contre-productif. De plus, l'effet placebo est trop imprévisible pour que l'on puisse compter uniquement sur lui.

Cependant, avant de rejeter toute utilisation de placebo, jugée contraire à l'éthique ou frauduleuse, il serait sage de se rappeler comment nous traitons nos propres

enfants. Combien de parents, après un accident mineur, appliquent un pansement inutile, donnent à leurs enfants une friandise, ou une affection supplémentaire ? Si l'effet placebo était effectivement contraire à l'éthique, nous devrions logiquement arrêter ces pratiques réconfortantes et inoffensives.

L'utilisation d'un placebo peut être utile dans certains types de pathologies pour lesquelles elle est reconnue utile, mais ne doit en aucun cas remplacer un traitement efficace déjà établi. Par exemple, l'effet placebo ne pourra pas contribuer seul au traitement des maladies métaboliques pour lesquelles il est nécessaire de modifier des paramètres sanguins, comme le cholestérol, le glucose ou encore les hormones thyroïdiennes.

Au contraire, cet effet placebo sera davantage utile dans la prise en charge de la douleur, la maladie de parkinson, la dépression, le sevrage tabagique, etc.

Du point de vue du pharmacien, il peut être difficile de conseiller à un patient de prendre un médicament pour lequel aucune preuve scientifique n'existe. On peut citer l'exemple de l'homéopathie qui vient d'être classée dans cette catégorie par les Académies nationales de Pharmacie et de Médecine suite à un communiqué datant du 28 mars 2019, dans lequel elles demandent son déremboursement.

La réponse pratique consiste généralement à faire preuve de tact et peut être à suggérer que « de nombreuses personnes trouvent cela efficaces » (telle que la prise d'Arnica lors d'une bosse chez un enfant) et que « cela peut valoir la peine d'essayer », plutôt que de remettre en question les convictions du patient et de dénigrer un produit, qui pourrait, a minima, produire un effet placebo.

Cependant, avec les phénomènes de recherches de médecines douces et thérapies alternatives, il est nécessaire de rester extrêmement vigilant afin que les patients ne substituent jamais leur traitement thérapeutique allopathique par des thérapies alternatives, d'autant plus lorsqu'il s'agit de pathologies lourdes tels que des cancers ou des pathologies cardio-vasculaires et respiratoires.

1) Optimiser l'acte de dispensation pour renforcer l'effet placebo

Différents facteurs interviennent dans l'effet placebo (cf. figure 17). Le professionnel de santé ne doit pas se préoccuper seulement du corps, mais aussi de celui atteint par la maladie, tout en lui laissant la responsabilité de ses choix de vie. Le pharmacien représente un coordinateur entre les patients, les institutions sociales et les autres professionnels de santé. Disponible sur de grandes plages horaires et sans rendez-vous, le pharmacien se retrouve en position privilégiée de rencontre, d'accompagnement et de soutien du patient. De nouvelles missions du pharmacien incitent également les patients à se livrer davantage à son pharmacien et à lui faire confiance : les entretiens thérapeutiques et les bilans partagés de médication.

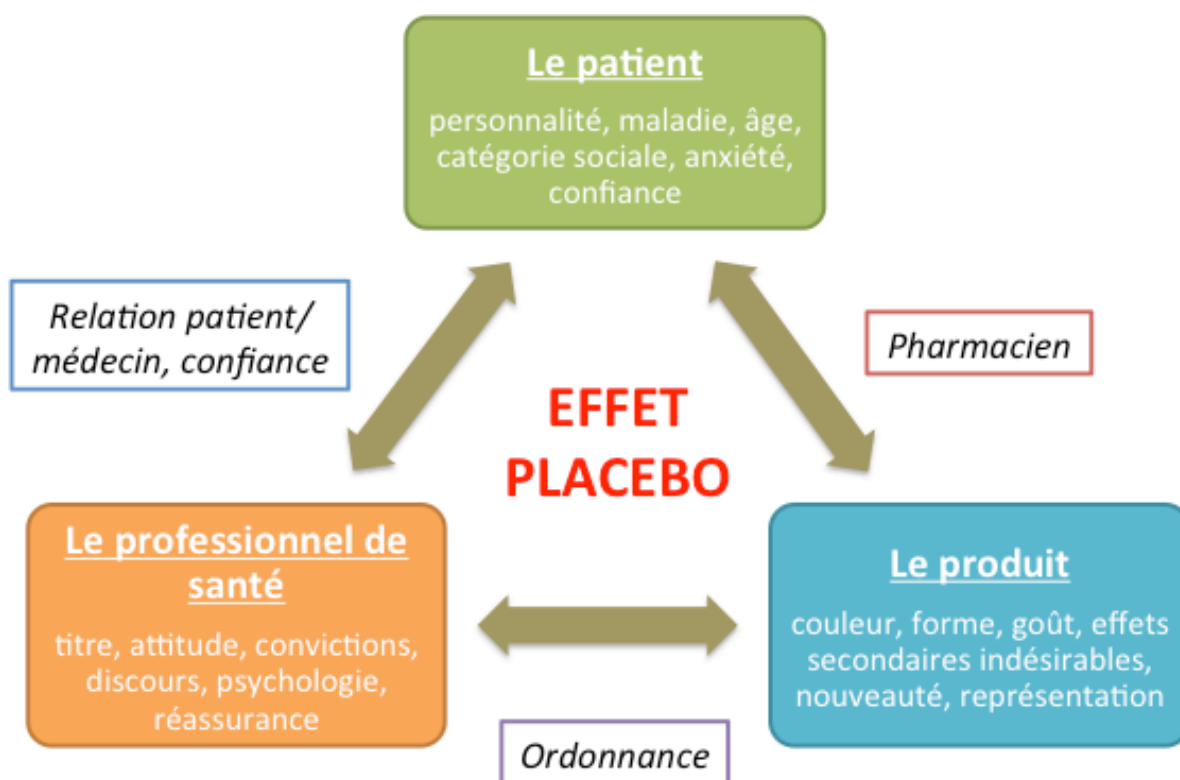


Figure 17 : Place des différents facteurs intervenant dans l'effet placebo

2) L'écoute

L'écoute est une notion très importante à maîtriser par le pharmacien et plus largement par tout professionnel de santé. Lors d'un dialogue, il est nécessaire de solliciter plusieurs qualités du patient et du pharmacien [125] :

