



Connaissances, représentations et attentes des patients à propos des placebos impurs en médecine générale : approche qualitative

Lucas Cheymol

► To cite this version:

Lucas Cheymol. Connaissances, représentations et attentes des patients à propos des placebos impurs en médecine générale : approche qualitative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03016281

HAL Id: dumas-03016281

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03016281>

Submitted on 20 Nov 2020

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

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

UNIVERSITE DE LA REUNION

UFR SANTE

Année : 2020

N° : 2020LARE057M

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Connaissances, représentations et attentes des patients à propos
des placebos impurs en médecine générale : approche qualitative**

Présentée et soutenue publiquement le 28 Octobre 2020 à 19h à Saint
Pierre

Par Lucas CHEYMOL

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE (Rapporteur de thèse)

Monsieur le Professeur Patrick GAILLARD

Monsieur le Docteur Christophe COPPIN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Grégory REIX

Table des matières

Table des matières	2
1. INTRODUCTION.....	6
1.1 Placebo et placebo impur, quelques définitions	6
1.2 L'effet placebo	6
1.3 L'ambiguïté de l'effet placebo : les effets contextuels	9
1.4 Etat des lieux de l'utilisation du placebo en pratique de soins	9
1.5 Les enjeux de la prescription des placebos.....	10
1.6 Les patients et les placebos	12
1.7 Objectifs de l'étude	12
2. METHODES.....	13
2.1 Population	13
2.1.1 Critères d'inclusion	13
2.1.2 Echantillonnage et recrutement	13
2.2 Recueil des données	14
2.3 Traitement des données	15
2.4 Analyse des données	15
2.5 Ethique.....	15
3. RESULTATS	16
3.1 Effet placebo et médicament placebo	16
3.1.1 L'effet placebo : une réalité	16
3.1.2 Représentations du médicament placebo	17
3.1.3 Le thème de l'esprit omniprésent	18
3.2 Les placebos impurs : représentations.....	19
3.2.1 Des molécules variées.....	19
3.2.2 Des traitements peu chers ?	20
3.2.3 La forme des placebos impurs	20

3.2.4 Les placebos impurs : quels risques ?	21
3.2.5 Comparaison aux « vrais » médicaments	21
3.2.6 Les expériences remémorées de placebos impurs	22
3.2.7 Une efficacité discutable mais variable	23
3.2.8 Des conditions d'efficacité des placebos impurs	23
3.2.9 Synthèse	24
3.3 La prescription de placebos impurs : rationalité et conditions	25
3.1.1 La consultation avant la prescription	25
3.3.2 La prescription en réponse à une demande	25
3.3.3 Des profils de patients influençant la prescription	26
3.3.4 Les buts de la prescription pour le médecin.....	27
3.3.5 Les conditions nécessaires à la prescription de placebos	27
3.4 L'acceptation d'un placebo impur : sous conditions	28
3.4.1 Une volonté de soulagement.....	28
3.4.2 La confiance envers le médecin prédominante	29
3.4.4 Entre science et pragmatisme : les conditions d'efficacité du placebo	29
3.5 Les influences extérieures.....	31
3.5.1 Les placebos Impurs dans l'imaginaire commun	31
3.5.2 L'industrie pharmaceutique : une méfiance caractérisée.....	31
3.5.3 Un désaveu des médias.....	32
3.5.4 La pharmacie : lieu de conseils	33
3.6 Le dilemme éthique du placebo impur	33
3.6.1 Une demande d'information.....	33
3.6.2 Un mensonge honnête du médecin ?	34
3.6.3 Le placebo serait éthique uniquement sous conditions ?	35
3.6.4 Le remboursement, source d'incertitudes	36
3.7 Les alternatives au placebo impur	37

3.7.1 Soigner sans médicament.....	37
3.7.2 D'autres voies avant la prescription.....	37
3.7.3 Les médecines alternatives et complémentaires	38
3.7.4 Le médecin plus que le médicament ?	39
3.8 La relation médecin malade avant tout	39
3.9 Modélisation.....	41
4. DISCUSSION.....	42
1. Discussion des principaux résultats	42
1.1 Du placebo au placebo impur	42
1.2 Conditions de prescription et d'acceptation du placebo impur	44
1.2.1 La prescription de placebos impurs	44
1.2.2 Des alternatives à la prescription	46
1.2.3 L'acceptation : science, efficacité personnelle et bénéfice	47
1.2.4 Considérations éthiques	48
1.2.5 La relation médecin malade au cœur du processus	51
2. Forces et limites de l'étude	52
3. Perspectives.....	53
7. CONCLUSION.....	55
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	56
Annexe 1	62
Annexe 2	64
Annexe 3	66
Annexe 4	71
Serment d'Hippocrate	72
Résumé	73
Abstract	74

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1 : caractéristiques de la population	16
Figure 1 : Modélisation	41

Liste des abréviations

EBM : Evidence based médecine

ECR : Essai contrôlé randomisé

MAC : Médecines alternatives et complémentaires

MG : Médecin généraliste

SMR : Service médical rendu

1. INTRODUCTION

1.1 Placebo et placebo impur, quelques définitions

Placebo est un terme dérivé du latin placere, signifiant littéralement je plairai. Un placebo peut prendre la forme d'un produit à ingérer, d'une intervention, ou être synonyme d' « effet placebo ».

Le placebo est défini traditionnellement comme un « médicament inactif donné au patient » (1). Un placebo pur est une substance pharmacologique inerte prescrite dans un but thérapeutique, habituellement du lactose ou une solution saline (2). Le placebo est classiquement utilisé dans les essais cliniques randomisés (3). Le placebo est exceptionnellement prescrit en pratique courante ; il n'est pas disponible en officine de ville.

Les placebos impurs sont habituellement décrits comme « des substances, interventions ou méthodes thérapeutiques ayant une valeur pharmacologique, clinique ou physique connue pour certaines pathologies, mais qui manquent de preuves scientifiques ou d'effet spécifique pour les affections pour lesquelles ils sont prescrits » (4). A titre d'exemple, la vitamine C, traitement spécifique du scorbut, est souvent prescrite dans la fatigue sans efficacité démontrée.

Les placebos impurs sont très nombreux parmi les produits disponibles en pharmacie. Les déremboursement successifs de 2002 à 2011 de médicaments à Service médical rendu (SMR) insuffisant (5) ont concerné de nombreux placebos impurs. On peut citer par exemple les veinotoniques, ainsi que les mucolytiques et expectorants bronchiques.

1.2 L'effet placebo

L'effet placebo est défini par l'écart positif entre la modification thérapeutique constatée et celle prévisible par l'action pharmacologique de la substance. Il est généralement admis que l'effet placebo représente près d'un tiers de l'activité thérapeutique de tout médicament (6). En réalité les choses sont plus complexes. Dans « The powerful placebo » en 1955, Beecher estimait sur la base d'une revue systématique que 30% des patients étaient guéris avec un placebo (7). Sa

méthodologie fut remise en question (8) au nom de l'inférence fallacieuse ou sophisme du « post hoc ergo propter hoc » (après cela donc à cause de cela), qui implique qu'une corrélation n'est pas toujours causalité. L'article de 1997 relevait ainsi les nombreux biais pouvant conduire à faussement croire à un effet placebo dans les études (8). Une méta-analyse danoise soutenait que l'effet des placebos était pratiquement nul (9). En 2013, une revue anglaise sur 15 000 patients montrait qu'en moyenne, les placebos ont les mêmes valeurs d'effets que les traitements conventionnels (10). En d'autres termes, l'effet placebo est parfois difficile à mettre en évidence, et si sa réalité est admise, la valeur de son effet a été souvent discutée.

Le fonctionnement de l'effet placebo, partiellement compris, reposerait sur deux axes.

- Le premier, psychophysiologique, est basé sur le conditionnement et la suggestion. Le *conditionnement* a été initialement décrit par Pavlov sur le chien. Dans le cadre médical, il permet à un sujet d'associer une réponse initialement non programmée (l'antalgie) à un stimulus (prise d'un placebo) après une phase d'apprentissage. Bykov, élève de Pavlov, ayant réussi à inverser des stimuli au froid et au chaud par conditionnement, on pense que le conditionnement appliqué à l'effet placebo produit des réactions physiologiques réelles. Le mécanisme de *suggestion* est intimement lié aux attentes du patient. Notre comportement est fonction de la façon dont notre cerveau se représente la réalité, et non de la réalité en soi. Des attentes positives d'amélioration peuvent donc induire une réelle amélioration chez les patients. Ces deux mécanismes procéderaient de manière complémentaire (11). Le conditionnement est un mécanisme inconscient d'anticipation d'un résultat positif, tandis que les attentes se créent par l'anticipation consciente d'un résultat positif.
- Le deuxième axe est neurobiochimique. Une médiation de l'effet placebo par les systèmes endorphiniques et dopaminergiques est retrouvée pharmacologiquement et en neuroimagerie fonctionnelle (12,13). Les attentes positives induiraient la production de dopamine (impliquée dans le système de récompense), procurant des sensations de bien-être, et d'endorphines à visée antalgique. Une étude a montré que l'administration de naloxone à des patients, en même temps qu'un placebo censé être « un puissant analgésique », bloquait l'antalgie due à l'effet placebo (14).

Le médecin joue un rôle crucial dans l'effet placebo. Les outils de communication professionnelle comme l'empathie, l'écoute active, la réassurance, la clarté des explications et les conseils prodigués augmentent l'effet placebo du médecin (15). Une relation médecin malade de qualité favorise l'effet placebo. Le concept plus moderne d'« effet médecin » (7), prend ainsi le relais du « remède médecin » décrit par Balint dans les années 60. (16).

Un médecin bienveillant et convaincu de l'efficacité du traitement qu'il prescrit serait plus à même d'obtenir le soulagement de son patient. Le profil du médecin placebo-inducteur a été décrit. Ce médecin serait *« compatissant, prenant son temps, compétent, ayant une bonne réputation (voire une certaine notoriété), croyant à ce qu'il fait, sûr de ses connaissances et de sa technique, non hésitant, ni ambivalent, partageant son savoir avec le patient, pratiquant des honoraires un peu plus élevés »* (17).

L'ordonnance rituelle contribue à l'effet placebo. Elle clôt souvent symboliquement l'entrevue médicale et amplifie l'effet thérapeutique. Sous sa forme écrite, l'ordonnance représenterait également une forme de soumission à l'autorité médicale (18). Par la remise d'une ordonnance, le statut de malade est symboliquement reconnu au patient (19).

Le patient lui-même participe à l'effet placebo. La situation de soins, la confiance du patient envers son médecin, son niveau de stress et d'attente, sa personnalité seraient des déterminants (17). La placebo-sensibilité est un concept proposé. Cette placebo-sensibilité ne dépendrait pas de l'âge, du sexe, ou du niveau socio-culturel. Elle serait susceptible d'être modifiée selon certains paramètres situationnels ou relationnels.

Les caractéristiques de la maladie sont également d'importance. L'effet placebo est plus marqué sur les symptômes fonctionnels (notamment la douleur), sur l'anxiété et la dépression. Une maladie d'évolution favorable en renforce l'effet, en particulier si le traitement est prescrit avant la rémission spontanée comme dans une rhinite, mais le placebo est aussi efficace dans les pathologies chroniques et graves. Dans tous les cas, l'effet placebo nécessite l'adhésion du patient (17).

Les caractéristiques du médicament influencent l'effet placebo. Le dosage, le nom et la marque du médicament, son « invasivité », son goût, sa couleur, taille et forme, en sont des déterminants (20). Par exemple, les comprimés de couleur rouge seraient

excitants, les bleus sédatifs. Un médicament amer serait considéré plus efficace par le patient.

1.3 L'ambiguïté de l'effet placebo : les effets contextuels

« Un médecin qui essaie un traitement et qui guérit ses malades est porté à croire que la guérison est due à son traitement. Tous les jours on peut se faire les plus grandes illusions sur la valeur d'un traitement si on n'a pas recours à l'expérience comparative »

Claude Bernard

Le concept d'effet placebo est ambigu. Il regroupe le placebo donné à un patient pour obtenir un effet thérapeutique et le placebo donné dans le cadre des essais contrôlés randomisés (ECR) (21). Les traitements placebo des ECR sont utilisés pour estimer l'effet spécifique d'un traitement comparativement aux effets non spécifiques. En situation de soins, l'effet placebo ou effets contextuels d'un traitement vise une plus grande efficacité au bénéfice maximal pour le patient (22). Certains chercheurs et scientifiques introduisent les termes d' « effets contextuels », ou « soins contextuels », qui incluent les différentes composantes de l'effet placebo, dont l'effet médecin et la relation médecin patient. Le terme d'effets contextuels permet de rendre compte des processus qui se déroulent avant, pendant et autour du traitement.

1.4 Etat des lieux de l'utilisation du placebo en pratique de soins

L'usage des placebos purs est courant dans les ECR, comme élément du paradigme d'Evidence based medicine (EBM). Leurs effets dans ce contexte ont été discutés (22–24). Les placebos n'auraient pas d'effets significatifs sur des critères de jugement objectifs ou binaires, mais pourraient avoir des bénéfices modérés sur des critères continus et subjectifs, ainsi que dans le traitement de la douleur (24).

Les placebos sont également prescrits régulièrement en contexte clinique, en soins primaires ou en milieu hospitalier (25–29). Douze pour cent des Médecins généralistes (MG) anglais avaient utilisé un placebo pur au moins une fois dans leur carrière, et 97 % avaient utilisé un placebo impur. Soixante-dix-sept pour cent utilisaient des placebos impurs au moins une fois par semaine, mais seulement 1 % des placebos purs (4). Quatre-vingt-six pour cent des MG danois avaient prescrit un placebo au moins une fois et 48 % plus de dix fois dans la dernière année (27). En Allemagne,

88 % des MG avaient prescrit un placebo au moins une fois dans leur carrière, 45 % ayant utilisé un placebo pur au moins une fois dans l'année, et plus de 75 % utilisaient des placebos impurs au moins une fois dans l'année avec une fréquence médiane de 20 fois par an (28). Selon une méta-analyse de 16 études dans 13 pays, la forte prévalence d'utilisation des placebos chez les MG correspond à l'utilisation de placebos impurs, pour lesquels le terme de « thérapies non spécifiques » était préféré. Les placebos purs étaient très rarement utilisés (30). Les thérapies non spécifiques semblaient davantage utilisées pour résoudre des situations cliniques difficiles que pour susciter délibérément un effet placebo.

En France, l'utilisation des placebos impurs en pratique clinique est habituelle. Les MG seraient prescripteurs de placebos impurs à 86 % dans les affections bénignes des voies aériennes supérieures (31). Les médecins sont souvent peu conscients d'utiliser des placebos impurs mais en ont une image favorable dans plus de la moitié des cas. Le profil-type du médecin placebo-prescripteur n'a pas pu être dressé (31). Les MG prescrivent majoritairement le placebo sous sa forme impure. Les définitions du placebo impur données par les médecins étaient variables et instables. Ils associaient l'homéopathie aux placebos (32).

1.5 Les enjeux de la prescription des placebos

Un des enjeux de la prescription de placebos impurs est économique. Onze pour cent seulement des traitements disponibles auraient montré un bénéfice dans des ECR avec une méthodologie de haute qualité (33). En France, avant les différentes vagues de déremboursement, un médicament prescrit sur cinq était à SMR insuffisant (34). Les vagues de déremboursement après 2006 auraient fait baisser de moitié la prescription des médicaments concernés, notamment les mucolytiques et expectorants (5). Ces prescriptions auraient toutefois été reportées, au moins en partie, sur les antitussifs et bronchodilatateurs, soit d'autres placebos impurs.