- L'**estime** du patient lui-même : il s'agit du jugement global de sa propre valeur, telle que le patient la perçoit. L'amour de soi, la vision positive de sa propre personne et la confiance sont les trois principales composantes de l'estime de soi et sont interdépendantes. Travailler sur l'estime qu'un patient peut avoir de lui-même permet de distinguer son état de vie, ses projets, ses besoins et ses aspirations. On peut ainsi l'inciter à passer d'un rôle passif à un rôle actif, afin de réaliser ses projets plutôt que rester dans l'intention. Un patient actif dans la vie en général sera davantage investi dans sa prise en charge.
- Le **dialogue** : le ton et le rythme du dialogue vont conditionner la relation entre patient et pharmacien, mais aussi la compréhension et l'intégration par le patient de son traitement, son plan de prise et les règles hygiéno-diététiques qui peuvent être associées. Les techniques de communication non verbale, telle que la posture, les gestes et les mimiques, influencent également la relation et les signes d'ouverture à l'autre. Le pharmacien peut ainsi mieux comprendre le vécu de la maladie et du traitement par le patient, qui lui-même est mieux disposé à intégrer les informations relatives à ses traitements, en vue d'une meilleure observance.
- La **confiance** : elle correspond à la croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, professionnelle, affective d'une autre personne qui nous empêche d'imaginer une tromperie, incompétence ou trahison de sa part. Faire confiance à un professionnel de santé requiert d'accepter d'être vulnérable et dépendant de celui à qui on a accordé sa confiance. La confiance du patient

envers le pharmacien est renforcée par la notion de secret professionnel auquel le pharmacien est soumis. Le pharmacien doit également ressentir un climat de confiance réciproque avec le patient, pour être convaincu de la véracité des propos de ce dernier.

- La **compassion** et l'**empathie** : lors de certains échanges, le pharmacien peut avoir et donner l'impression de « souffrir avec » le patient. Chaque pharmacien, en fonction de son propre vécu et de son degré de compassion, sera plus sensible à une situation qu'à une autre. Cependant, il est important de veiller à conserver une certaine distance pour se protéger et instaurer une frontière indispensable entre la vie privée et la vie professionnelle. Toutefois, le pharmacien doit être capable de décentrer afin de comprendre véritablement, et entendre le fonctionnement et le raisonnement du patient. Le pharmacien doit se retenir de tout jugement envers les valeurs de son interlocuteur.

Cette compréhension du vécu et des valeurs du patient lui montre qu'il existe, qu'il est connu, reconnu et important. Cela permet de gagner sa confiance et de cerner ses attentes.

3) La confidentialité

La confidentialité et le secret professionnel sont deux notions complémentaires et indispensables lors d'un entretien avec un patient. L'Organisation internationale de normalisation (ISO) définit la confidentialité comme « le fait de s'assurer que l'information n'est accessible qu'à ceux dont l'accès a été autorisé ». Dans le domaine médical, cette confidentialité est couverte par le secret professionnel, tant que les informations retenues ne nuisent pas à la santé du patient.

Respecter le secret professionnel est une obligation morale, mais aussi juridique, qui permet d'instaurer et de maintenir une relation de confiance entre le patient et le professionnel de santé. [126] Ce dernier se doit de respecter l'intimité psychique et

physique du patient, qui ne pourra confier ses appréhensions et ses problèmes que s'il est convaincu de la discrétion des personnels de santé. Il est important de distinguer avec le patient ce qui peut être partagé discrètement avec le reste de l'équipe, la famille ou les connaissances du patient, ou ce qui doit être gardé pour soi, qui est strictement confidentiel.

Les circonstances dans lesquelles le secret professionnel est engagé sont nombreuses. On retrouve bien sûr l'accueil du patient, la délivrance d'une ordonnance, la demande de conseils. De même, le dossier informatique du patient ne doit être accessible qu'avec des codes personnels ; les ordonnances ou doubles d'ordonnances doivent être placés dans des endroits sécurisés ou broyés avant d'être jetés, le partage d'informations sur le traitement avec le médecin du patient doit se traiter par messagerie, fax ou appel sécurisés.

Donner une information sur un patient sans son autorisation et trahir un secret professionnel sont des fautes professionnelles. Plusieurs textes législatifs les condamnent :

- Code pénal, article 226-13 : « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état (prêtre par exemple) ou par profession (médicale par exemple), soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire (informaticien par exemple), est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »
- Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, article L. 1110-4 :
 - « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. »

- « Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. »
- « Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'État pris après avis du public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du Code de la Sécurité sociale est obligatoire. »
- Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)
- Code de la santé publique :
 - Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 : droits et obligations des fonctionnaires.
 - Article 26 : Les fonctionnaires sont tenus au secret professionnel dans le cadre des règles instituées dans le Code pénal.

4) L'outil principal : la communication

Afin d'optimiser la communication entre le patient et le pharmacien, ce dernier détient plusieurs outils et stratégies. Il est nécessaire de savoir adapter son niveau de langage à celui du patient, tout comme le rythme de la parole, ainsi que le ton de la

voix. De même, le pharmacien doit être capable de poser les bonnes questions, d'écouter activement le patient afin d'être convaincant par la suite.

Écouter activement consiste à écouter attentivement son interlocuteur de façon non directive, tout en instaurant un climat de confiance, de respect et d'empathie afin que celui-ci s'exprime en toute liberté, sans pression ni crainte de jugement hâtif.

L'instauration du climat de confiance consiste à focaliser notre attention sur le patient. Les patients développent souvent les symptômes ainsi que leur ressenti vis-à-vis de la maladie, certains resteront plus discrets, voire fermés à l'évocation de celle-ci. Il est nécessaire de savoir s'adapter et de respecter les choix et la personnalité de notre interlocuteur.

Le patient attend également du pharmacien qu'il soit pleinement disponible pour lui. Pour ce faire, le pharmacien doit démarrer la conversation le plus neutre possible : il ne doit rien attendre de particulier qui pourrait biaiser l'écoute au fil de la conversation, et surtout rester pleinement authentique en laissant tout a priori de côté. De même, le professionnel de santé se doit de laisser de côté d'éventuelles altercations antérieures avec le patient afin de garder les idées claires et de ne pas influencer sa prise en charge pharmaceutique (conseils et dialogue avec le patient).