Cependant les médicaments à SMR insuffisant ont continué à bénéficier de taux de remboursement variables, de 0 à 35%, générant selon un rapport de la Cour des comptes un coût annuel de 35 millions d'euros par an. Décidé par les laboratoires, le coût des médicaments après leur déremboursement a augmenté de 43% en moyenne après 2006 (5). Pour les patients, le coût personnel a donc été majoré.

Les placebos impurs sont souvent utilisés dans une logique de réparation immédiate lors de situations cliniques variées (affections transitoires bénignes, symptômes fonctionnels gênants, fatigue, douleurs). L'utilisation répétée des placebos impurs pourrait perpétuer un conditionnement à la prise de médicaments (17) et ainsi contribuer à entretenir une croyance erronée : « une plainte, un médicament ».

La prescription de placebos impurs en situation de soins pose des problèmes déontologiques et éthiques. Leur faible niveau de preuve dans les ECR inciterait à ne pas les prescrire, en accord avec l'EBM et la déontologie. Les placebos impurs sont soit non évalués (« zones grises ») soit sans efficacité démontrée (35), et peuvent avoir des effets indésirables.

Cependant les ECR contre placebo définissent un effet spécifique d'un traitement, sa supériorité éventuelle par rapport à l'effet placebo. Or le placebo a un effet potentiellement bénéfique pour le patient. L'EBM restrictive pourrait donc amputer la médecine d'une démarche thérapeutique utile en écartant l'effet placebo (35).

Quatre-vingt-quatre pour cent des MG anglais estimaient que la prescription des placebos impurs était éthiquement acceptable dans certaines circonstances, mais 82% la trouvait non acceptable quand elle impliquait un mensonge. Quatre-vingt-dix-sept pour cent d'entre eux la jugeait inacceptables quand elle impliquait une mise en danger de la relation médecin malade (4).

Le placebo pourrait être éthiquement acceptable sous conditions. Le médecin devrait prescrire un placebo dans l'intérêt du patient et croire en son efficacité (en y intégrant les effets contextuels) (36).

L'administration d'un placebo au patient en situation de soins devrait être transparente et honnête selon certains auteurs (37).

Le médecin prescripteur de placebo impur ne serait donc éthique que s'il a foi en son traitement quand il le prescrit (17). Paradoxalement dans cette situation, le placebo impur n'en serait pas un pour le prescripteur car le médicament serait pharmacologiquement efficace selon lui. Le prescripteur pourrait ainsi soigner malgré lui par placebo, impur ou non ; à moins d'inclure dans l'évaluation de l'efficacité d'un traitement son effet contextuel. Sous certaines conditions, la balance bénéfice risque d'un placebo impur pourrait ainsi être acceptable.

Le débat éthique et déontologique sur la prescription de placebos impurs en situation de soins n'est donc pas tranché et reste à mener.

1.6 Les patients et les placebos

Les patients conceptualisent différemment le placebo selon la représentation qu'ils ont de leur maladie et des mécanismes de guérison (38).

La majorité des patients trouvent acceptable de recommander les placebos, s'ils ont peu d'effets nocifs et des bénéfices potentiels. Une minorité était opposée à la prescription de placebos, selon le principe d'obligation de résultat du médecin. La majorité des patients attendaient la transparence du médecin, son honnêteté. La notion de connexion corps-esprit semblait primordiale dans leurs représentations (39).

Selon une étude suisse, les connaissances des patients à propos des placebos sont faibles. Ils définissent souvent un placebo comme un placebo pur, sans le distinguer du placebo impur. Ils semblent ouverts à l'utilisation de placebos, plus que ce que les praticiens peuvent imaginer. Leur confiance envers le médecin est un élément déterminant de l'acceptation du placebo (40).

En France, plus des trois quarts des patients (80 à 88%) attendent une prescription au décours d'une consultation. En Europe ce chiffre est moindre, entre 40 à 70 %. Il semble exister un rituel « consultation = ordonnance = médicament » (41). La demande de médicaments et notamment de placebos impurs reste forte selon les médecins français (42). La demande d'une ordonnance est souvent vécue comme une contrainte par le médecin pour satisfaire une exigence à ne pas contrarier. La non prescription exigerait des explications trop longues (42).

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature scientifique d'études s'intéressant aux représentations des patients français à propos des placebos impurs.

1.7 Objectifs de l'étude

Pour améliorer nos pratiques de soins selon les concepts d'approche centrée patient et de décision médicale partagée, il est nécessaire de mieux comprendre les représentations qu'ont les patients des placebos impurs et les facteurs influençant leurs attentes médicamenteuses.

Quelles sont les représentations et les attentes des patients à propos des placebos impurs en médecine générale ?

L'objectif principal de notre travail était d'explorer les connaissances, représentations et attentes des patients à propos des placebos impurs en médecine générale. Un objectif secondaire était de comprendre les facteurs influençant ces attentes.

2. METHODES

Une étude qualitative avec analyse heuristique du discours s'inspirant de la théorisation ancrée a été réalisée.

2.1 Population

2.1.1 Critères d'inclusion

Tout patient majeur consultant en cabinet de médecine générale pouvait être inclus. Le critère de non-inclusion était le refus de participer à l'étude. Le critère d'exclusion était un état psychiatrique non compatible avec un entretien.

2.1.2 Echantillonnage et recrutement

Les patients ont été recrutés dans trois cabinets médicaux de la métropole de Lille (59), dont un cabinet des soins non programmés type SOS médecins. Le recrutement était réalisé par le chercheur en salle d'attente avec l'accord des praticiens. Le thème de la recherche était exposé au patient. Si celui-ci était d'accord, ses coordonnées étaient notées. Il était demandé au patient de ne pas s'informer plus précisément sur le sujet avant l'entretien. Une fiche d'invitation lui était ensuite remise, et le patient était recontacté ultérieurement par courriel ou téléphone. S'il était d'accord pour participer à l'étude, le patient était recontacté pour convenir d'un entretien soit présentiel dans le lieu de son choix soit téléphonique (en raison de l'épidémie de Covid). Le recrutement a également été réalisé par les méthodes boule de neige et de proximité.

L'échantillonnage théorique a été réalisé selon des critères de diversité (genre, âge, catégorie socioprofessionnelle, maladie chronique). Il n'a pas été défini de taille d'échantillon préalablement au travail. Le recueil de données s'est arrêté lorsqu'il n'était plus détecté d'idées nouvelles ayant un impact notable dans l'analyse pour

obtenir une suffisance des données. La confirmation de la saturation théorique des données a été apportée par deux entretiens supplémentaires.

2.2 Recueil des données

L'objectif de l'étude était de préciser les connaissances, représentations et attentes des patients. Nous avons donc opté pour une méthodologie qualitative utilisant la méthode de la théorisation ancrée. Le recueil des données a été réalisé par entretiens semi-directifs approfondis en face à face ou par téléphone, réalisés par le chercheur. Les caractéristiques du patient étaient recueillies au début de l'entretien (genre, âge, situation professionnelle, maladies chroniques). Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone.

Le canevas d'entretien, évolutif, a été élaboré à partir d'une recherche bibliographique initiale (Annexe 1). Il comportait trois questions « brise-glace » initiales. Deux situations cliniques étaient ensuite proposées au patient, une à propos d'une maladie aiguë bénigne spontanément résolutive (rhinite ou gastro-entérite) et une à propos d'une maladie bénigne mais persistant dans le temps (lombalgie ou asthénie prolongée).

A l'issue de chacune de ces situations, il était posé au patient une à deux questions : « Le médecin vous prescrit un médicament non validé mais qu'il pense efficace. Qu'en pensez-vous ? Que voudriez-vous avoir comme information ? » ou « Le médecin vous prescrit un médicament car il pense que vous en voulez un. Mais le médecin sait que ce médicament n'est pas efficace. Il veut vous faire plaisir. Qu'en pensez-vous ? ». Les situations cliniques et les questions pouvaient varier selon les entretiens. Le chercheur explorait les axes du guide d'entretien non abordés, à l'aide de questions ouvertes selon les points spontanément abordés. Ces trois axes, définis à partir de l'objectif d'étude, étaient les connaissances, les représentations et les attentes à propos des placebos impurs. Une définition courte et claire à l'aide d'exemples du placebo impur pouvait être donnée durant l'entretien après les mises en situation.

Le guide d'entretien a été testé auprès de trois patients, dont les entretiens ont été inclus dans l'analyse car exploitables. Le guide a évolué tout au long du processus de recueil. Le canevas d'entretien final est disponible en Annexe 2.

2.3 Traitement des données

Les enregistrements ont été retranscrits sur le logiciel Microsoft Word® par le chercheur, au mot près, en restituant dans la mesure du possible les réactions non verbales. La retranscription était anonymisée. Les entretiens audios ont été effacés après leur retranscription.

2.4 Analyse des données

Après retranscription, les verbatims ont été analysés indépendamment par deux chercheurs (le chercheur et son directeur de thèse). Une triangulation des données a été réalisée. Le logiciel NVivo 12® a été utilisé par le chercheur et un codage manuel était effectué par le directeur de thèse. En cas de désaccord, un codage consensuel était trouvé par la discussion en réanalysant le verbatim. Les codages ouvert et axial réalisés en parallèle ont permis l'élaboration du livre de code, qui a été actualisé au fur et à mesure des entretiens. La grille d'analyse a été construite après les premiers entretiens de façon inductive, en faisant émerger les différentes catégories et sous catégories. Elle a évolué au fil de l'analyse (version définitive en Annexe 3). Elle a permis l'analyse des entretiens suivants.

Le codage sélectif a permis d'élaborer les relations entre les différentes catégories afin de construire la théorie.

2.5 Ethique

Les patients ont été informés de façon écrite puis orale de l'enregistrement audio des entretiens. Le caractère anonyme des données recueillies a été précisé à chaque participant. Le consentement des patients était recueilli de façon écrite sur une fiche spécifique avant les entretiens en face-à-face (Annexe 4) et oralement avant les entretiens par téléphone. La méthodologie de la recherche a été classée MR004 (« recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé »). Elle n'a pas nécessité de dépôt de dossier au CPP ni de déclaration à la CNIL. Le travail de recherche a fait l'objet d'une déclaration auprès du délégué à la protection des données de l'Université de La Réunion.

3. RESULTATS

Quatorze entretiens ont été réalisés, (8 femmes et 6 hommes). L'âge moyen était de 48,4 ans. Six entretiens ont été réalisés en face-à-face et 8 par téléphone. Le tableau 1 décrit les caractéristiques des patients par ordre chronologique d'entretiens.

Patients	Genre	Age	Statut Matrimonial	Enfants	Profession	Pathologies chroniques	Traitement chronique
1	Femme	62	Mariée	2	Retraitée	Oui	Oui
2	Femme	51	Pacsée	2	Professeur SVT	Oui	Oui
3	Homme	53	Marié	3	Chef comptable	Non	Non
4	Femme	82	Veuve	2	Retraitée	Oui	Oui
5	Homme	59	Célibataire	0	Secrétaire compagnie d'assurance	Oui	Oui
6	Homme	53	Marié	5	Employé supermarché	Non	Non
7	Homme	59	Veuf	1	Retraité	Oui	Oui
8	Femme	37	Séparée	2	Superviseur de projet	Non	Non
9	Femme	39	Pacsée	1	Professeur Italien	Non	Non
10	Femme	28	Célibataire	0	Educatrice spécialisée	Non	Non
11	Homme	29	Célibataire	0	Employé startup marketing	Non	Non
12	Femme	28	Célibataire	0	Conseillère stratégie de vente	Non	Non
13	Femme	29	Célibataire	0	Responsable marketing	Non	Non
14	Homme	69	Marié	2	Retraité	Oui	Oui

Tableau 1 : caractéristiques de la population

3.1 Effet placebo et médicament placebo

3.1.1 L'effet placebo : une réalité

Lorsque l'on évoquait l'effet placebo avec les patients, celui-ci était considéré par plusieurs d'entre eux comme bien réel et présentant un potentiel certain.

E2 : « Je découvre tous les jours les nouvelles possibilités. »

E2 : « Oui oui, il y a quelque chose là qui se joue... »

E8 : « Je suis convaincue de l'effet placebo. »

Son fonctionnement sur les animaux et les bébés était spontanément cité par deux patients.

Pour les patients, l'effet placebo engendrerait une amélioration ou un résultat ressenti chez un malade.

E2 : « Alors l'effet placebo. Ce serait dans le discours du malade un ressenti d'une amélioration, par rapport à son symptôme, alors qu'on ne lui a rien donné, de manière objective. »

E4 : « L'effet placebo c'est quand sans principe actif, il y a quand même un petit résultat sur le patient. »

Son fonctionnement était décrit comme psychologique.

E8 : « Ben l'effet placebo pour moi, c'est le pouvoir de la conscience. »

E9 : « Ben j'ai du mal à m'exprimer mais c'est quelque chose de psychologique oui. »

E11 : « Euh, placebo, pour moi c'est jouer avec l'effet psychologique d'un potentiel médicament. »

Une patiente pensait que l'effet placebo était présent à chaque prise de médicament. Au contraire, un patient associait effet placebo et inefficacité thérapeutique.

3.1.2 Représentations du médicament placebo

Le terme « placebo » ou « médicament placebo » était décrit et représenté comme un placebo pur. Pour la grande majorité des patients, le médicament placebo ne contenait pas de principe actif.

E10 : « Alors, un placebo pour moi ce serait une sorte de médicament qui n'aurait pas d'effet au point de vue pharmacologique, au point de vue de la substance. »

E14 : « C'est un traitement avec pas de molécule active donc, alors que le patient croit que c'est une molécule active. »

Il était considéré comme un médicament selon certains.

E3 : « Ben c'est un médicament qui normalement n'a pas de molécules particulières pour guérir. »

D'autres ne le considéraient pas comme un vrai médicament, ou le qualifiaient de « faux médicament ».

E12 : « Euh c'est un médicament qui n'a pas d'effet, un faux médicament. »

Son but était de soulager, mais pas forcément de guérir.

E13 : « Et ça va atténuer, soulager la douleur. En gros ça un impact positif qui a un peu le même effet que si on prenait un médicament. »

E6 : « enfin pas vraiment un médicament un cataplasme, pour soulager une personne, pas forcément le guérir mais le soulager... »

Un patient n'avait pas de connaissances sur le placebo. Un autre évoquait le médicament placebo utilisé dans les essais comparatifs.

La majorité des patients ne pensaient pas avoir eu d'expériences avec des placebos, mais il existait une certaine incertitude.

E1 : « A priori j'ai jamais pris de placebo. »

E3 : « Placebo placebo ? Non pfff... Un moment donné je prenais de l'homéopathie je sais pas trop si... mais j'ai l'impression que ça me réussit pas. »

E14 : « Ben écoutez si on m'en a donné je ne le sais pas. »

3.1.3 Le thème de l'esprit omniprésent

Les personnes interrogées attribuaient un fonctionnement psychologique au placebo.

E3 : « C'est simplement le fait de prendre le médicament on pense on, ça agit plus sur l'esprit, on se dit "j'ai pris tel médicament". »

E11 : « Un placebo peut avoir des effets justement positifs dans la psychologie de la personne, enfin soigner on va dire les symptômes, notamment si c'est un sujet psychologique. »

Son fonctionnement était supposé être conditionné à l'ignorance de sa prise.

E1 : « Peut-être que si voilà on ne me le dit pas ça fonctionnerait peut-être. »

E12 : « Il ne vaut mieux pas être au courant que tu prends un placebo si tu veux que ça marche. »

E2 : « Mais en même temps, si on le disait, est ce que ça marcherait si bien ? »

Pour d'autres patients, le malade devait croire qu'il prenait un principe actif pour que le placebo fonctionne :

E4 : « Croire à la portée des médicaments ça doit jouer. »

E10 : « ...mais qui aurait un effet sur la personne parce qu'elle pense que c'est un médicament qui pourrait être efficace. »

E14 : « C'est un traitement avec pas de molécule active donc, alors que le patient croit que c'est une molécule active. »

3.2 Les placebos impurs : représentations

3.2.1 Des molécules variées

Les patients citaient comme placebos impurs des molécules variées. Les vitamines, notamment les cures hivernales prises pour la fatigue, étaient largement citées. Les sirops et pastilles pour la gorge, les sprays nasaux, et les médicaments de la toux étaient également proposés.

E6 : « Oui oui j'y crois, mais voilà je fais généralement des cures en septembre octobre, par un médicament dont j'ai oublié le nom avec plein de vitamines à l'intérieur. »

E4 : « Mais pour ces sirops ou pastilles pour la gorge là, oui mon médecin que j'avais avant avait dit par exemple, la Lisopaine faut plus le prendre. »

La phytothérapie et les huiles essentielles, les médecines douces étaient prises comme exemple. Plus globalement, les médicaments de parapharmacie en faisaient partie.

E12 : « Ben je m'y connais pas beaucoup mais à priori je dirais tout ce qui est un peu médecines douces, huiles essentielles, qui peuvent avoir cet effet-là. »

Un patient citait le paracétamol, et deux autres les antibiotiques pris dans certains contextes. Le terme de « médicaments de confort » était utilisé à plusieurs reprises pour décrire ce type de traitements. Ils étaient aussi décrits comme des traitements « légers » ou peu dosés.

L'homéopathie était spontanément citée par plus de la moitié des patients. Elle était considérée comme placebo ou placebo impur, mais il existait une forte incertitude. On retrouvait un statut particulier de l'homéopathie, bien identifié par les patients.

E11 : « Après je sais que typiquement il y a un peu le débat sur tout ce qui est homéopathie etc... est ce que en fait ce serait pas du placebo ? Ce sont des choses que j'ai pu entendre. »

E13 : « Mais sinon placebo je ne sais pas si on peut mettre l'homéopathie là-dedans, mais en tout cas j'ai beaucoup pris d'homéopathie, c'est un peu dur de savoir comment ça fonctionne, si ça fonctionne, mais bon, voilà. »

E4 : « Oui oui comme avec l'homéopathie, mais l'homéopathie je trouve personnellement qu'elle a quand même un effet... »

E3 : « Je suis un peu plus sceptique sur l'homéopathie, voilà parce qu'apparemment... »

3.2.2 Des traitements peu chers ?

Ils étaient décrits comme des traitements déremboursés, spontanément par quelques patients mais pas par la majorité.

Un patient les trouvait peu chers, mais pour un autre leur prix était élevé par rapport à des mesures simples. Un autre considérait qu'ils devraient être peu chers.

E8 : « Oui, maintenant moi je n'irais pas acheter des pastilles au miel qu'on va payer 3 fois plus cher, vaut mieux manger du bon miel. »

Une patiente citait le prix des placebos impurs comme composante d'un éventuel effet placebo.

3.2.3 La forme des placebos impurs

Un mécanisme de « désinfection » a été évoqué par plusieurs patients pour ce type de traitements :

E2 : « Pour limiter on va dire la surinfection si c'est les voies orales ou nasales. »

Pour un tiers des patients, les placebos impurs étaient en général des médicaments sucrés, et leur sentiment sur ce point était négatif : une certaine « glucophobie » pouvait être évoquée.

E1 : « On m'a proposé du sirop pour ma toux, je l'ai gentiment refusé, parce que déjà c'est sucré, ça ne me plaît pas, et y en a sans sucre, mais ils utilisent dedans c'est tellement de cochonneries on me dit que c'est pas forcément bon. »

Ils seraient des médicaments possédant un goût plutôt agréable. La galénique était importante pour certains patients.

E3 : « Oui ! Pour moi oui peut être pour donner un petit coup de fouet l'effervescent mais... voilà. »

Certains patients décrivaient la forme médicament avec des adjectifs plutôt péjoratifs.

E3 : « c'est peut-être pas le cas de tout le monde, mais si c'est pour prendre à chaque fois ses petites pilules et que ça marche pas... »

3.2.4 Les placebos impurs : quels risques ?

Quelques patients considéraient les placebos impurs comme globalement sans risques.

E11 : « Oui qui n'a pas d'effets secondaires. Typiquement dans ces pathologies comme le stress, l'anxiété, c'est des choses qui marcheraient. »

Beaucoup considéraient ou avaient connaissance de potentiels effets indésirables, et de risques de surdosage. Pour certains, il n'était pas acceptable que des traitements peu efficaces présentent des risques. Pour d'autres, la vigilance sur le dosage et les interactions médicamenteuses était la préoccupation principale :

E12 : « Après il y a la question des effets secondaires, si c'est juste qu'il a pas montré une efficacité incroyable ça va pas forcément me déranger, mais s'il y a des débats sur les effets secondaires ça me dérangera plus. »

E13 : « S'il m'avait dit que ça servait pas à grand-chose bon, mais que ce soit potentiellement néfaste en plus, ça m'avait un peu choqué quoi. »

E6 : « Si ce n'est le fait qu'il faut respecter la prescription, la notice, voilà la quantité la durée. »

3.2.5 Comparaison aux « vrais » médicaments

Les patients rapprochaient souvent les placebos impurs des « vrais » médicaments. Ces derniers étaient décrits comme « chimiques » et potentiellement dangereux.

E5 : « Pour moi les médicaments c'est de la chimie donc c'est dangereux. Ça vient du grec pharmako qui veut dire poison, donc il faut faire attention. »

Quant à l'opposition aux « vrais » médicaments, elle concernait leur utilisation. Les vrais médicaments pour guérir et soulager les symptômes, détruire le mal, alors que les placebos impurs pouvaient soulager des symptômes légers mais pas forcément guérir :

E9 : « Ça dépend de comment on supporte la douleur, mais si c'est quelque chose d'insupportable je lui demanderai un vrai traitement quoi. »

La distinction entre les deux entités n'était donc pas clairement établie. Une des patientes tenait un discours en ce sens.

E11 : « Oui c'est un peu ça, l'homéopathie ou les plantes. Ou typiquement les combinaisons d'huiles essentielles peuvent avoir un effet soulageant pour certaines petites choses bénignes. Après la frontière peut être mince. »

3.2.6 Les expériences remémorées de placebos impurs

Les expériences des patients avec des placebos impurs étaient plutôt positives. L'homéopathie prenait une place importante dans ces descriptions pour quelques patients :

E4 : « Or moi ça fait des années que je vois une homéopathe, et j'ai eu des résultats que je n'avais pas eu avec des médicaments allopathiques. »

Pour plusieurs patients, les expériences étaient plutôt décrites comme lointaines, dans l'enfance ou pendant une période de stress :

E 11 : « Après je sais que typiquement ça a pu m'arriver notamment pour le stress quand j'ai passé mon permis moto quand j'avais 16 ans, j'ai hyper stressé, et du coup j'ai pris de l'homéopathie anti-stress avant l'examen. »

Pour d'autres il s'agissait d'une routine d'utilisation du placebo impur, pris par habitude plus que par conviction :

E1 : « Est-ce que prendre des vitamines en se disant que ça va booster un peu, mais en fait c'est pas si efficace ? Je sais pas... »

Un potentiel effet placebo était spontanément évoqué par quelques patients lors de la description de leurs expériences :

E10 : « Je suis sujette aux cystites et on m'a prescrit un traitement de prévention, et il y a potentiellement un effet placebo, en tout cas j'ai tellement envie de ne pas en avoir que quand j'en ai pris elle n'apparaît pas. »

3.2.7 Une efficacité discutable mais variable

Les patients étaient dubitatifs sur l'efficacité des placebos impurs. Un seul patient les trouvait utiles et efficaces.

La moitié des patients les considéraient comme plutôt inutiles et peu efficaces :

E 14 : « On évite ! j'ai vu pas mal de choses là-dessus donc on évite la poudre de perlimpinpin tout ça. Je pense que c'est vraiment pas utile utile. »

E9 : « Même si bon les sirops, avant j'en prenais pas mal mais en fait je me suis rendu compte que c'est pas forcément efficace quoi. »

Les autres discutaient une utilité potentielle, mais sans présumer de leur efficacité. On retrouvait toutefois un penchant vers l'inefficacité.

E1 : « Ils peuvent être utiles pour désinfecter, ya pas de soucis. »

E8 : « - Et vous pensez qu'ils peuvent être quand même utiles ?

- Paradoxalement oui. »

E12 : « Ben non, enfin oui je dirais que l'efficacité elle peut être variable, et s'il y a un effet bénéfique sur certaines personnes, ils ressentent un bénéfice. »

3.2.8 Des conditions d'efficacité des placebos impurs

On retrouvait également des conditions nécessaires à l'efficacité des placebos impurs. Celle-ci serait liée aux situations où le caractère psychosomatique des troubles serait prédominant. On retrouvait à nouveau l'ignorance de la prise par le patient, ou au contraire la conviction de l'efficacité préalable à la prise.

E1 : « Ça peut éviter quelque chose à condition qu'on soit persuadé que ça marche ! »

Pour certains patients la dénomination médicament était vue comme une garantie d'efficacité. Plusieurs patients considéraient que les placebos impurs étaient moins efficaces en cas de pathologie sévère. Ils étaient alors considérés comme trop légers, ou d'efficacité trop lente.

E1 : « Mais maintenant je suis pas sûr que la grippe soit soignable en homéopathie. Vu la puissance des souches. »

E10 : « Après là dans le contexte si c'est vraiment gênant je suis pas contre les antibiotiques. Si les symptômes sont trop forts. »

Enfin, les participants décrivaient une variation individuelle de l'efficacité des placebos impurs. Elle dépendait de la personnalité des patients, de leurs attentes et de leur propre représentation de l'efficacité des traitements.

E4 : « Mais je pense qu'à l'occasion ça a un certain effet quand même pour les personnes qui, enfin je pense que de croire à la portée des médicaments ça doit jouer comme un peu le moral dans des maladies. »

Dans ce contexte, les patients s'opposaient souvent aux « autres patients », sur lesquels les placebos impurs pourraient être efficaces contrairement à eux-mêmes.

E3 : « Là je me dis est-ce que c'est l'effet placebo pour ces gens qui... moi pour moi ça marche pas ! »

3.2.9 Synthèse

Si le placebo dans sa forme pure était plutôt bien décrit, les représentations du placebo impur étaient hétérogènes, à la frontière entre médicaments classiques et placebos.

Les placebos impurs n'étaient pas spontanément considérés comme des placebos, mais comme des médicaments, voire des pseudos médicaments. Généralement peu efficaces, ils présentaient d'éventuels dangers. Un effet placebo, dans des situations particulières ou chez des profils de patients particuliers, pouvait faire discuter leur intérêt.

3.3 La prescription de placebos impurs : rationalité et conditions

3.1.1 La consultation avant la prescription

A l'évocation de leurs attentes de prescription, les patients faisaient part de leur rapport à la consultation médicale. La majorité ne consultaient pas pour des symptômes qu'ils pensaient bénins. Ils décrivaient l'évolution spontanément favorable d'une maladie bénigne.

E5 : « Euh ça dépend, par exemple il m'arrive que, bon, j'ai un petit rhume, une fièvre comme ça je ne cours pas directement chez mon médecin, j'attends d'abord pour voir. »

Ce rapport à la consultation pouvait éventuellement varier selon le contexte et l'inquiétude. Les patients consultaient en revanche s'ils considéraient que la pathologie « traînait », que les symptômes étaient sévères d'emblée, ou qu'un élément les inquiétait comme la fièvre, qu'un patient associait aux antibiotiques.

E5 : « Alors si au bout de quelques jours ça ne disparaît pas je ne suis pas guéri je serais obligé d'aller voir mon médecin traitant. »

La consultation médicale n'était pas un préalable obligatoire à un traitement médicamenteux. Certains patients pouvaient avoir recours à l'automédication, et d'autres se rendaient en pharmacie pour obtenir des conseils.

3.3.2 La prescription en réponse à une demande

La prescription d'un placebo impur proposé par le patient n'était pas beaucoup évoquée par les participants. Une patiente considérait qu'elle pouvait proposer elle-même un traitement de ce type à son médecin. Une autre comprenait la prescription si le patient avait une conviction d'efficacité préalable du traitement.

E2 : « Et s'il vient pas du médecin je propose, et souvent j'ai comme réponse " oh ben oui très bien pas de problèmes ". »

Un patient soulignait que sa demande avait évolué avec le temps et l'expérience.

La demande de prescription venait surtout des « autres patients ». A travers plusieurs entretiens était évoquée la prescription de placebos impurs pour des personnes ayant un besoin de médicament. Ces « autres patients » pourraient exercer une pression de prescription sur le médecin, voire ne pas accepter un refus de prescription.

E13 : « Après il y a peut-être des patients qui veulent sortir de chez le médecin avec une boîte de médicaments mais moi je trouve pas ça top. »

E2 : « Oui, la personne n'est pas prête à avoir le refus du médecin. »

Un patient considérait que la démarche de prescription ne devait pas venir du patient mais du médecin.

3.3.3 Des profils de patients influençant la prescription

L'éventualité d'une prescription de placebos impurs dépendait beaucoup des attentes de chacun.

E3 : « Si ça fait du bien aux gens, si les gens pensent que c'est bien, après chacun voit midi à sa porte. »

E 13 : « Mais c'est vrai que je connais des gens, à la moindre toux ou au moindre rhume ils vont prendre des trucs à fond, et cette espèce de réflexe « je suis malade je vais prendre un médoc », alors que pour moi ce genre de symptômes c'est passager. »

A travers la moitié des entretiens, les patients s'opposaient dans leur attente de prescription, plutôt faible, aux patients décrits comme difficiles, « hypocondriaques ». Le placebo impur était ainsi vu comme pouvant être prescrit à des patients plus « naïfs ».

E11 : « Je pense qu'il y a des gens qui ont besoin d'être rassurés, par exemple les personnes qui sont malades de tout, hypocondriaques ? typiquement pour ce type de personnes ça peut être utile, pour moi pas du tout. »

E4 : « Enfin je vais peut-être être méchante, mais le placebo ça doit être donné à des gens plus naïfs. »

La distinction entre ses propres attentes et celles des autres patients, considérés plus demandeurs de placebos impurs, était fréquente.

3.3.4 Les buts de la prescription pour le médecin

Pour la majorité des personnes interrogées, les buts de la prescription de placebo impurs par le médecin étaient louables. Le médecin pouvait prescrire un placebo surtout pour rassurer son patient, en attendant l'évolution naturelle de la pathologie. Quelques personnes évoquaient cette prescription dans le but de susciter délibérément un effet placebo chez le patient.