Afin de se projeter dans les explications de l'interlocuteur, le pharmacien devra également, tant que possible, faire abstraction de son vécu, son éducation, ses valeurs et ses expériences qui pourraient biaiser l'écoute active du patient.

De nombreux outils de communication orale peuvent être utilisés à l'officine, afin de mieux cibler les attentes du patient, tout comme ses besoins et ses connaissances (Tableau 3):

Outils de communication	Enjeux	Exemples
<i>Questions ouvertes</i>	Evaluer globalement une situation, accéder au ressenti du patient.	Quels sont vos symptômes ? Comment se passe votre traitement ?
<i>Questions fermées</i>	Obtenir une précision ou un complément d'information.	Avez-vous d'autres symptômes ? Depuis quand avez-vous de la fièvre ?
<i>Questions relais</i>	Rebondir sur une idée du patient, permettre au patient d'aller plus loin dans sa réflexion et le mettre en confiance.	Que voulez-vous dire ? Pouvez-vous m'en dire plus ?
<i>Reformulation</i>	Reconnaître les ressentis du patient, s'assurer de la bonne compréhension d'un message, faire le tri dans les informations recueillies, synthétiser et mémoriser le discours du patient, recentrer l'entretien, gagner du temps, gérer des sentiments négatifs (stress/agressivité).	Vous pensez que..., D'après vous ... (reformulation en miroir) Si j'ai bien compris... (reformulation de clarification) Nous sommes bien d'accord... (reformulation de validation)
<i>Silence</i>	Rythmer les échanges, prendre le temps de réfléchir à une question ou à une réponse adaptée (répondre trop vite ou parler sans s'arrêter peut être le signe d'un certain malaise).	

Tableau 3 : Les différents outils de communication à disposition du pharmacien d'officine

La communication verbale est constamment utilisée en complément de la communication non verbale ou paraverbale. Il s'agit du langage corporel ou de langage vocal non verbal (Figure 18). Ils peuvent être cohérents entre eux et avec la communication verbale, mais peuvent aussi signifier le contraire de ce qui est dit. Tout cela varie en fonction de la culture, principalement, mais aussi de l'éducation.

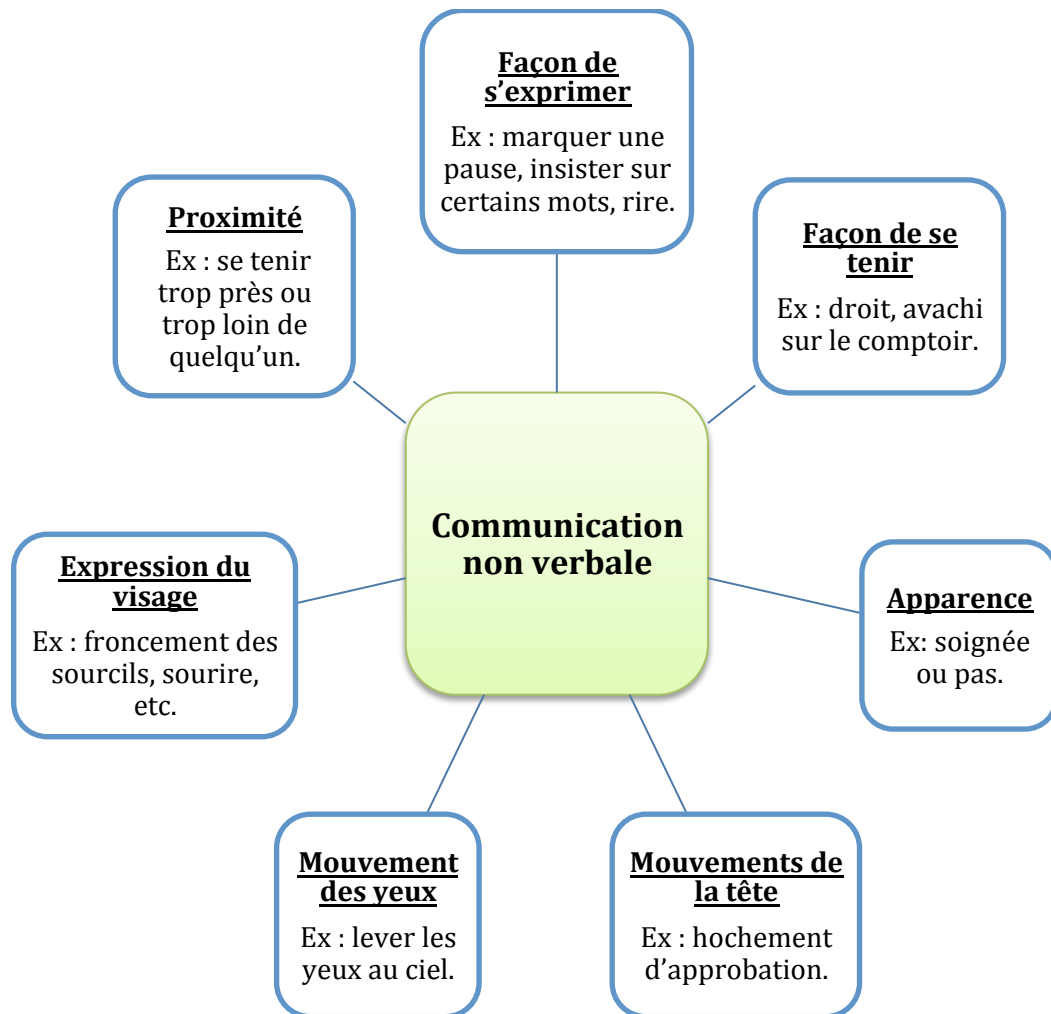


Figure 18 : Éléments de communication non verbale

Un dernier élément important dans la communication est la notion de distance. Selon que le patient est plus ou moins à l'aise et selon son état d'esprit, il pourra rester totalement à distance du pharmacien et tendre l'ordonnance du bout des doigts ou à l'inverse être accoudé sur le comptoir et ne ressentir aucune gêne lors du contact entre sa main et celle du pharmacien au moment du paiement par exemple.

Hall a réalisé une étude sur des Américains de classe moyenne originaires du nord-est des Etats-Unis. Il a divisé en quatre les intervalles de distance en s'appuyant sur les émotions, les activités et les relations. [127]

⊗ **15-45 cm** → distance intime : il s'agit d'une relation d'engagement avec un autre corps, la présence de l'autre s'impose.

- *Mode proche* : on le retrouve dans la pratique de la lutte ou de l'acte sexuel, le contact physique domine la conscience des partenaires
- *Mode éloigné* : la voix est étouffée, les mains peuvent se joindre, il y a distorsion du système visuel.

⊗ **45-120 cm** → distance personnelle : une « bulle » sépare les personnes et leur permet de respecter leur espace personnel.

- *Mode proche* : 45-75 cm
- *Mode lointain* (75-125 cm) : il s'agit de la distance d'une longueur de bras. À cette distance il est possible de discuter de sujets personnels. On reste à la limite de l'emprise sur autrui.

⊗ **1,20-2,10 m** → distance sociale : la hauteur de la voix reste normale mais on passe la limite du pouvoir sur autrui.

- *Mode proche* (1,20–2,10 m) : on distingue la tête et le haut du corps (1,20 m) ou l'ensemble du corps (2,10 m). C'est la distance adoptée par les personnes qui travaillent ensemble ou pour les négociations interpersonnelles.
- *Mode lointain* (2,10-3,60 m) : on peut travailler sans impolitesse en présence d'autrui, les rapports prennent un caractère plus formel. Il faut alors garder un contact visuel afin de maintenir une discussion.

⊗ **3,60-7,50 m** → distance publique : au-delà de l'individu directement concerné.

- *Mode proche* (3,60-7,50 m) : le langage devient formel. Si on se sent menacé, il est possible de développer une conduite de défense ou de fuite.
- *Mode éloigné* (7,50 – 9 m ou davantage) : le rythme de l'élocution est ralenti, la posture et les gestes assurent la conversation non verbale. Il s'agit de la distance imposée par les personnages officiels importants.

Les distances principalement retrouvées en officine sont le mode lointain de la distance personnelle et le mode proche de la distance sociale.

5) La remise d'une trace écrite

Conformément à la démarche qualité, le passage de l'oral à l'écrit permet de laisser une trace des conseils donnés au patient et de garantir une sécurité supplémentaire afin d'augmenter l'observance au traitement. Il peut s'agir du compte-rendu d'un entretien thérapeutique, d'un bilan de médication partagé ou encore d'un plan de prise que le patient pourra suivre, une fois rentré chez lui.

Cette communication écrite sert à laisser une trace de ce qui a été dit lors de la dispensation. En effet, beaucoup d'informations sont données d'un coup. Entre les noms (génériques et princeps) et fonctions des différents médicaments, les posologies, les formes galéniques, les conseils associés à la prise de chaque médicament et les conseils hygiéno-diététiques associés à la pathologie, le patient a de bonnes raisons de s'y perdre. Afin d'y remédier, le pharmacien peut inscrire les principales informations sur chaque boîte de médicament ou récapituler l'ensemble des informations sur une feuille, notamment grâce au logiciel qui permet de réaliser des plans de posologie (cf. Figure 19). Cela permet d'éviter les erreurs de prise et d'augmenter l'observance des patients.

Logo
Etablissement

PLAN DE POSOLOGIE DES MEDICAMENTS

À la sortie du service :

Date de réalisation :

 Ce document n'est pas une ordonnance, c'est un support pour vous accompagner dans la prise de vos médicaments.

NOM :

Prénom :






Date de naissance :

Allergies médicamenteuses :

Régime alimentaire (à supprimer si non adapté) :

Date de sortie d'hospitalisation :

- Réalisation :**
- Conciliation médicamenteuse à l'admission et à la sortie
 - Conciliation médicamenteuse à la sortie uniquement
 - Absence de réalisation de conciliation médicamenteuse

 Médicaments (DCI / noms de spécialité)	Horaires de prise				Durée de traitement	Explication(s)	Commentaire(s)
	 Matin	 Midi	 Soir	 Coucher			

EN CAS D'OUBLI DE PRISE DE VOTRE TRAITEMENT :
 Il ne faut jamais prendre en double votre médicament oublié en pensant que cela permettra de rattraper votre erreur !!! Vous risquez un surdosage. Pensez surtout à signaler cet oubli à votre médecin.

DE MEME, EN CAS DE DOUBLE PRISE, contactez votre médecin traitant le plus rapidement possible.

Liste des médicaments qui ont été arrêtés par les médecins du service :



 Pensez à rapporter à votre pharmacie les médicaments qui ont été arrêtés par les médecins du service.

Pharmacien référent / Interne en pharmacie / PPH Médecin hospitalier

Figure 19 : Exemple de plan de posologie des médicaments [130]

L'anthropologue Sylvie Faizang a réalisé une étude qui, comme beaucoup d'autres, a montré que les patients accordent une place toute particulière à l'écrit. [128] D'après le rapport d'orientation de la Haute Autorité de Santé (HAS) d'avril 2011, les patients apprécient la trace écrite d'une prescription médicale autant que les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses telles que des conseils concernant le sevrage tabagique, l'activité physique, la régulation du comportement alimentaire, ou tout autre conseil hygiéno-diététique.

Dans ce contexte de prise en charge des patients sans ordonnance, la rédaction d'une fiche REPO (résumé écrit des préconisations officinales) est fortement encouragée par le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP). Cette fiche récapitule l'ensemble des informations qui ont été apportées et on doit obligatoirement y retrouver les coordonnées de la pharmacie ainsi que l'identité du patient destinataire. Cependant, il faut bien préciser au patient que cette fiche ne peut en aucun cas se substituer à une prescription médicale.

D'autre part, lors d'un litige, il est nécessaire d'être en mesure d'apporter la preuve que l'information a été délivrée au patient. Selon l'article R. 4235-48 du Code de la Santé Publique, « le pharmacien doit assurer, dans son intégralité, l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe [...] et la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament ». [129]

Ainsi, tous les outils précédemment cités sont indispensables au pharmacien, afin de faire passer les messages de santé publique, d'inciter les patients à une observance optimale de leurs traitements et d'entretenir une relation de confiance patient-pharmacien.

CONCLUSION

L'esprit influence largement l'état physique de chacun, à la fois de façon bénéfique et délétère. Il est donc nécessaire de limiter autant que possible les contraintes qui pourraient engendrer toute forme de stress.