E1 : « Oui il peut y croire ou alors dire bon ben, s'il veut rassurer sa patiente oui il peut le faire. »

E11 : « Je pense qu'il y a des gens qui ont besoin d'être rassurés. »

E9 : « Ben peut être qu'il utilise le traitement pour engendrer un effet placebo chez le patient, oui. Voilà ! »

Ce patient était alors toujours un autre patient.

Le médecin pouvait également prescrire pour se sortir d'une situation difficile, ou pour faire plaisir au patient. Dans ces cas de figure, leur sentiment était plus mitigé.

E8 : « Ben s'il n'y a aucune autre pédagogie possible, ben pourquoi pas ? C'est l'exemple que je prenais tout à l'heure. »

E4 : « Il sent que la personne va pas être contente si elle repart sans rien quoi. »

Là encore, les interrogés décrivaient un autre patient qu'eux-mêmes.

3.3.5 Les conditions nécessaires à la prescription de placebos

Si la majorité des participants n'étaient pas opposés à la prescription de placebos impurs, ils évoquaient des conditions devant l'accompagner. Le médecin devait surtout rassurer son patient, notamment par sa parole. Il devait promouvoir son traitement avec une certaine conviction, et participait ainsi au soulagement du malade par son attitude.

E 1 : « Mais surtout il me rassure hein, je veux dire. »

E 3 : « Et qu'il lui en parle en bien pour que ça fasse aussi effet placebo en plus de l'effet du médicament. »

Le médecin était largement cité comme une composante essentielle de l'effet placebo.

E1 : « Le médecin a un effet quelque fois placebo, quand on rentre chez le médecin on est malade, quand on en ressort on est nettement mieux. »

En parallèle à la prescription, une patiente estimait que le patient devait être responsabilisé par le médecin.

Dans ce contexte, deux patients considéraient que les médecins plus « jeunes » prescrivaient moins, et donnaient plus d'explications. Ils voyaient cela comme plutôt bénéfique.

3.4 L'acceptation d'un placebo impur : sous conditions

3.4.1 Une volonté de soulagement

Les placebos impurs étaient acceptés par les patients pour traiter des symptômes gênants. Plus de la moitié des personnes disaient pouvoir les accepter pour soulager des symptômes sévères, ainsi qu'en cas de souffrance.

E13 : « Ça m'irait sur le coup, pour adoucir la douleur, mais je ne vais pas le prendre pour me guérir quoi. Ça me va bien si c'est un truc bénin. »

E11 : « Et si par exemple je vois que ça se rétablit pas ou que c'est de moins en moins supportable, je prendrais des médicaments pour soulager, traiter. »

E1 : « Mais ya des fois j'ai tellement mal que je dis ben pourquoi pas. »

Ils pouvaient également être acceptés dans le cadre d'une inquiétude.

E2 : « Je pense, je pense que c'est l'inquiétude, j'avais besoin d'un truc en plus. »

Un patient était d'accord avec la prescription si rien d'autre n'avait fonctionné auparavant. Un autre patient disait l'accepter en complément d'un traitement efficace.

A travers quelques entretiens, le placebo impur semblait acceptable pour éviter quelque chose. Il pouvait s'agir d'éviter de prendre d'autres molécules plus « chimiques », pour éviter une aggravation de sa pathologie (toux ou surinfection), ou même pour raccourcir l'évolution d'une maladie.

E1 : « Maintenant moi qui ne prend pas de traitement pour une attaque de panique, après un accident pourquoi pas en prendre pendant quelques jours, si ça peut éviter du Xanax. »

E6 : « Et même si c'est bénin, ça peut traîner et ça peut empirer également, j'en ai fait l'expérience avant de partir en vacances. »

3.4.2 La confiance envers le médecin prédominante

La majorité des patients faisait confiance à leur médecin pour la prise d'un éventuel médicament, y compris des placebos impurs.

E10 : « Euh moi j'attends qu'il pose un diagnostic, et que du coup il me donne ce qu'il faut, mais moi je lui fais entièrement confiance. »

E4 : « Ben s'il me le prescrit, bon c'est certainement qu'il a une bonne raison, et j'espère qu'il sera utile. »

Si la confiance était présente, la prescription était considérée comme acceptable même si le patient n'était pas certain de l'efficacité du produit. Ainsi ils se déclaraient potentiellement ouverts à la prise d'un placebo impur même si leur conviction n'était pas certaine.

E10 : « J'avoue que si le médecin me dit ça va vous faire du bien, je me dis bon ça peut pas faire de mal, on verra bien, par exemple l'homéopathie je n'ai pas d'avis là-dessus, si on m'en prescrit en me disant ça va te faire du bien, je vais le prendre. »

3.4.4 Entre science et pragmatisme : les conditions d'efficacité du placebo

Pour les patients, le placebo impur devait avoir un mécanisme logique. Dans le cas contraire, certains n'hésitaient pas à réinterpréter l'ordonnance, voire à ne pas acheter ou consommer les médicaments. L'acceptation du médicament était conditionnée par la justification de sa prescription pour certains patients.

E 12 : « Ben ça ne m'inspirerait pas trop confiance vis-à-vis du médecin. Faudrait que la prescription ait un sens en fait. »

E 11 : « Qu'il m'explique pourquoi ce médicament-là peut m'aider, pourquoi ce médicament-là alors qu'il est connu pour ne pas être efficace ? »

Il existait une certaine réticence à prendre un traitement non validé scientifiquement. On retrouvait une attente majoritaire de preuves scientifiques, même si plus de la

moitié des répondants reconnaissaient que l'efficacité d'un traitement peut être difficile à prouver scientifiquement.

E11 : « Moi je trouve ça un peu border parce qu'il n'y a pas d'effet prouvé, en tout cas il n'y a pas d'études scientifiques qui prouvent que ça a un effet. »

E2 : « Je veux dire il faut que ce soit étayé scientifiquement, et simple, confiance et j'ai toujours la réponse à mes questions, de manière scientifique. »

E3 : « Mais je me dis que pour certaines personnes, si ça a un effet placebo sur elles et puis que... mais après comment le prouver ça je n'en sais rien. »

Quelques personnes parlaient spontanément de leurs sentiments sur les essais cliniques. Une patiente soulignait le manque de connaissances de la population générale à ce niveau. Une confiance était retrouvée chez deux patients. Un patient était méfiant vis à vis des essais cliniques.

L'attente d'efficacité était majoritaire par rapport au traitement. Les patients décrivaient une attitude pragmatique, avec l'importance du résultat et du bénéfice, plus importants que les éventuelles preuves théoriques.

E11 : « Ben je pense qu'il faut vraiment fonctionner à l'efficacité, si j'ai quelque chose qui ne passe pas ou qui s'aggrave, je veux quelque chose effectivement d'efficace. Si je ne suis pas vraiment sûr que ça marche pour moi... »

E6 : « Euh un traitement efficace, rapide, parce que c'est pas agréable. »

E4 : « Or moi ça fait des années que je vois une homéopathe, et j'ai eu des résultats que je n'avais pas eu avec des médicaments allopathiques. »

E6 : « Ben moi j'attends de voir les effets, si c'est efficace ou pas quoi. »

E8 : « Puisque personne ne peut le prouver, je le prends quand j'ai envie de le prendre, quand je pense que ça va me faire du bien. »

En ce sens, ils remettaient largement en question le placebo impur s'il apparaissait inefficace pour eux.

On retrouvait donc une discordance chez les patients. En théorie ils désireraient un médicament scientifiquement validé mais en pratique ils attendaient majoritairement un médicament efficace pour eux.

Une variabilité d'efficacité était largement décrite. Elle dépendait encore une fois des profils de patients et de leurs attentes.

E1 : « Ben leur efficacité c'est par rapport au patient, je veux dire. »

E12 : « Oui après, un médicament peu efficace, enfin c'est discutable parce que ça peut être efficace sur certaines personnes, pas sur d'autres, donc pour moi c'est pas corrélé. Justement tout à l'heure on parlait de l'effet placebo, moi je pense que ça peut avoir un effet, même si c'est pas démontré scientifiquement, ça peut marcher sur certaines personnes. »

A nouveau, les répondants se comparaient aux autres patients. Il ressortait donc une notion individuelle de l'efficacité.

3.5 Les influences extérieures

3.5.1 Les placebos Impurs dans l'imaginaire commun

Certains patients pensaient pouvoir être influencés dans leur démarche de soins par le discours général. Les exemples pris étaient les cures de vitamines durant l'hiver ou de magnésium en cas de fatigue, l'homéopathie comme l'Arnica®.

E2 : « Dans le discours général, vitamines, minéraux. Entrée dans l'hiver. Donc dans la pensée commune. »

3.5.2 L'industrie pharmaceutique : une méfiance caractérisée

L'industrie du médicament avait une influence sur les représentations et les attentes des patients à propos des placebos impurs. Le sentiment global était péjoratif, et un lobby du médicament était présent et néfaste pour la quasi-totalité des patients.

E3 : « Non mais voilà, ça je me méfie des grandes firmes pharmaceutiques. »

E14 : « Parce que là on pourrait penser que c'est un problème de relations entre les firmes pharmaceutiques et les pouvoirs publics, avec une démarche économique plutôt qu'un rapport d'efficacité pour le patient. »

Une collusion entre les médecins et les laboratoires était évoquée par la moitié des patients, mais le sentiment général restait clément envers le médecin. Il pouvait être trompé par les laboratoires.

E6 : « Après ya des médecins entre guillemets, qui vont faire selon les laboratoires, le laboratoire est passé ils ont eu des médicaments ils les donnent en priorité, voilà. »

E4 : « J'avais toute confiance en mon médecin mais je pense que lui-même a été trompé quoi... »

Les scandales pharmaceutiques étaient cités à plusieurs reprises pour illustrer ce phénomène.

Il existait pour les patients une incitation à la surconsommation de médicaments. Notamment, les boîtes en contenaient trop, et trop de molécules étaient disponibles sur le marché.

E2 : « On vous donne celui-là, des boîtes de 30, allez on y va ! »

E3 : « Peut-être qu'il faudrait avoir dans une pharmacie, beaucoup moins de choses. »

Certains considéraient que le médicament était vu comme une marchandise.

E9 : « Oui oui, ben j'en ai pris à un moment mais en fait ça fait rien du tout c'est juste pour l'argent. »

Plusieurs patients considéraient que la santé est un domaine à part, pour justifier leur désaveu des laboratoires.

3.5.3 Un désaveu des médias

Les sentiments à propos de la publicité concernant les placebos impurs étaient également péjoratifs. Celle-ci était considérée comme peu éthique, voire néfaste.

E12 : « Ah ben c'est sûr que si on commence à faire de la pub en vantant les mérites ça marchera sur les gens d'un point de vue commercial, pas d'un point de vue scientifique. Ce n'est pas forcément une très bonne chose. »

E1 : « Elle est néfaste et par exemple pour les médicaments vasoconstricteurs pour le nez, tout ça... »

Elle devrait être encadrée par la société et pouvait pousser à la surconsommation.

Un patient considérait la publicité comme une source d'informations intéressante.

E7 : « Ben c'est important, ça nous renseigne ! Par exemple j'ai vu qu'il y avait des médicaments pour les os, de la vitamine D, je vais peut-être en prendre ça ne peut pas être néfaste ? »

Les médias de masse n'étaient pas considérés comme très fiables, et certains patients se fiaient à des médias dits de confiance comme des émissions spécialisées sur la santé, ou certains médias alternatifs.

Les patients pensaient ne pas être influencés par la publicité et les médias et faisaient surtout confiance à leur médecin.

E5 : « Mais aucune influence sur moi, aucune, je fais confiance au médecin. »

En revanche la publicité pouvait influencer les « autres patients », de manière éventuellement inconsciente.

E6 : « Je pense pas être influencé par ça, mais je pense que la publicité peut influencer des gens quand même. »

3.5.4 La pharmacie : lieu de conseils

Spontanément évoqué, le rôle du pharmacien était celui d'un conseiller. Il avait un rôle positif en réexpliquant les ordonnances et vérifiait les interactions médicamenteuses. Il était considéré comme un interlocuteur de premier plan lors du choix d'un traitement symptomatique s'il n'y avait pas eu de consultation médicale pour des symptômes bénins.

3.6 Le dilemme éthique du placebo impur

3.6.1 Une demande d'information

Les patients manifestaient en général un désir d'information de la part de leur médecin sur l'efficacité des traitements prescrits.

E11 : « Oui j'aimerais bien savoir parce que typiquement en effet parce qu'entre avoir quelque chose qui tient plus du confort que quelque chose qui a un vrai effet prouvé, je serais intéressé de le savoir. »

E4 : « J'aimerais bien le savoir si c'est peu efficace. »

Deux patients trouvaient qu'en règle générale les médecins n'informaient pas assez les patients sur ce point. Cependant, pour certains, si un effet placebo était recherché par le médecin, il devait taire la nature du traitement pour que celui-ci fonctionne.

E11 : « Mais faut pas que ce soit dit, sinon ça va à l'encontre du mécanisme oui. »

3.6.2 Un mensonge honnête du médecin ?

La question d'un éventuel mensonge était source d'incertitudes.

E 13 : « Mensonge je ne sais pas, mais ça pose des questions sur le rôle du médecin, effectivement s'il me donne ça pour me faire plaisir c'est un peu dommage. »

D'une part il existait majoritairement une demande d'honnêteté de la part du médecin.

E1 : « Ben écoutez je pense qu'un médecin doit être honnête. »

E4 : « L'information est importante, le médecin doit quand même être honnête voilà. »

Mais pour les patients, la prescription d'un placebo impur ne représentait pas un réel mensonge, à certaines conditions :

- Le médecin pouvait moduler son information en fonction des patients qu'il avait devant lui, comme les patients « hypochondriaques », ou avec des profils psychologiques favorables à l'effet placebo.

E8 : « Après je prends encore l'hypochondriaque, qui est dans une réalité différente, c'est plus difficile de raisonner, est-ce que le médecin ment quand il prescrit en disant tiens prenez ça, ça va être efficace, il lui ment pas non plus. »

E4 : « Euh, je trouve que ce serait un mensonge mais enfin il fait avec les gens qu'il a devant lui. »

- Dans deux entretiens, on retrouvait la notion que certains patients, autres que soi-même, préféreraient que le médecin ne soit pas complètement honnête.

E1 : « Maintenant le patient n'aime pas forcément toujours que le médecin soit honnête, parce qu'ils aiment bien être cocoonés. »

- Une des répondantes pensait qu'il n'existait pas de mensonge en cas d'avis éclairé du patient

E 8 : « L'essentiel c'est quand même de donner à penser, et quand on a un avis éclairé, il n'y a pas de mensonge. »

3.6.3 Le placebo serait éthique uniquement sous conditions ?

Pour quelques patients, le placebo impur ne serait pas éthique. Plusieurs explications étaient avancées pour illustrer cette position.

Le placebo impur pouvait être considéré comme une tromperie pour exploiter la naïveté des gens, et encourager le réflexe symptôme médicament.