Dans le domaine de la santé, de nombreux outils sont à disposition des professionnels afin d'occuper l'esprit du patient et faire diversion de la maladie. À de nombreuses reprises, il a été prouvé que ces différentes activités (art-thérapie, hypnose, zoothérapie, etc.) permettent au patient de mieux appréhender et supporter sa maladie.

Ce lien réciproque entre l'organisme et l'esprit permet également d'évaluer l'efficacité de prises en charge médicales ou pharmaceutiques en les comparant à un placebo. Les prises en charge peuvent ainsi être diversifiées et ne plus reposer systématiquement sur des traitements médicamenteux.

Le pharmacien, à son niveau, a un rôle clé à jouer lors de la délivrance de médicaments. Il peut proposer des conseils associés aux traitements prescrits, rappeler les règles hygiéno-diététiques, reformuler les informations données par le médecin et rassurer le patient. Par ces actions, il joue un rôle indispensable dans l'efficacité thérapeutique, en renforçant l'adhésion et la confiance du patient envers son traitement.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] « <http://delta-medecine.org/cancers/outil-4-la-delta-relaxation/la-psycho-somatique-l-action-de-l-esprit-sur-le-corps.html> ».
- [2] « <https://www.mmt-fr.org/maladies-psycho-somatiques/> ».
- [3] « Cours d'UE7A PACES Bordeaux 2013-2014 ».
- [4] « Tinhinane Fali, Hélène Vallet, Delphine Sauce; Impact of stress on aged immune system compartments: Overview from fundamental to clinical data, *Experimental Gerontology* 105 (2018) 19–26 ».
- [5] « Chen, X., Velez, J.C., Barbosa, C., Pepper, M., Andrade, A., Stoner, L., et al., 2015. Smoking and perceived stress in relation to short salivary telomere length among caregivers of children with disabilities. *Stress* 18, 20–28. »
- [6] « Li, J., Cowden, L.G., King, J.D., Briles, D.A., Schroeder Jr., H.W., Stevens, A.B., et al., 2007. Effects of chronic stress and interleukin-10 gene polymorphisms on antibody response to tetanus vaccine in family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Psychosom. Med.* 69, 551–559. »
- [7] « Gimpl G, Fahrenholz F. The oxytocin receptor system: Structure, function, and regulation. *Physiol Rev* 2001;81: 629-83. »
- [8] « Onaka T, Takayanagi Y, Yoshida M. Roles of oxytocin neurones in the control of stress, energy metabolism, and social behaviour. *J Neuroendocrinol* 2012;24: 587-98. »
- [9] « Viviani D, Stoop R. Opposite effects of oxytocin and vasopressin on the emotional expression of the fear response. *Prog Brain Res* 2008;170:207-18. »
- [10] « Strathearn L. Maternal neglect : Oxytocin, dopamine and the neurobiology of attachment. *J Neuroendocrinol* 2011;23: 1054-65. »

- [11] « Morris MS, Domino EF, Domino SE. Opioid modulation of oxytocin release. *J Clin Pharmacol* 2010;50: 1112-7. »
- [12] « Hunt GE, McGregor IS, Cornish JL, Callaghan PD. MDMA-induced c-Fos expression in oxytocin-containing neurons is blocked by pretreatment with the 5-HT-1A receptor antagonist WAY 100635. *Brain Res Bull* 2011; 86:65-73. »
- [13] « Green L, Fein D, Modahl C, et al. Oxytocin and autistic disorder : Alterations in peptide forms. *Biol Psychiatry* 2001;50:609-13. »
- [14] « Andari E, Duhamel JR, Zalla T, et al. Promoting social behavior with oxytocin in high-functioning autism spectrum disorders. *Proc Natl Acad Sci USA* 2010; 107:4389-94. »
- [15] « Hollander E, Bartz J, Chaplin W, et al. Oxytocin increases retention of social cognition in autism. *Biol Psychiatry* 2007;61:498-503. »
- [16] « Hollander E, Novotny S, Hanratty M, et al. Oxytocin infusion reduces repetitive behaviors in adults with autistic and Asperger's disorders. *Neuropsychopharmacology* 2003;28:193-8. »
- [17] « Pedersen CA, Gibson CM, Rau SW, et al. Intranasal oxytocin reduces psychotic symptoms and improves theory of mind and social perception in schizophrenia. *Schizophr Res* 2011;132:50-3. »
- [18] « Averbek BB, Bobin T, Evans S, Shergill SS. Emotion recognition and oxytocin in patients with schizophrenia. *Psychol Med* 2011:1-8. »
- [19] « Feifel D, Macdonald K, Nguyen A, et al. Adjunctive intranasal oxytocin reduces symptoms in schizophrenia patients. *Biol Psychiatry* 2010;68:678-80. »
- [20] « Van Londen L, Goekoop JG, van Kempen GM, et al. Plasma levels of arginine vasopressin elevated in patients with major depression. *Neuropsychopharmacology* 1997;17:284-92. »

- [21] « Scantamburlo G, Hansenne M, Fuchs S, et al. Plasma oxytocin levels and anxiety in patients with major depression. *Psychoneuroendocrinology* 2007;32:407-10. »
- [22] « Skrundz M, Bolten M, Nast I, et al. Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. *Neuropsychopharmacology* 2011;36:1886-93. »
- [23] « Opacka-Juffry J, Mohiyeddini C. Experience of stress in childhood negatively correlates with plasma oxytocin concentration in adult men. *Stress* 2012;15:1-10 ».
- [24] « Académie nationale de médecine, séance du 19 février 2002 - “La place de la dopamine dans les processus de dépendance aux drogues” ».
- [25] « Sciences et avenir, janvier 2019 - “Qu’est-ce que la sérotonine?” - Bertille Dutheil ».
- [26] « Shapiro AK, Shapiro E. *The powerful placebo: from ancient priest to modern physician*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1997. »
- [27] « Finnis D.G., Kaptchuk T.J., Miller F., Benedetti F. — Biological, clinical and ethical advances of placebo effects. *Lancet* , 2010, 375 , 686-95. »
- [28] « Lemoine P. — *Le mystère du placebo*. Odile Jacob (Paris), 1996. »
- [29] « Schlatter J, *Éthique & Santé*, Volume 11, Issue 4, December 2014, Pages 231-235 ».
- [30] « M. Garnier, V. Delamare *Dictionnaire des termes techniques de médecine* Maloine, Paris (1958) ».
- [31] « Aulas J-J, *Essai de décryptage, Placebo et effet placebo*, Masson, Paris, 2005 ».