E9 : « On est convaincus qu'un médicament comme ça, ça peut nous soulager, et ben on essaie mais bon finalement ça sert à rien hein, c'est juste pour l'argent. »

E13 : « Si ça rend les gens un peu addicts aux médicaments là ça me dérange un peu. »

Une patiente décrivait le placebo impur comme déontologiquement discutable mais parfois utile. Mais la majorité des patients décrivait une démarche respectant l'éthique, sous conditions.

Le médecin doit être convaincu de l'efficacité du traitement proposé.

E 5 : « Donc si les études montrent que le médicament est pas efficace, ou peu efficace, ça veut dire pour moi le médecin il est au courant et ce serait une perte de temps de le prescrire alors qu'il n'est pas efficace. »

Pour trois patients, la démarche était éthique s'il existait un bénéfice potentiel pour le patient.

E8 : « Si le médecin pense que ça va avoir un effet positif malgré le peu de retours positifs qu'il y a sur le médicament ou la substance, et que le patient croit que ça va avoir un effet positif, ben c'est bien c'est pas un mensonge. »

D'autres patients estimaient le principe du placebo impur éthique seulement s'il ne présentait pas de danger potentiel pour la santé.

3.6.4 Le remboursement, source d'incertitudes

Pour la majorité des patients il existait une corrélation entre l'efficacité théorique et le remboursement. Le remboursement était sous-tendu par l'existence d'un principe actif efficace.

E5 : « S'il faut des médicaments il faut qu'ils soient efficaces, ils sont remboursés parce qu'ils sont efficaces. »

Certains estimaient qu'un médicament inefficace ne devrait pas être remboursé, voir même prescrit ou disponible.

E3 : « Ah ben à la rigueur il ne faudrait pas les vendre. Ça devrait être interdit, si c'est pas efficace on le vend pas. »

Quatre patients évoquaient le critère économique et pensaient que le remboursement de molécules inefficaces participait à creuser le déficit de la sécurité sociale.

E 13 : « Parce que c'est pas anodin, ça coûte de l'argent à la sécurité sociale et au patient éventuellement, et peut être un peu plus de sobriété ce serait bénéfique. »

Pour cette majorité de patients, le déremboursement des placebos impurs était donc logique.

Pour un patient, le médecin devait donner lui-même l'information sur le remboursement du médicament lors de sa prescription.

Il coexistait également des sentiments négatifs à propos du déremboursement. Quelques-uns pensaient que le déremboursement était trop massif. Un patient trouvait même ces vagues de déremboursement suspectes.

E6 : « Mais pourquoi des médicaments qui ont toujours été remboursés on les dérembourse et qu'on remet ça en question, après tant d'années ça me paraît un peu bizarre quand même ? »

D'autres trouvaient discutable un déremboursement s'il existait un bénéfice potentiel.

E4 : « Ben il y a eu des médicaments qui ont été déremboursés, par exemple dans la maladie d'Alzheimer, je pense qu'il faut être un peu circonspect parce

que s'il y a vraiment un résultat, c'est comme l'homéopathie, on veut nous dérembourser, enfin je sais pas, parce qu'il y a beaucoup de médecins qui n'y croient pas. »

Enfin, plusieurs patients pointaient le déremboursement des placebos impurs comme creusant les inégalités.

E6 : « Mais éthiquement ça peut poser des problèmes parce qu'on arrive à une médecine à deux vitesses, comme pour d'autres choses actuellement. Donc pour des gens qui n'ont pas forcément les moyens et d'autres oui... ça peut être un problème. »

3.7 Les alternatives au placebo impur

3.7.1 Soigner sans médicament

Les patients interrogés disaient ne pas attendre systématiquement de traitement dans les situations de prescription de placebos impurs. Un seul patient n'était pas d'accord avec la non-prescription (E7). Un autre décrivait des consultations itératives s'il n'y avait pas de prescription médicamenteuse initiale.

A nouveau, certaines conditions semblaient nécessaires à l'absence de prescription. Elle était acceptable si le médecin la justifiait, et surtout si les symptômes étaient considérés comme bénins.

E9 : « Euh oui mais ça dépend aussi comment je me sens moi, si j'ai un souci grave, je n'arrive pas à respirer je tousse tout le temps et que ça va pas, ça fait aussi un peu peur quand on se sent pas bien, ça dépend là j'insisterai peut-être. »

Plusieurs patients trouvaient même la non-prescription rassurante, car elle consolidait le caractère bénin des troubles.

3.7.2 D'autres voies avant la prescription

En situation de prescription classique de placebos impurs, les personnes interrogées rapportaient une automédication prudente.

E10 : « Oui, une forme d'automédication. Pour petits bobos pas trop graves. »

La prévention et l'hygiène de vie étaient plus importants que les médicaments dans ces situations.

E6 : « Alors le repos naturellement, et puis les vitamines mais pas forcément que les vitamines, des compléments, et naturel des fruits, ou manger sainement quoi. »

Souvent évoquées par les patients, les mesures symptomatiques étaient préférées à une prescription.

E3 : « En fait moi ce serait plus voilà je veux dire mes enfants c'est, je crois plus en, on met du Physiomer pour désencombrer le nez, voilà ça... »

Enfin pour quelques personnes, des examens complémentaires semblaient plus importants, ou au moins préalables à une prescription médicamenteuse

E5 : « Alors pour moi si vous êtes malade, vous allez faire des examens ou je ne sais quoi la biologie... »

3.7.3 Les médecines alternatives et complémentaires

Les Médecines alternatives et complémentaires (MAC) étaient citées par de nombreux patients comme une alternative aux placebos impurs. Une patiente soulignait que le patient devait y être ouvert, ou y croire.

L'appel à la nature ou à l'ancienneté des pratiques était fréquent.

E4 : « Ah ben je crois qu'on est revenu un peu là-dessus, moi je préfèrerais le radis noir avec du sucre vous voyez. Plus naturel. »

E1 : « ...mais ils utilisent dedans c'est tellement de cochonneries on me dit que c'est pas forcément bon, que je préfère fonctionner à l'ancienne. »

Les médecines « parallèles » étaient également largement évoquées. L'homéopathie, les huiles essentielles, les plantes, la naturopathie ainsi que l'ostéopathie trouvaient ici leur place comme alternative à un médicament.

E4 : « Par exemple j'ai de l'eau de mer pour le nez, et depuis quelques années j'utilise beaucoup d'huiles essentielles et de l'homéopathie aussi. »

E8 : « Mais un médecin naturopathe pourrait faire une prescription un peu similaire, symptomatique dans le cadre d'une grippe. »

3.7.4 Le médecin plus que le médicament ?

L'examen clinique et la pose d'un diagnostic étaient une étape importante de la consultation.

Une des attentes les plus importantes des patients concernait les conseils et les explications. Ces conseils étaient vus comme une alternative à la prescription, et les explications rassuraient.

E10 : « ...et des conseils. Mais pas les médicaments à tout prix. »

E11 : « c'est important que le médecin puisse trouver les différentes pistes et solutions, et après c'est aussi la pédagogie qu'il doit avoir en disant « vous avez tel symptôme », expliquer les raisons possibles. »

Le médecin devait également réévaluer les symptômes, même s'il y avait eu une prescription de traitement symptomatique.

Enfin l'accompagnement et la parole du médecin étaient parfois vus comme plus importants que la prescription d'un éventuel traitement.

E8 : « Donc je pense que la prise en charge plus que l'effet des médicaments contribue plus à l'effet placebo que le médicament lui-même. »

3.8 La relation médecin malade avant tout

Tout au long des situations de prescription relatées ou imaginées au cours des entretiens, l'importance de la relation médecin malade était mise en exergue par les répondants.

Pour ces patients, la relation était très bonne, et elle était décrite comme une relation de confiance.

E13 : « Oui, du coup là j'ai un médecin qui me suit, et c'est agréable d'avoir un médecin qui fait du suivi, et avec lequel on a une bonne relation et en qui on a confiance. »

Cette confiance l'emportait souvent sur les à priori du patient à propos des médicaments. Elle était donc primordiale dans l'acceptation du traitement.

E7 : « Ah oui oui, moi je suis partant pour tout, je fais confiance à mon médecin, je le connais depuis longtemps. La relation est très bonne. »

E10 : « Ben j'aurais tendance à en prendre parce que justement c'est mon médecin qui me l'a prescrit. »

Même si la relation pouvait être asymétrique par nature, la majorité des patients étaient demandeurs d'une décision médicale partagée. La discussion était importante, et une de des qualités du médecin était sa capacité à trouver des compromis avec les patients dans le cadre de la prescription de traitements non validés.

E2 : « Oui alors je reviendrais sur l'idée que pour les médecins il faut jongler avec ça. »

L'effet médecin était donc bien décrit par les patients. Celui-ci participait à les rassurer, et sa place dans la démarche de soin prenait le pas sur la nature des traitements prescrits.

E5 : « Par exemple le malade qui va chez le médecin, dès l'entretien avec le médecin le malade se sent mieux. »

Pour paraphraser une des patientes, le médecin était un « accompagnateur de l'auto-guérison ».

E8 : « Et le corps et l'humain ont déjà pas mal de ressources, et il suffit parfois d'accompagner sur cela et le médicament en ça va être un accompagnateur, qu'il soit actif ou pas, validé ou placebo quoi. »

Figure 1 : Modélisation



4. DISCUSSION

1. Discussion des principaux résultats

1.1 Du placebo au placebo impur

Le fonctionnement psychique du placebo.

Les représentations des patients de l'effet placebo et du médicament placebo semblaient centrées sur un fonctionnement psychique. La condition d'ignorance de prise et le fait de devoir croire à l'effet d'un médicament pour qu'il fonctionne consolidaient l'effet placebo. Ce résultat est en accord avec des études précédentes où les patients pensaient les placebos efficaces dans les pathologies où la psychologie joue un rôle important, et décrivaient un effet majoritairement psychologique (39,40).

En théorie, le placebo est un placebo pur pour les patients.

L'absence de principe actif définissait le placebo. Il était vu comme une substance pouvant présenter un bénéfice pour le patient. Contrairement à une étude antérieure (43), les patients interrogés dans notre étude, sauf un, n'associaient pas forcément le placebo à des sentiments négatifs.

Les patients définissaient donc un placebo comme un placebo pur, résultat concordant avec ceux de l'étude de Tandjug et al. (40).

En pratique, la frontière entre placebos et médicaments est plus floue... place du placebo impur ?

Les représentations des placebos impurs étaient variées. Ils étaient globalement associés à des médicaments de confort, peu remboursés, plutôt prescrits pour des pathologies bénignes. Ils comprenaient l'homéopathie et certaines médecines alternatives. Ils étaient perçus comme peu efficaces mais potentiellement utiles. Ces caractéristiques correspondaient à la définition communément admise des placebos impurs (4).

Les représentations de l'efficacité des placebos impurs étaient variables et semblaient dépendre de plusieurs facteurs. Une certaine routine d'utilisation dans la population générale (exemple des « cures » de vitamines), les expériences personnelles ou collectives des patients, et les influences extérieures (médiatiques, commerciales et

médicales) façonnaient leur vision de l'efficacité des placebos impurs. Ce spectre d'efficacité était donc large et semblait être considéré comme personnel.

L'effet placebo des placebos impurs les rapprocherait des placebos... tandis que leurs effets secondaires les rapprocheraient des vrais médicaments.

Les placebos impurs n'étaient pas considérés comme des placebos, mais pouvaient fonctionner par le biais de l'effet placebo, pour conduire à un bénéfice clinique. L'homéopathie était source de doutes, et était considérée comme un pur placebo par certains. La médiatisation récente de l'homéopathie et de son efficacité controversée expliquerait son rapprochement avec le placebo pur.

La distinction entre le placebo impur et le « vrai médicament » était plus difficile. Les placebos impurs étaient parfois vus comme des traitements « légers et sans danger ». Mais souvent les placebos impurs pouvaient comporter effets indésirables et interactions médicamenteuses qui les rapprochaient des médicaments « chimiques », lesquels présentaient des risques potentiels. Lussier et Richard ont décrit cette ambivalence et cette « opposition entre le naturel et le chimique » (44). Dans notre étude, elle semblait s'appliquer aux représentations des patients à propos de certains placebos impurs.

Au-delà des termes, une recherche pragmatique d'efficacité.

Les termes placebo, placebo impur et médicament n'étaient pas stables. C'est l'efficacité d'un traitement qui importait au patient. Si l'efficacité était douteuse, l'absence d'effets secondaires était nécessaire.

Ces représentations semblaient évoluer lorsque les patients se mettaient à la place des « autres ». L'efficacité, l'utilité et même le type de placebos impurs évoqués dépendaient de chaque personne. Lorsque le patient essayait de parler au nom « d'autres patients » plus naïfs, plus exigeants, le placebo impur semblait alors plus efficace, plus demandé et la prescription nécessaire au médecin pour « contenter » son patient.

La confusion sur le terme placebo impur est aussi présente chez les médecins.

Dans la littérature, le « concept de placebo impur » semble source de confusions chez les praticiens (25,45,46). Dans une revue d'études sur les prescriptions de médecins, on retrouvait cette confusion entre les termes de placebos, placebos purs et impurs.

Le terme placebo impur était défini de façon variable et représentait « un groupe ambigu de traitements divers qui ne sont pas toujours inefficaces ». Le terme était qualifié d'« inutile et potentiellement néfaste » (47). Ce débat à propos de la terminologie n'est pas tranché et a fait l'objet de plusieurs articles. Dans leur méta-analyse, Linde et al. employaient le terme de « thérapies non-spécifiques » (30) pour qualifier les placebos impurs.

Des problèmes de terminologie.

L'absence de stabilité des termes complique la discussion entre praticiens et avec nos patients. Cette zone grise terminologique a plusieurs causes selon nous :

- Un inconfort à parler librement des médicaments disponibles sur le marché mais non ou peu efficaces.
- Une incertitude déontologique concernant les modalités d'utilisation de l'effet placebo en situation de soin.
- La fiabilité incertaine de certains traitements.
- La complexité à distinguer expérience individuelle d'un traitement (expérience du patient ou du médecin) et validité d'un traitement.
- Une connotation négative du terme placebo souvent décrite dans la littérature (non retrouvée dans notre étude).

Dans notre étude, le terme « placebo impur » n'était pas directement utilisé pour éviter cette confusion. Les exemples et situations cliniques avec prescription de traitements non validés étaient utilisés pour cerner le sujet avec le patient. Il est cependant possible que certains aient été influencés par les questions sur les placebos posées en début d'entretien. Ceci a pu conduire les patients à plus facilement associer les traitements non validés à un fonctionnement placebo.

1.2 Conditions de prescription et d'acceptation du placebo impur

1.2.1 La prescription de placebos impurs

Les autres patients sont plus demandeurs de placebos impurs.

La prescription était vue comme répondant à une demande du patient. Cette demande dépendait de ses attentes personnelles. La majorité des patients interrogés ne se considéraient pas eux-mêmes comme demandeurs de placebos impurs. La demande

était associée principalement à certains profils de patients. Ceux-ci étaient décrits comme « hypochondriaques » ou naïfs, mais également de façon plus neutre comme ayant besoin d'un médicament. Ce résultat peut être mis en parallèle avec une étude retrouvant que les patients attribuaient l'effet placebo à des traits de personnalité (48). D'autres études montrent que cette croyance des patients est erronée. La croyance selon laquelle le placebo ne fonctionnerait que sur les autres était déjà décrite par Howick (49) : *« beaucoup s'imaginent qu'ils ne fonctionnent que pour les autres, des individus naïfs, crédules et ignorants, disent-ils, mais pas pour eux, des êtres rationnels et intelligents qui ne se laissent bernier par personne »*.

Dans notre travail, cette distinction dans les attentes pourrait être expliquée par le fait que les patients ne consultaient pas systématiquement leur médecin pour des problèmes bénins qu'ils semblaient maîtriser. Une étude en 2011 montrait que seulement 26 % des patients français consultaient immédiatement leur médecin lorsqu'ils étaient malades (50). Dans notre étude, les patients consultant moins se considéraient ainsi probablement moins demandeurs de placebos impurs. Ce phénomène pourrait révéler un biais d'échantillonnage de notre étude.

Le rôle du médecin dans la prescription.

La prescription du médecin devait répondre à un objectif de soulagement et de réassurance du patient. Cet objectif de soins pouvait éventuellement être suscité par effet placebo de manière délibérée. La prescription d'un placebo impur pour faire plaisir au patient ou se sortir d'une situation difficile était jugée plus négativement. Prescrire pour complaire ou prescrire en cas de situation de soins difficile sont des raisons majeures déjà décrites pour prescrire des placebos impurs (4). Les patients nous suggèrent donc qu'ils attendent du médecin une démarche soignante plutôt qu'une prescription par défaut pour « se débarrasser du patient ».

Lorsque les patients décrivaient les conditions devant accompagner la prescription d'un placebo impur, ils soulignaient la nécessaire conviction du médecin dans le traitement, son comportement et son attitude rassurante. On retrouvait donc les composantes du remède médecin décrit par Balint (16) : rassurer, conseiller. L'efficacité de l'effet médecin en soins primaires a été démontré sur le plan thérapeutique. L'effet médecin *« repose sur une attitude émotionnelle d'attention, d'empathie, de réassurance positive et des capacités à suggérer des changements*

comportementaux et psychoaffectifs chez le patient par une incitation à poser des questions, à exprimer des émotions, une prise en compte des attentes, des représentations et croyances » (15).

1.2.2 Des alternatives à la prescription

Les patients accessibles à la non-prescription.

Les patients déclaraient ne pas attendre systématiquement de médicaments, quand les symptômes étaient bénins et que la situation le permettait. La non-prescription était acceptable et même considérée comme rassurante sous certains aspects, car elle consolidait le caractère bénin des troubles et évitait au patient la prise d'un médicament chimique. Les Français sont considérés comme majoritairement demandeurs de médicaments (41). Cependant plusieurs travaux montrent qu'ils sont ambivalents dans leurs attentes ; sous conditions, la non-prescription serait acceptable (19,51), ce qui correspond à nos résultats.

Pour éviter des médicaments... d'autres placebos impurs ?

Si elles étaient parfois citées comme des placebos impurs, les Médecines alternatives et complémentaires (MAC) étaient aussi considérées comme une alternative à la prescription. Le discours opposant le naturel au chimique était de nouveau retrouvé chez les participants. L'homéopathie était en bonne place lors du recours aux MAC. L'attrait des patients pour les MAC est connu. Quarante pour cent des patients français les utiliseraient selon un raisonnement de traitement plus naturel (52). Les examens complémentaires étaient aussi considérés dans notre étude comme une alternative à la prescription de placebos impurs. Certaines définitions des placebos impurs incluent « les examens complémentaires non essentiels (sanguins ou radiologiques) » (4). Les patients citaient donc souvent comme alternative à leur prescription des traitements ou interventions considérés comme des placebos impurs, qu'ils acceptaient ou proposaient volontiers. Les représentations des placebos impurs sont variées et les examens complémentaires pourraient soit être considérés comme placebos impurs soit comme alternatives à une prescription médicamenteuse .

L'effet médecin comme alternative.

Le médecin est aussi l'objet d'attentes spécifiques remplissant les conditions d'une consultation sans ordonnance. Le diagnostic, les conseils et les explications, et plus

globalement l'effet médecin étaient considérés comme primordiaux dans un contexte de prescription. L'importance de la relation médecin malade dans le cadre d'une alternative à la prescription est un élément retrouvé dans la littérature (19).

1.2.3 L'acceptation : science, efficacité personnelle et bénéfice

Le désir de réparation.

L'acceptation d'un placebo impur était conditionnée à un bénéfice final. Ce bénéfice pouvait être espéré en cas de souffrance du patient ou d'inquiétude. Les représentations de son état de santé pouvaient également faire accepter un placebo impur, pour éviter une aggravation ou raccourcir l'évolution d'une maladie ou d'un symptôme. Une logique de réparation type « un symptôme = un médicament » est retrouvée avec les placebos impurs conformément à la littérature, notamment dans la prise en charge des affections transitoires bénignes par les médecins (53). Pour les patients de notre étude, le placebo impur semblait atténuer cette logique de réparation médicamenteuse, en évitant au patient la prise de médicaments considérés comme plus « chimiques ». Selon cette idée « naturel vs chimique », les patients distinguaient les placebos impurs des médicaments classiques. Pour certains patients, la prescription d'un placebo impur serait donc une non-prescription médicamenteuse ou une alternative à la prescription.

La confiance dans le médecin comme facilitateur de l'acceptation.

La confiance dans le médecin pour la prise d'un placebo impur était exprimée par tous les patients. Selon un travail de thèse, les patients faisaient entièrement confiance à leur médecin pour la prescription médicamenteuse, ce qui est similaire à nos résultats (54). Cette confiance leur permettait de se déclarer potentiellement ouverts à la prise d'un placebo impur, même si leur conviction n'était pas certaine. Cette acceptation potentielle était également retrouvée à propos de la prescription de placebos purs (40).

Deux logiques de représentations de l'efficacité.

L'acceptation des placebos impurs était étroitement liée à la notion d'efficacité. Deux logiques coexistaient.

- D'une part, une sensibilité théorique aux preuves, que l'on pourrait qualifier de positiviste. Certains patients étaient réticents à accepter des traitements non

validés scientifiquement. Un mécanisme logique de fonctionnement ou une justification de la prescription étaient souhaités. Les ECR étaient spontanément évoqués pour souligner l'importance de la parole scientifique. La notion de preuves scientifiques pour les placebos impurs était toutefois source d'incertitudes. Leur efficacité était considérée comme difficile à prouver ; l'homéopathie était souvent citée.

- D'autre part, dans une logique plus pragmatique, les patients attendaient une efficacité personnelle des traitements proposés. L'importance du résultat et du bénéfice pour le patient était la plus verbalisée par rapport à l'efficacité théorique. Cette efficacité personnelle était considérée comme variable selon les profils de patients, leurs attentes et leurs expériences personnelles. L'efficacité personnelle primait pour les patients sur les preuves scientifiques.

Ces deux logiques coexistantes parfois opposées de la représentation de l'efficacité d'un traitement interpellent la médecine fondée sur les preuves ou EBM. La démarche EBM, terme apparu en 1992 (55), reste peu médiatisée auprès du grand public. Dans notre travail, les patients nous fournissent des pistes de réflexion. Pour Boussageon, « la médecine soignante doit définir une thérapeutique par l'efficacité individuelle, quelle que soit l'explication » ; « une EBM restrictive ampute de thérapeutiques potentiellement utiles » (35). La notion d'efficacité personnelle nous suggère que les patients attendent une médecine soignante. Cette médecine soignante ne ferait pas fi des preuves scientifiques, intégrerait les risques iatrogènes, mais admettrait aussi le potentiel effet placebo des traitements.

1.2.4 Considérations éthiques

Des acteurs sous influence.

Les influences extérieures à la relation médecin patient étaient globalement perçues comme néfastes. L'industrie du médicament n'inspirait pas confiance à la majorité des patients, contrairement à leur médecin, qui pouvait être trompé par les laboratoires. Cette défiance est connue de longue date et ne cesse de croître. Un rapport IPSOS en 2019 estimait que seuls 52% des Français faisaient confiance au secteur du médicament (56). Dans notre étude, les scandales pharmaceutiques et l'incitation à la surconsommation de médicaments contribuaient à la méfiance. La publicité et les

médias étaient globalement perçus comme peu fiables, avec une pondération pour les médias « autonomes », ou « alternatifs ». Ce résultat est également cohérent avec les données IPSOS : seulement 15 à 40 % des Français feraient confiance aux médias, quand 60 % feraient confiance aux lanceurs d'alerte (56). Les patients avaient donc une mauvaise image des placebos impurs en raison de ces influences et s'en remettaient à leur médecin pour les conseiller. Ce constat s'appliquait en majorité aux placebos impurs prenant la forme d'un médicament, car associé aux industries pharmaceutiques. Les MAC et étonnamment l'homéopathie bénéficiaient d'une opinion plus favorable quant aux influences industrielles.

Un déremboursement mal compris.

Les influences industrielles entraînaient également une incertitude sur le remboursement des placebos impurs. D'un côté, l'argument scientifique légitimait le déremboursement. D'un autre, les patients craignaient une « médecine à deux vitesses » creusant les inégalités, et évoquaient à nouveau l'efficacité potentielle personnelle. En 2008, après les vagues de déremboursement, plus de 80% des patients et des médecins évoquaient l'objectif économique comme raison principale du déremboursement (57). L'opposition décrite précédemment entre une logique scientifique et pragmatique, impactait l'avis des patients sur les déremboursements. La notion de bénéfice individuel nuançait à nouveau les considérations scientifiques et économiques.

Peut-on éthiquement mentir ?

Les patients de l'étude attendaient une information de la part des médecins sur l'efficacité des traitements prescrits. La question d'un mensonge du médecin restait en suspens. Il a été montré que les patients demandent la transparence et l'honnêteté de la part du médecin (39), et trouvent globalement acceptables de recommander des placebos. A l'inverse, il a aussi été retrouvé que la majorité des patients toléreraient le manque d'informations éclairées et le mensonge de leur médecin (48). Dans l'étude d'Howick, seulement 8 % des médecins informaient le patient qu'ils prescrivaient un placebo (4). La prescription de placebos impurs n'était pas vue comme un réel mensonge de la part du médecin, mais les patients de l'étude mettaient des conditions. Le médecin pouvait éventuellement mentir en fonction des patients se trouvant en face de lui, en modulant son discours. Une nouvelle fois, cette concession s'appliquait plutôt

aux autres patients. Il pouvait s'agir d'un patient difficile, décrit comme « hypocondriaque », ou un patient très demandeur de médicaments pour traiter un symptôme. Il pouvait aussi s'agir d'un patient plus susceptible de répondre à tel ou tel type de placebo impur ou d'un patient préférant peut-être que son médecin ne soit pas totalement honnête. Rappelons que plusieurs patients estimaient qu'un effet placebo ne pouvait être obtenu que si le patient ignorait sa nature. Il ressortait donc des entretiens une ambivalence des patients concernant le mensonge. Cette ambivalence était retrouvée dans l'étude suisse à propos des placebos (40), où la majorité des répondants craignaient de perdre le bénéfice d'un placebo s'ils en étaient informés. Cependant, comme le montrent des travaux récents, notamment les travaux de Kaptchuk, le fait de savoir que l'on prend un placebo ne semblerait pas annuler son effet (58,59).

L'efficacité individuelle pourrait justifier le mensonge ?

Dans la littérature médicale, l'aspect éthique de la prescription de placebos purs ou impurs n'est pas tranché car il pose une problématique complexe. Il interfère avec le principe d'information éclairée du patient, mais peut apporter un bénéfice au malade. Par exemple, 84 % des médecins anglais jugeaient les placebos éthiquement acceptable, mais 82 % les jugeaient inacceptables s'ils impliquaient un mensonge (4). Un autre article considérait également que le placebo pouvait être éthiquement acceptable sous conditions (36). Dans notre travail, deux conceptions coexistaient sans s'exclure mutuellement. Le placebo impur pouvait être vu comme une tromperie en exploitant la naïveté des personnes, et en encourageant la demande. Mais la prescription d'un placebo impur pouvait être éthique si elle apportait un résultat et un bénéfice au patient.

L'administration ouverte pour concilier éthique et bénéfice.

En ce sens, des travaux récents ouvrent la voie à une administration ouverte de placebos ou de thérapeutiques non spécifiques comme les placebos impurs. Dans l'étude de Kaptchuk (58), les placebos purs étaient décrits aux patients comme « des pilules de placebo composées d'une substance inerte, comme des pilules de sucre, dont les études ont démontré l'efficacité pour réduire significativement les symptômes du syndrome du côlon irritable grâce à un processus d'auto-guérison corps-esprit ». A notre avis, l'administration ouverte de placebos impurs impliquerait d'informer le

patient qu'un médicament lui est proposé, contenant un principe actif dont l'efficacité propre n'est pas démontrée dans la pathologie dont il souffre, mais qui comporte un effet placebo pouvant permettre d'améliorer ou de soulager ses symptômes. Cependant, les patients évoquaient la crainte de « perdre » les bénéfices d'un traitement s'ils sont informés de sa nature placebo. Il semble donc pertinent de se demander si les patients sont prêts à recevoir un placebo impur de façon tout à fait transparente, comme le montrent les études récentes.

1.2.5 La relation médecin malade au cœur du processus

Balint supposait que les patients répondraient mieux aux traitements, qu'ils soient placebos ou classiques, dans le cadre d'une relation médecin malade de qualité (16). Ceci tend à être confirmé par des études récentes (60).

Dans notre travail, la qualité de la relation médecin malade était déterminante à chaque étape, des représentations aux attentes de prescription et à l'acceptation des placebos impurs. Le médecin était un interlocuteur de confiance, présentant des caractéristiques d'adaptation à chaque malade, un médecin sur mesure. Les prescriptions étaient justifiées par l'attente d'un bénéfice pour le patient, incluant l'effet placebo. Le médecin était l'initiateur d'une décision médicale partagée avec son patient en faisant preuve d'honnêteté et en montrant sa capacité à négocier. Le médecin devrait être ouvert à toute thérapeutique potentiellement utile au patient, patient unique avec ses expériences et attentes singulières. Mais le médecin devrait en même temps être le garant d'une démarche scientifique, condition pour légitimer socialement son droit à soigner.

Par la confiance accordée au médecin, une bonne relation de soins permettait la consolidation ou la transformation des représentations du patient en acceptation du traitement pour aller vers le soulagement de ses maux et un bénéfice. Nous pensons que ce processus constitue une expérience de soins positive, qui viendra influencer les représentations et les attentes des patients lors de ses prochaines expériences avec des placebos impurs. En quelque sorte, le médecin et son patient créeraient ensemble les conditions nécessaires à l'optimisation de l'effet placebo.

Ces résultats peuvent être comparés avec ceux de la littérature concernant la non-prescription médicamenteuse. Deleplanque et al. retrouvaient qu'une consultation sans prescription médicamenteuse était « possible pour les patients et les médecins

tant qu'elle s'intègre dans une bonne relation médecin malade » (19). Dans l'étude suisse déjà citée, les patients estimaient que « la confiance entre le médecin généraliste et son patient est un élément essentiel de l'acceptation d'une thérapeutique placebo, et qu'une communication appropriée pourrait encore en améliorer l'acceptation » (40).

2. Forces et limites de l'étude

Notre étude utilisait la méthodologie qualitative. En médecine, elle est utilisée pour appréhender les problématiques de soins par l'aspect des représentations et attentes des différents intervenants. Elle apporte une compréhension sur des critères subjectifs, difficilement mesurables en analyse quantitative (61). Elle est également utilisée dans des domaines de recherche où les connaissances sont encore peu étoffées, afin de réaliser des études préliminaires.