- [32] « Dr Béatrice DULY-BOUHANICK, placebo-effet placebo ».
- [33] « Lemoine P, Pharmacologie de l'âme ou le mystère du placebo ».
- [34] « Beecher H.K. — The powerful placebo. JAMA , 1955, 159 , 1602-06. »
- [35] « Wolf S. The pharmacology of placebo. Pharmacol Rev 1959;11:689—704. »
- [36] « Kirsch I. Specifying non-specific: psychological mechanism of the placebo effect. In: Harrington A, ed. The placebo effect: an interdisciplinary exploration. Cambridge: Harvard University Press, 1997: 166-86. »
- [37] « Bernheim H. Hypnotisme et suggestion. Paris, 3e édition, Doin, 1910. 755 pages. »
- [38] « Schachter S, Singer J. Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. Psy Rev 1962;69:379—99. »
- [39] « Gracely, R. H., Dubner, R., Deeter, W. D., & Wolskee, P. J. (1985). Clinician's expectations influence placebo analgesia. Lancet (London, England), 325(8419), 43. »
- [40] « Sawamoto N, Honda M, Okada T, Hanakawa T, Kanda M, Fukuyama H, et al. Expectation of pain enhances responses to nonpainful somatosensory stimulation in the anterior cingulate cortex and parietal operculum/posterior insula: an event-related functional magnetic resonance imaging study. J Neurosci 2000;20:7438—45. »
- [41] « Koyama T, McHaffie JG, Laurienti PJ, Coghill RC. The subjective experience of pain: where expectations become reality. Proc Natl Acad Sci U S A 2005;102:12950—5. »
- [42] « Keltner JR, Furst A, Fan C, Redfern R, Inglis B, Fields HL. Isolating the modulatory effect of expectation on pain transmission: a functional magnetic resonance imaging study. J Neurosci 2006;26:4437—43. »
- [43] « R. Porto, L'effet placebo : importance de la prise en charge, Sexologies (2011)

20, 52—61 ».

[44] « Ader R, Cohen N. Behaviourally conditioned immunosuppression. *Psychosom Med* 1975;37:333—40 ».

[45] « Bykov C. L'écorce cérébrale et les organes internes. Moscou, Éditions en langues étrangères, 1956. 534 pages. »

[46] « Fiorillo CD, Tobler PN, Schultz W. Discrete coding of reward probability and uncertainty by dopamine neurons. *Science* 2003;299:1898—902 ».

[47] « Scott DJ, Stohler CS, Egnatuk CM, Wang H, Koeppe RA, Zubieta JK. Individual differences in reward responding explain placebo- induced expectations and effects. *Neuron* 2007;55:325—36 ».

[48] « Levine J.-D. et coll ; « The mechanism of placebo analgesia », *Lancet* 1978 ; II : 654-657. »

[49] « Grevert, P., Albert, L. H., & Goldstein, A. (1983). Partial antagonism of placebo analgesia by naloxone. *Pain*, 16, 129–143 ».

[50] « Benedetti F. Cholecystokinin type-A and type-B receptors and their modulation of opioid analgesia. *News Physiol Sci* 1997;12:263—8. »

[51] « Scott DJ, Stohler CS, Egnatuk CM, Wang H, Koeppe RA, Zubieta JK. Placebo and nocebo effects are defined by opposite opioid and dopaminergic responses. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:220—31 ».

[52] « D. Gourion, S. Mouchabac; L'effet placebo : implications cliniques, biologiques, et thérapeutiques dans la dépression, *L'Encéphale* (2016) ».

[53] « Colloca, L., Klinger, R., Flor, H., & Bingel, U. (2013). Placebo analgesia: Psychological and neurobiological mechanisms. *Pain*, 154(4), 511–514 ».

[54] « Klinger, Stuhreyer, Schwartz, Schmitz, Colloca; Chapter Five: Clinical Use

of Placebo Effects in Patients With Pain Disorders *International Review of Neurobiology*, Volume 139, 2018, Pages 107-128 ».

[55] « Colloca, L., Jonas, W. B., Killen, J., Miller, F. G., & Shurtleff, D. (2014). Reevaluating the placebo effect in medical practice. *Zeitschrift für Psychologie*, 222(3), 124–127 ».

[56] « Colloca, L., & Howick, J. (2018). Placebos without deception: Outcomes, mechanisms, and ethics. *International Review of Neurobiology*, 138, 219–240. »

[57] « Carvalho, C., Caetano, J. M., Cunha, L., Rebouta, P., Kaptchuk, T. J., & Kirsch, I. (2016). Open-label placebo treatment in chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Pain*, 157(12), 2766–2772 ».

[58] « M.Cermolacce, R.Belzeaux, M.Adida, J.-A.Micoulaud Franchi, E.Fakra, J.-M.Azorin ; Quelle place pour le placebo dans les essais cliniques en psychiatrie ? - *L'Encéphale* Volume 42, Issue 6, Supplement, December 2016, Pages S18-S25 ».

[59] « Kirsch I, Sapirstein G. Listening to Prozac but hearing placebo: a meta analysis of antidepressant medication. *Prev Treat* 1998;1, Article 0002a ».

[60] « Julian Savulescu, Karolina Wartolowska, Andy Carr; Randomised placebo-controlled trials of surgery: ethical analysis and guidelines (october 2016) ».

[61] « Gaetano Barbagallo, Rita Nistico, Basilio Vescio, Antonio Cerasa, Giuseppe Olivadese, Salvatore Nigro, Marianna Crasa, Andrea Quattrone, Maria Giovanna Bianco, Maurizio Morelli, Antonio Augimeri, Maria Salsone, Fabiana Novellino, Giuseppe Nicoletti, Gennarina Arabia, Aldo Quattrone ; The placebo effect on resting tremor in Parkinson's disease: an electrophysiological study - *Parkinsonism and Related Disorders* 52 (2018) 17-23 ».

[62] « Zarifian E. L'énigme du placebo. *Sciences et avenir* 2005:62—71. »

[63] « Hass H, Fink H, Haertfelder G. Das placebo problem. *Fortschritte der*

Arzneimittelforschung 1959;1:279—454. »

[64] « Spiro HM. Doctors, patients and placebos. New Haven: Yale: University Press; 1986. »

[65] « Walach H. Unspezifische Therapie-Effekte das Beispiel Homöopathie. Freiburg, Germany: Psychologische Institut Albert-Ludwig Universität Freiburg; 1997. »

[66] « Hrobjartsson A, Gøtzsche PC. Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. N Engl J Med 2001;345:1594—602. »

[67] « P. Kinnaert; Placebo et effet placebo (première partie): définition, aspects cliniques, mécanismes ».

[68] « <http://leplacebo.unblog.fr/les-facteurs/a-le-medicament/> ».

[69] « Aulas JJ. Placebo, chronique d'une mise sur le marché. Sciences infuses; 2005. »

[70] « ANSM; Noms des médicaments- Recommandations à l'attention des demandeurs et titulaires d'autorisations de mise sur le marché et d'enregistrements- Janvier 2018 ».

[71] « Craen AJM, Moerman DE, Heisterkamp SH, Tytgat GNJ, Tijssen JGP, Kleijnen J: Placebo effect in the treatment of duodenal ulcer. Br J Clin Pharmacol 1999; 48: 853-60 ».

[72] « BLACKWELL B, BLOOMFIELD SS, BIJNCHER CR. Demonstration to medical students of placebo responses and non-dmg factors. Lancet 1972; 1: 1279-1282. »

[73] « DongHee Kim, SooCheong (Shawn) Jang; Price placebo effect in hedonic consumption - International Journal of Hospitality Management 35 (2013) 306–315 ».

- [74] « Shapiro AK, Shapiro E. The placebo: is it much ado about nothing. In: Harrington A, ed. The placebo effect: an interdisciplinary exploration. Cambridge: Harvard University Press, 1997: 2-36. »
- [75] « Evans FJ. Expectancy, therapeutic instructions and placebo responses. In: Placebo: theory, research and mechanisms. New York: Guilford Press, 1985: 215-28. »
- [76] « Broadbent E1, Petrie KJ, Main J, Weinman J.; The brief illness perception questionnaire - J Psychosom Res. 2006 Jun; 60(6):631-7. »
- [77] « Johanne Collin; Observance et fonctions symboliques du médicament Dans Gériologie et société 2002/4 (vol. 25 / n° 103), pages 141 à 159 ».
- [78] « Colagiuri, B., & Zachariae, R. (2010). Patient expectancy and post-chemotherapy nausea: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(1), 3–14 ».
- [79] « Karin Martin-Latry; Cours d'Éducation thérapeutique en 4ème année de Pharmacie à la faculté de Bordeaux (février 2017): "Vivre avec une maladie chronique" ».
- [80] « Wiech, K. (2016). Deconstructing the sensation of pain: The influence of cognitive processes on pain perception. *Science*, 354(6312), 584–587. »
- [81] « Gonzalez Sa'enz de Trejada, M., Escobar, A., Herrera, C., García, L., Aizpuru, F., & Sarasqueta, C. (2010). Patient expectations and health-related quality of life outcomes following total joint replacement. *Value in Health*, 13(4), 447–454. »
- [82] « Gandhi, R., Davey, J. R., & Mahomed, N. (2009). Patient expectations predict greater pain relief with joint arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, 24(5), 716–721 ».
- [83] « Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot; 1996. »
- [84] « Thomas KB. General practice consultations: is there any point in being positive? *Br Med J* 1987;294:1200–2. »

- [85] « R. Balez, F. Couturaud, L. Touffet « Effet placebo », des convictions personnelles aux représentations collectives : relecture psychosociale d'un phénomène pharmacodynamique; *Annales Pharmaceutiques Françaises* (2015) 73, 411–421 ».
- [86] « Kaptchuk, T. J., Kelley, J. M., Conboy, L. A., Davis, R. B., Kerr, C. E., Jacobson, E. E., et al. (2008). Components of placebo effect: Randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ (Clinical Research ed.)*, 336(7651), 999–1003. »
- [87] « Kinésithérapie, la Revue Volume 15, Issue 162, juin 2015, Pages 11-13 : Hypnose : agir sur l'inconscient pour une rééducation intégrale ».
- [88] « Bioy A, Crocq L, Bachelart M, Origine. Conception actuelle et indications de l'hypnose. *Ann Med Psychol* 2013;171:658–61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2013.08.001>. »
- [89] « Ansel B, Mareau C. Hypnose en rééducation pédiatrique : de la suggestion hypnotique à l'hypnose conventionnelle. *Kinesither Rev* 2015;15(162). »
- [90] « G.Salem Bases théoriques et cliniques de l'hypnose, Chapitre 6 - Indications, contre-indications, objections (2012) ».
- [91] « Claude Berghmans, Cyril Tarquinio and Lionel Strub Santé mentale au Québec, vol. 35, n° 1, 2010, p. 49-83. « Méditation de pleine conscience et psychothérapie dans la prise en charge de la santé et de la maladie » ».
- [92] « Astin JA, 1997 : Stress reduction through mindfulness meditation. Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. »
- [93] « KABAT-ZINN, J., WEELER, E., LIGHT, T., SKILLINGS, A., SCHARF, M., CROPLEY, T., HOSMER, D., BERNHARD, J., 1998, Influence of MBSR intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA), *Psychosomatic Medicine*, 60,

5, 625-632. »

[94] « Plews-Ogan, M., Owens, J. E., 2005, A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for the management of chronic pain, *Journal of General International Medicine*, 20, 1136-1138. »

[95] « Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164-176. »

[96] « SPECA, M., CARLSON, L., GOODEY, E., ANGEN, M., 2000, A randomised wait list controlled trial : the effects of MBSR program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients, *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-22. »

[97] « WILLIAMS, K.A., KOLAR, M.M., REGER, B., PEARSON, J., 2001, Evaluation of a wellness based mindfulness stress reduction intervention: a controlled trial, *American Journal of Health Promotion*, 15, 6, 422-32. »

[98] « C. Borni-Duval, *Néphrologie & Thérapeutique* Volume 14, Issue 5, Septembre 2018, Page 314, Pertinence de la sophrologie en hémodialyse ».

[99] « P. Grévin, *Les Acouphènes: Diagnostic, Prise en Charge et Thérapeutique* 2017, Pages 87-106, Chapitre 9 - Sophrologie ».

[100] « Ministère des Sports Direction des Sports - Bureau de l'économie du sport : ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE, SANTÉ ET QUALITÉ DES FINANCES PUBLIQUES, Note d'analyse n°11 – 31 janvier 2018 ».