La méthode d'analyse par théorisation ancrée permet de construire une théorie ancrée dans les données empiriques. Il s'agit d'une « démarche itérative de théorisation progressive d'un phénomène » (62). Cette démarche était donc adaptée à notre objectif de recherche.

Il s'agissait à notre connaissance de la première étude explorant les représentations et les attentes des patients français à propos du concept spécifique de placebos impurs. L'étude de Tandjung et al. explorait les perspectives des patients suisses à propos de la prescription de « placebos » en soins primaires (40).

Un biais de sélection pouvait être présent, car les patients participaient aux entretiens sur la base du volontariat. Durant la crise sanitaire, un recrutement de proximité et par effet boule de neige a pu contribuer à l'homogénéisation socio-culturelle et d'âge des patients inclus (E10, 11, 12, 13).

L'échantillon choisi n'étant pas représentatif de la population générale, il ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la population. Ce biais est inhérent à la recherche qualitative (63). Le recrutement des patients a permis de varier les catégories d'âge et socio-professionnelles afin de se rapprocher d'un échantillonnage théorique. Par ce moyen, le chercheur recueillait les données auprès de différents profils de patients, afin de vérifier ses hypothèses tout au long de l'analyse (64). Ce

processus permettait la conduite de la comparaison constante, indispensable au processus d'analyse.

Un des éléments importants était la mise en situation des personnes interrogées par rapport au concept de placebo impur. Cette terminologie faisait débat au sein même des médecins. Cinquante pour cent des MG n'ont pas connaissance de l'utilisation des placebos impurs (31). Nous avons donc choisi de soumettre des situations cliniques aux patients afin de les amener à parler des placebos impurs. Ces situations étaient complémentaires des questions ouvertes, et leur utilisation était adaptée à chaque patient et a évolué tout au long du processus de recueil parallèlement aux adaptations du guide d'entretien (Annexes 2 et 3).

Lors des entretiens individuels, le chercheur s'efforçait de respecter les principes de l'entretien semi-directif. Il s'attachait à poser des questions ouvertes, et à utiliser des relances adaptées ainsi que la reformulation, sans influencer les réponses des participants. Cependant, durant les entretiens, il pouvait exister un biais de confirmation dû à la manière de conduire l'entretien de la part du chercheur. Des réponses ont donc pu être suggérées involontairement.

La moitié des entretiens ont été réalisés par téléphone pendant la crise sanitaire de la Covid-19. Ce mode de réalisation des entretiens a pu atténuer la spontanéité des réponses des interviewés et altérer la communication, en particulier non verbale. Un biais d'investigation a pu être présent, relatif à l'inexpérience du chercheur en recherche qualitative.

Il pouvait exister un biais d'interprétation, dû à la subjectivité du chercheur lors de l'analyse des données, ses propres opinions ayant pu influencer l'analyse. L'analyse croisée par la triangulation des données, réalisée par le chercheur et son directeur de thèse en parallèle, limitait ce biais et garantissait la validité interne de l'étude.

La poursuite des entretiens jusqu'à saturation théorique des données permettait de renforcer la validité externe de l'étude.

3. Perspectives

Perspective de santé publique : améliorer la littératie des patients

Il nous paraît important que la population soit sensibilisée à la manière dont fonctionne la production de connaissances scientifiques en médecine. L'on pourrait imaginer un début de réflexion sociétale à propos de notre rapport aux soins et au médicament, en y intégrant les notions de preuves scientifiques et d'essais cliniques. Des connaissances et des concepts communs nous permettraient d'échanger plus efficacement avec nos patients au sujet des thérapeutiques d'efficacité non démontrée. De plus, il a été montré qu'un faible niveau de littératie en santé des patients impacte négativement de nombreux facteurs, tels que la prévention, l'observance thérapeutique et la prise des médicaments (65).

Perspective pédagogique : promouvoir la médecine soignante

Cette sensibilisation ne pourrait se faire qu'en prenant en compte la notion d'efficacité individuelle, primordiale pour le patient. Une médecine soignante, assumant l'effet placebo au sein de l'EBM, associant les patients aux décisions, pourrait réconcilier les patients avec la médecine « conventionnelle ». Une médecine technique et déshumanisée ne peut être qu'austère et ne peut contenter les patients, qui se tournent vers des thérapeutiques non scientifiques, avec leurs dérives économiques et risques propres. Rappelons qu'en 2016, 40 % des signalements reçus par la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES) concernaient le domaine de la santé (66).

Perspectives de recherche : administration ouverte de placebos

L'administration ouverte de placebos impurs chez les patients pourrait aussi être explorée par des études ultérieures afin d'en préciser les freins chez les patients, et d'en tester les modalités dans nos consultations. On pourrait imaginer, en s'inspirant de l'étude de Kaptchuk, un protocole d'administration ouverte de placebos impurs, en les présentant de la manière la plus honnête possible.

7. CONCLUSION

Ce travail a mis en évidence chez les patients des représentations variées des placebos impurs, à la frontière entre placebos purs et traitements conventionnels. Les connaissances au sujet des placebos impurs étaient peu précises, et les termes instables.

Les représentations de l'efficacité des placebos impurs étaient hétérogènes. L'efficacité des placebos impurs était propre à chacun. Elle dépendait des expériences personnelles ou collectives des patients (famille, amis, enfants) et des influences extérieures.

Selon les patients, le médecin peut prescrire ces traitements pour un bénéfice au malade, en optimisant l'effet médecin et en utilisant éventuellement l'effet placebo, sous réserve de l'absence de risques. Les alternatives à la prescription de placebos impurs sont aussi possibles, qu'il s'agisse de non-prescription ou d'autres thérapeutiques non considérées comme des placebos impurs.

L'attente principale des patients était l'efficacité personnelle, pour obtenir le soulagement et la guérison. La démarche pragmatique primait, mais ne s'affranchissait pas d'une validité scientifique, dont le médecin était le garant.

L'acceptation des placebos impurs dépendait de la qualité de la relation médecin malade. La confiance dans le médecin contrebalançait d'éventuelles influences négatives. La prescription de placebos impurs était éthique sous conditions d'honnêteté du médecin et d'absence de risques.

Une relation médecin malade optimisée pourrait permettre l'administration occasionnelle et ouverte de placebos impurs, conciliant déontologie et soulagement des patients.

La réflexion sur une Evidence Based Médecine optimisée intégrant l'effet placebo pour le bénéfice des malades est à poursuivre entre professionnels de santé et patients.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Motherby G. A New Medical Dictionary. 3^e édition.; 1791.
2. Pluvinage R. Les placebos. Paris: Sem Hop ; 1958.
3. Rouy JL. Suggestion, placebo et mensonge. *Exercer* 2008;82:87-90.
4. Howick J, Bishop FL, Heneghan C, Wolstenholme J, Stevens S, Hobbs FDR, et al. Placebo use in the United kingdom: results from a national survey of primary care practitioners. *PloS One* 2013;8(3):e58247.
5. Pichetti S, Sermet C. Le déremboursement des médicaments en France entre 2002 et 2010 : éléments d'évaluation. *Questions d'économie de la santé* 2002;167 :1-8.
6. Pichot P. A propos de l'effet placebo. *Revue Med Psychosom* 1961;(3):37-40.
7. Beecher HK. The powerfull Placebo. *J Am Med Assoc* 1955;159(17):1602-6.
8. Kienle GS, Kiene H. The Powerful Placebo Effect: Fact or Fiction? *J Clin Epidemiol* 1997;50(12):1311-8.
9. Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Placebo interventions for all clinical conditions. *Cochrane Database Syst Rev* [En ligne] 2004 [consulté le 5 juill 2020];(2). Disponible sur : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003974.pub2/abstract?>
10. Howick J, Friedemann C, Tsakok M, Watson R, Tsakok T, Thomas J, et al. Are Treatments More Effective than Placebos? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Manchikanti L. PLoS ONE* 2013;8(5):e62599.
11. Aulas J. L'effet placebo et ses paradoxes / Afis Science - Association française pour l'information scientifique [En ligne]. [consulté le 6 juin 2020]. <https://www.afis.org/L-effet-placebo-et-ses-paradoxes>
12. Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F. Placebo Effects: Biological, Clinical and Ethical Advances. *Lancet* 2010;375(9715):686-95.
13. Durand D V. Peut-on parler scientifiquement du placebo ? In : Nathalie Dumet et al. Soigner ou guérir. Toulouse (France) : Eres; 2010:97-111.

14. Benedetti F. Placebo Effects: Understanding the mechanisms in health and disease [En ligne]. Oxford University Press; 2008 [consulté le 2 oct 2019]. Disponible sur :
<https://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199559121.001.0001/acprof-9780199559121>
15. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. The “doctor” effect in primary care. *Presse Médicale* 2006;35(6, Part1):967-73.
16. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot ; 1966.
17. Lemoine P. Effet placebo et médicaments placebo. *Rev Prat* 2004;54,3: 325-330.
18. Fainzang S. *Médicaments et société : Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris : Presses Universitaires de France ; 2001.
19. Deleplanque D, Hennion-Gasrel F, Diblanc-Stamm A, Rochoy M, Messaadi N. Consultations sans prescription médicamenteuse : ressentis des médecins et des patients. *Exercer* 2015;117:13-21.
20. Meissner K, Linde K. Are Blue Pills Better Than Green? How Treatment Features Modulate Placebo Effects. *Int Rev Neurobiol* 2018;139:357-78.
21. Miller FG, Kaptchuk TJ. The power of context: reconceptualizing the placebo effect. *J R Soc Med* 2008;101(5):222-5.
22. Ernst E. Placebo: new insights into an old enigma. *Drug Discov Today* 2007;12(9-10):413-8.
23. Grünbaum A. The placebo concept. *Behav Res Ther* 1981;19(2):157-67.
24. Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Is the Placebo Powerless? *N Engl J Med* 2001;344(21):1594-602.
25. Fässler M, Meissner K, Schneider A, Linde K. Frequency and circumstances of placebo use in clinical practice--a systematic review of empirical studies. *BMC Med* 2010;8:15.
26. Sherman R, Hickner J. Academic Physicians Use Placebos in Clinical Practice and Believe in the Mind–Body Connection. *J Gen Intern Med* 2008;23(1):7-10.

27. Hróbjartsson A, Norup M. The use of placebo interventions in medical practice--a national questionnaire survey of Danish clinicians. *Eval Health Prof.* 2003;26(2):153-65.
28. Meissner K, Höfner L, Fässler M, Linde K. Widespread use of pure and impure placebo interventions by GPs in Germany. *Fam Pract* 2012;29(1):79-85.
29. Tilburt JC, Emanuel EJ, Kaptchuk TJ, Curlin FA, Miller FG. Prescribing « placebo treatments »: results of national survey of US internists and rheumatologists. *BMJ* 2008;337 :a1938
30. Linde K, Atmann O, Meissner K, Schneider A, Meister R, Kriston L, et al. How often do general practitioners use placebos and non-specific interventions? Systematic review and meta-analysis of surveys. *PloS One* 2018;13(8):e0202211.
31. Lépine C. Les placebos impurs en médecine générale dans les affections bénignes virales des voies aériennes supérieures : enquête auprès de 170 médecins généralistes picards. Thèse Méd. Université de Picardie Jules Vernes, faculté de médecine d'Amiens, 2016 : 64.
32. Depret G. La prescription de placebos en médecine générale: perceptions des médecins généralistes. Thèse Méd. Université du droit et de la santé Lille 2, faculté de médecine de Lille, 2013 : 400.
33. Attia A. Adaptation of international evidence based clinical practice guidelines: The ADAPTE process. *Middle East Fertil Soc J* 2013;18(2):123-6.
34. Naudin F, Sermet C. La prescription de médicaments à service médical rendu insuffisant en 2001. *Questions d'économie de la santé* 2004;82.
35. Boussageon R. L'evidence based medicine (ebm) et la légitimité du pouvoir de guérir. *Rev d'éthique et de théologie morale* 2011;266(HS):33.
36. Gold A, Lichtenberg P. The moral case for the clinical placebo. *J Med Ethics* 2014;40(4):219-24.
37. Miller FG, Colloca L. The Legitimacy of Placebo Treatments in Clinical Practice: Evidence and Ethics. *Am J Bioeth* 2009;9(12):39-47.

38. Bishop FL, Jacobson EE, Shaw JR, Kaptchuk TJ. Scientific tools, fake treatments, or triggers for psychological healing: how clinical trial participants conceptualise placebos. *Soc Sci Med* 1982 2012;74(5):767-74.
39. Ortiz R, Chandros Hull S, Colloca L. Patient attitudes about the clinical use of placebo: qualitative perspectives from a telephone survey. *BMJ Open* 2016;6(4).
40. Tandjung R, Tang H, Fässler M, Huber CA, Rosemann T, Fent R, et al. The patient's perspective of placebo use in daily practice: a qualitative study. *Swiss Med Wkly* 2014;144.
41. IPSOS Santé pour la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance : synthèse générale. 2005 [consulté le 25 juin 2020]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Le_rapport_des_Francais_et_des_Europeens.pdf
42. Mignotte K. Facteurs de prescription de placebo par les médecins généralistes: étude qualitative. Thèse Méd. Université Paris Diderot - Paris 7, UFR de médecine, 2011 : 125.
43. Berthelot JM, Maugars Y, Abgrall M, Prost A. Interindividual variations in beliefs about the placebo effect: a study in 300 rheumatology inpatients and 100 nurses. *Jt Bone Spine Rev Rhum* 2001;68(1):65-70.
44. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. 2^e édition. Montréal : Pearson ; 2016.
45. Fent R, Rosemann T, Fässler M, Senn O, Huber CA. The use of pure and impure placebo interventions in primary care - a qualitative approach. *BMC Fam Pract* 2011;12:11.
46. Louhiala P. What do we really know about the deliberate use of placebos in clinical practice? *J Med Ethics* 2012;38(7):403-5.
47. Louhiala P, Hemilä H, Puustinen R. Impure placebo is a useless concept. *Theor Med Bioeth* 2015;36(4):279-89.
48. Chen G-F, Johnson MH. Patients' attitudes to the use of placebos: results from a New Zealand survey. *N Z Med J* 2009;122(1296):35-46.

49. Howick J. Docteur Vous. Montréal : Les Editions de l'Homme ; 2019.
50. Observatoire sociétal du médicament. TNS Sofres pour le LEEM. 2011 [Consulté le 15 jun 2020] Disponible sur : <https://www.leem.org/sites/default/files/1526.pdf>
51. Mouret-Bonzi M. L'ordonnance médicamenteuse en France et en Europe : les attentes de prescription des patients. Une revue systématique de la littérature de 2005 à 2014. Thèse Méd. Université Lille 2, Faculté de médecine Henri Warembourg, 2015 : 224.
52. Liu K. Recours aux médecines complémentaires et alternatives par les patients en médecine générale dans le département du Nord. Thèse Méd. Université Lille 2 droit et santé, Faculté de médecine, 2014 : 354.
53. Bedoin D, Charles R. La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments ? Prat Organ Soins 2012;43(2):111-9.
54. France-Garet A. Prescription médicamenteuse en médecine générale: les attentes des français en cas de pathologies bénignes. Enquête d'opinion évaluant la demande de traitement médicamenteux des Français. Enquête qualitative évaluant les facteurs associés à l'attente de médicaments. Thèse méd. Université Henry Poincaré Nancy 1, Faculté de médecine, 2011 : 3697.
55. Guyatt G, Cairns J, Churchill D, Cook D, Haynes B, Hirsh J, et al. Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. JAMA 1992;268(17):2420-5.
56. Observatoire sociétal du médicament. IPSOS santé pour le LEEM. 2019 [consulté le 15 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.leem.org/sites/default/files/2020-03/lpsos%20pour%20LEEM-Smarbus%20Confiance%20secteur%20et%20m%C3%A9dicament-nov%202019.pdf>
57. Helleissen A, Vergnes G. Ressenti et comportement des médecins et des patients face au déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant. Thèse Méd. Université de Clermont I, faculté de médecine, 2008 : 019.