[101] « Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. Chi Pang Wen et coll. *The Lancet*, 2011, Volume 378, Issue 9798, 1244 - 1253. »

[102] « Activités physiques. Contextes et effets sur la santé. INSERM, 2008. »

[103] « Michael B.Edwards, Katie Rowe; *Managing sport for health*, Sport

Management Review Available online 8 January 2019 ».

[104] « HAS.fr 17.10.2018 "Prescription d'activité physique : des bienfaits pour tous!" ».

[105] « Frédéric Bauduer, Edson Vanz, Nicolas Guillet et Sylvie Maurice S.F.S.P. | « Santé Publique » 2018/3 Vol. 30 | pages 313 à 320 ISSN 0995-3914: LA PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE PAR LE MÉDECIN TRAITANT: L'EXPÉRIENCE DE BIARRITZ CÔTE BASQUE SPORT SANTÉ ».

[106] « Docteur Maria TANASA La zoothérapie, une autre thérapie en EHPAD ».

[107] « J.L. Earles, L.L. Vernon, J.P. Yetz, Equine-assisted therapy for anxiety and post-traumatic stress symptoms, J. Trauma Stress 28 (2015) 149–152. »

[108] « L. Elisabeth Burton, Fares Qeadan, Mark R. Burge ; Efficacy of equine-assisted psychotherapy in veterans with posttraumatic stress disorder - Journal of Integrative Medicine Volume 17, Issue 1, January 2019, Pages 14-19 ».

[109] « L. Hameury, P. Delavous, Benoît Testé, C. Leroy, J.-C. Gaboriau : Équithérapie et autisme ».

[110] « Georges-Henri Arenstein, Jean Lessard La zoothérapie - Nouvelles avancées ».

[111] « Shanti Mauvenu, Virginie Guastella; Art thérapie en unité de soins palliatifs : un accompagnement possible jusqu'au stade préagonique (Médecine palliative — Soins de support — Accompagnement — Éthique (2017) 16, 49–56) ».

[112] « F. Granier, Art-thérapie - Annales Médico-Psychologiques 169 (2011) 680–684 ».

[113] « Art-thérapie : objet du diabète – sujet d'une création; J.-P. Klein Psychiatre honoraire des Hôpitaux, Directeur de l'Institut national d'expression, de création, d'art et thérapie (INECAT), Paris. »

[114] « Fabienne Laroque, Jean-Luc Sudres; Le patient dépressif en art-thérapie : évaluation des bénéfices et recommandations pratiques (Annales Médico-Psychologiques 173 (2015) 541–546) ».

[115] « Santé des 55-85 ans : l'importance du lien social - INPES - santé publique France ».

[116] « Jo Marchant; Se guérir, quand l'esprit soigne le corps - chapitre 10 : une fontaine de Jouvence ».

[117] « Harvard Radiation Oncology Program and the Dana-Farber Cancer Institute in Boston - Journal of Clinical Oncology, 2013 ».

[118] « Éric Le Grand, Stéphane Tessier, Laurence Kotobi, Soraya Berichi - Quels liens entre religieux et santé? - La santé de l'homme n°406 ».

[119] « Dericquebourg R. Comment les thérapies religieuses sont-elles plausibles? Politica Hermetica, 2004, n° 18 (Esotérisme et religion) : p. 11-25. »

[120] « Anne-Cécile Bégot ; La religion dans l'expérience du VIH-sida - La santé de l'Homme n°406 ».

[121] « Philippe Guilbert et Christophe Léon - La religion, facteur protecteur face aux tentatives de suicide? - La santé de l'Homme n°406 ».

[122] « John Guilfoyle, Natalie St Pierre-Hansen; La religion dans les soins primaires - VOL 58: MARS 2012 | Le Médecin de famille canadien ».

[123] « Elizabeth M. Williamson, Denise Rankin-Box : "Complementary therapies, the placebo effect and the pharmacist" -Complementary Therapies in Clinical Practice 15 (2009) 172–179 ».

[124] « Liccardi G, Senna G, Russo M, et al. Evaluation of the nocebo effect during oral challenge in patients with adverse drug reactions. Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology 2004;14(2):104–7. »

- [125] « Actualités pharmaceutiques • n° 520 • Novembre 2012- “La relation soignant-patient dans la mise en place d’une éducation thérapeutique” ».
- [126] « Méga Mémo IFSI (2e édition) Tout le Programme Semestre par Semestre de L’étudiant Infirmier 2016, Pages 142-144 Méga Mémo IFSI; FICHE 11 - La confidentialité et le secret professionnel ».
- [127] « EDWARD T. HALL, LA DIMENSION CACHÉE 1966.P.143-160 ».
- [128] « Fainzang S. La relation médecins- malades : information et mensonge. Paris: Presses Universitaires de France; 2006. »
- [129] « Code de la santé publique. Article R. 4235-48. www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913703&cidTexte=LEGITEXT000006072665 ».
- [130] « https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/exemple_de_plan_de_posologie_des_medicaments_en_sortie_dhopsitalisation_omedit_aquitaine.pdf ».

Serment de Galien :

« Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine. En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »

Titre :

L'influence de l'esprit sur le corps dans la santé : comment le pharmacien d'officine peut-il influencer l'autosuggestion du patient ?

Thèse soutenue le 7 juin 2019

Par Manon LAPHITZ

Résumé :

Au cours de ces dernières années, le recours aux médecines alternatives et aux thérapies non conventionnelles n'a cessé d'augmenter. L'efficacité des thérapies non médicamenteuses a été prouvée (comme l'art-thérapie, l'hypnose, la zoothérapie), mais elles doivent être encadrées par des professionnels. Le pharmacien a un rôle à jouer dans l'influence de l'état d'esprit, grâce à son conseil. Une bonne prise en charge à l'officine, appuyée par une relation de confiance réciproque, permet d'influencer l'autosuggestion du patient et de renforcer son adhésion au traitement, afin de potentialiser son efficacité.

Mots-clefs :

Esprit – Corps – Effet placebo – Alternatives thérapeutiques – Conseils

Directeur de thèse	Laboratoire	Nature
M. Arnaud COURTOIS	Laboratoire de toxicologie	Expérimentale <input type="checkbox"/>
		Bibliographique <input checked="" type="checkbox"/>