58. Kaptchuk TJ, Friedlander E, Kelley JM, Sanchez MN, Kokkotou E, Singer JP, et al. Placebos without Deception: A Randomized Controlled Trial in Irritable Bowel Syndrome. PLoS ONE 2010;5(12).
59. Schaefer M, Sahin T, Berstecher B. Why do open-label placebos work? A randomized controlled trial of an open-label placebo induction with and without extended information about the placebo effect in allergic rhinitis. PLOS ONE 2018;13(3).
60. Félibre. Effet de la relation médecin/patient dans l'effet placebo et inversement. Exercer 2009;88:127-8.
61. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets Perspect Vie Econ 2014; 53(4):67-82.
62. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 2011;(23):147-81.
63. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84:142-5.
64. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? Recherches qualitatives. 2006;HS(5):99-111.
65. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, World Health Organization, éditeurs. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013 [consulté le 2 juillet 2020]. Disponible sur : https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
66. Santé | Miviludes [En ligne]. France : Miviludes ; 2016. Qu'est-ce qu'une dérive sectaire et où la déceler ? [consulté le 18 juillet 2020]. Disponible sur : <https://www.derives-sectes.gouv.fr/quest-ce-quune-d%C3%A9rive-sectaire/o%C3%B9-la-d%C3%A9celer/sant%C3%A9>

Annexe 1

Canevas d'entretien initial

Durée : 15 à 60 min

1) Introduction

Je suis étudiant en médecine générale et j'étudie pour ma thèse les placebos. Mon objectif est de comprendre vos attentes de prescription lors d'une consultation avec votre médecin généraliste. Plus précisément j'étudie vos connaissances et vos attentes sur la prescription de placebo par votre médecin. L'entretien respectera strictement votre anonymat. Il sera enregistré avec votre accord, cela pour me permettre de mieux travailler sur vos réponses. Je pourrai vous communiquer les résultats de cette enquête si vous le souhaitez.

Avez-vous des questions avant que l'on commence ?

2) Guide pour le déroulement de l'entretien semi-directif

Contexte: présentation personnelle, âge, métier, situation familiale, lieu d'habitation, problèmes de santé chroniques, médicaments pris au quotidien.

Question d'ouverture :

Racontez-moi votre dernière consultation chez le médecin.

Qu'est-ce qu'un placebo pour vous ?

Quelle est votre expérience du médicament placebo ?

Vignettes cliniques

- Pathologie aigüe bénigne :
Imaginez que vous présentiez des maux de gorge, le nez qui coule et un peu de toux. Votre médecin vous examine, vous diagnostique une infection virale hivernale. Ou GEA.
- Pathologie qui dure mais bénigne, sans traitement réellement efficace :
Imaginez que vous soyez fatigués depuis plusieurs semaines, sans raison apparente. Votre médecin vous examine, l'examen est rassurant. Il vous prescrit éventuellement des examens complémentaires qui sont normaux, mais les symptômes restent présents. Ou Lombalgie.
- Pathologie fatale incurable : présenter une situation de cancer avec issue fatale, avec symptômes (douleur, effets secondaires des traitements, fatigue)
 - Qu'attendez-vous de votre médecin dans cette situation ?
 - Le médecin vous prescrit un médicament non validé (placebo impur) mais qu'il pense efficace ? Qu'en pensez-vous ? Que voudriez-vous avoir comme information (savoir que ce n'est pas validé) ?
 - Le médecin vous prescrit un médicament car il pense que vous en voulez un. Mais le médecin sait que ce médicament n'est pas efficace ? Il veut vous faire plaisir. Qu'en pensez-vous ?

- Si votre médecin décide de ne pas vous prescrire de médicament dans cette situation, qu'en pensez-vous ? Qu'attendriez-vous d'autre qu'une prescription ?

Trois axes à développer selon les thématiques non abordées

AXE 1 : Définition/ Connaissances

- Que représente pour vous l'effet placebo ?
- Que vous évoque un médicament dont l'efficacité n'est scientifiquement pas démontrée ?
- Que pensez-vous du déremboursement de certains médicaments ?
- COURTE et claire définition avec quelques exemples concrets (sirop pour la toux, pastilles gorge, vitamine C dans la fatigue, examens complémentaires de réassurance, homéopathie)
- Enchaîner sur des éventuelles expériences avec des placebos impurs ?

AXE 2 : Représentations du placebo impur

- Quel sentiment associez-vous aux placebos impurs ? Bon, neutre, pas bon
- Que pensez-vous de leur efficacité/utilité ?
- Pensez-vous que la prescription de ces traitements représente un mensonge ? Délibéré ?
- Dilemme éthique ou moral à explorer

AXE 3 : Attentes

- Qu'attendez-vous de votre médecin pour traiter un symptôme (gênant) ?
- Qu'est-ce que vous pensez du fait que beaucoup de traitements prescrits pour traiter des symptômes sont considérés comme des placebos ?
- Qu'attendriez-vous de votre médecin en termes d'information sur ces traitements ?
- Sous quelles conditions accepteriez-vous ce type de médicament ?
- Quel est votre sentiment à l'égard de la publicité pour les médicaments et l'influence des médias ?
- Relance si pas évoquée : Quelle est l'importance de la relation médecin patient dans l'acceptation des placebos (impurs) ?

Question de clôture :

Y-a-t'il autre chose que vous souhaiteriez rajouter ?

Annexe 2

Canevas d'entretien final

Les connaissances, représentations et attentes des patients à propos de la prescription de placebos impurs par les médecins généralistes.

Durée : 15 à 60 min

1) Introduction

Je suis étudiant en médecine générale et j'étudie pour ma thèse les placebos. Mon objectif est de comprendre vos attentes de prescription lors d'une consultation avec votre médecin généraliste. Plus précisément j'étudie vos connaissances et vos attentes sur la prescription de placebo par votre médecin.

L'entretien respectera strictement votre anonymat. Il sera enregistré avec votre accord, cela pour me permettre de mieux travailler sur vos réponses. Je pourrai vous communiquer les résultats de cette enquête si vous le souhaitez.

Avez-vous des questions avant que l'on commence ?

2) Guide pour le déroulement de l'entretien semi-directif

Contexte : présentation personnelle, âge, métier, situation familiale, lieu d'habitation, problèmes de santé chroniques, médicaments pris au quotidien.

Questions d'ouverture :

Qu'est-ce qu'un placebo pour vous ?

Quelle serait votre expérience du médicament placebo ?

Connaissez-vous des médicaments qui sont considérés comme peu efficaces ? (Scientifiquement)

Vignettes cliniques

- Pathologie aiguë bénigne : imaginez que vous présentiez des maux de gorge, le nez qui coule et de la toux. Votre médecin vous diagnostique une infection virale hivernale (ou situation avec GEA).

- Pathologie bénigne d'évolution longue : imaginez que vous soyez fatigués depuis plusieurs semaines, sans raison apparente. Votre médecin vous examine, l'examen est rassurant. Il vous prescrit des examens complémentaires qui sont normaux, mais les symptômes restent présents (ou lombalgie).

Qu'attendriez-vous de votre médecin en termes de prescription ?

Le médecin vous prescrit un médicament non prouvé efficace (placebo impur) mais qu'il pense efficace ? Qu'en pensez-vous ? Que voudriez-vous avoir comme information ?

Le médecin vous prescrit un médicament car il pense que vous en voulez un. Mais le médecin sait que ce médicament n'est pas efficace ? Qu'en pensez-vous ?

Si votre médecin décide de ne pas vous prescrire de médicament dans cette situation, qu'en penseriez-vous ?

Trois axes à développer selon les thématiques non abordées

AXE 1 : Définition/ Connaissances

- Que représente pour vous l'effet placebo ?
- Que vous évoque un médicament dont l'efficacité n'est scientifiquement pas démontrée ?
- Que pensez-vous du déremboursement de certains médicaments ?
- Précision du placebo impur avec quelques exemples concrets (sirop pour la toux, pastilles gorge, vitamine C dans la fatigue, examens complémentaires de réassurance, homéopathie).

AXE 2 : Représentations du placebo impur

- Quel sentiment associeriez-vous aux placebos impurs ?
- Que pensez-vous de leur efficacité ?
- Que penseriez-vous du terme de mensonge dans la prescription de ces médicaments ?
- Question éthique à explorer en fonction des réponses

AXE 3 : Attentes

- Qu'attendriez-vous de votre médecin pour traiter un symptôme gênant ?
- Que pensez-vous du fait que beaucoup de traitements prescrits pour traiter des symptômes pourraient être considérés comme des placebos ?
- Qu'attendriez-vous de votre médecin en termes d'information sur ces traitements ?
- Pourriez-vous éventuellement accepter ce type de médicament ?
- Quel est votre sentiment concernant la publicité pour les médicaments, les médias ?
- Quelle est l'importance de la relation avec votre médecin par rapport à ce type de médicaments ?

Question de clôture : Y-a-t'il autre chose que vous souhaiteriez rajouter ?

Annexe 3

Grille d'analyse finale

ALTERNATIVES A LA PRESCRIPTION D'UN MEDICAMENT					
	Automédication				
	Automédication sur prescription initiale				
	Avis sur la non prescription				
	Consultation se termine par ordonnance				
	D'accord avec non prescription si symptômes bénins				
	Non prescription acceptable mais à justifier				
	Pas d'accord avec NP				
	Pas d'attente systématique de médicaments				
	Pas de prescription = rassurant				
	Si pas de médicament, remise en question de la benignité				
	Si pas de prescription, consultations itératives				
	Examens complémentaires vs MED				
	Interaction médecin patient				
	Conseil comme alternative				
	Examen clinique vs MED				
	Explications sur les symptômes rassurent				
	Manque de conseils du DOC				
	Parole du médecin = placebo				
	Prise en charge = placebo				
	Réévaluation indispensable même si MED				
	Médecines alternatives et complémentaires				
	MAC si la personne y croit				
	Médecines parallèles vs MED				
	Remèdes naturels				
	Mesures symptomatiques vs MED				
	Prévention et hygiène de vie vs MED				
CONDITIONS D'ACCEPTATION DES PLACEBOS IMPURS					
	Confiance envers médecin pour prise de MED				
	Corrélation efficacité acceptation				
	Attente d'efficacité				
	Attitude pragmatique, importance du résultat vs preuves				
	Pas de PL impur si traitement efficace				
	Remise en question du PL impur si inefficace				
	Réticence à prendre un MED non validé				
	Demande de sens				
	Accepté si prescription justifiée				
	PL impur doit avoir un mécanisme logique				
	Réappropriation de l'ordonnance				
	Doute sur efficacité mais ouverture				
	PL impur pour éviter quelque chose				
	Placebo impur pour éviter aggravation				
	PI pour éviter de prendre d'autres molécules				
	PI pour éviter qu'une pathologie traîne				
	PL impur pour traiter ou soulager				
	PI acceptables si souffrance				
	PI accepté si symptômes sévères				
	PI en cas d'impasse thérapeutique				
	PL impur en complément				
	PL impur pour traiter symptômes				
	PL impur si inquiétude				

CONDITIONS DE PRESCRIPTION DES PL IMPURS				
Buts de la prescription par le médecin				
		PL impur comme moyen de réassurance		
PL en attendant la guérison naturelle				
		PL impur pour susciter effet PL chez le patient		
PL pour se sortir d'une situation				
		Prescription PL pour faire plaisir		
Conditions accompagnant la prescription du DOC				
		Jeune médecin = plus moderne, prescrit moins		
Médecin = effet placebo				
		Réassurance du médecin		
Responsabilisation du patient				
	Demande du patient			
Demande de PL impurs évolue avec le temps				
		Patient ne doit pas demander le traitement		
PL impur proposé par le patient				
	La demande des autres patients			
Le patient doit être honnête sur ses symptômes				
		Les patients peuvent ne pas accepter un refus du médecin		
PL pour une personne qui a besoin de médicaments				
		Pression du patient		
Prescription selon les profils				
		PL impur dépendent des attentes de chacun		
PL impur pour patients difficiles, hypochondriaques				
		PL pour les gens naïfs		
CONNAISSANCES ET REPRESENTATIONS DES PLACEBOS				
Connaissances effet placebo				
		Curiosité envers effet P		
Effet PL = pas efficace				
		Effet PL = psychologique		
Effet PL = tromperie				
		Effet PL à chaque prise de MED		
L'effet placebo marche sur les animaux et les bébés				
		Réalité et potentiel de l'effet placebo		
Résultat ressenti, amélioration				
	Connaissances sur PL et fonctionnement			
Représentations du PL médicament				
		Pas de connaissance sur placebo		
PL = principe actif possible				
		PL dans les essais comparatifs		
Placebo = pas de principe actif				
		PL pour soulager		
Thème de l'esprit, fonctionnement psychique				
		Fonctionnement conditionné à l'ignorance		
Le fonctionnement du PL est psychique				
		PL n'agit pas sur le corps		
Placebo = le patient croit qu'il y a un principe actif				

CONNAISSANCES ET REPRESENTATIONS DES PLACEBOS IMPURS				
	Composition du PL impur			
	Galénique importante			
	Glucophobie			
	Goût des PL			
	Mécanisme de désinfection			
	PI agréables			
	Pilulophobie			
	Danger ou inocuité			
	Interactions, risques et surdosage			
	PL impur = sans risque			
	Efficacité des PL impurs			
	Conditions d'efficacité			
	Conviction de l'efficacité par le patient nécessaire			
	Dénomination médicament = garantie efficacité			
	Doute sur l'efficacité en cas de pathologie sévère			
	Efficacité liée au psychosomatique			
	Efficacité plus lente avec PL impurs			
	Patient doit ignorer le PL pour que ça marche			
	Variabilité efficacité selon les patients			
	Représentation personnelle de l'efficacité			
	PL impurs peu efficaces			
	PL impurs utiles et efficaces			
	PL peuvent être utiles			
	Validité scientifique			
	Demande de preuves scientifiques			
	Efficacité difficile à prouver scientifiquement			
	Sentiments sur les ECR			
	Exemples de Placebos Impurs			
	Antibiotiques comme PL impur			
	Cures de vitamines			
	Exemples de PL impurs représentés comme vrais médicaments			
	Homéopathie = PL impur ou PL			
	Opposition PL impurs antibiotiques			
	Phyto et huiles essentielles			
	PL = générique			
	PL impur = médicament de confort			
	PL impur = parapharmacie			
	Sirops, gouttes et sprays			
	Expériences du PL impur			
	Expérience personnelle positive			
	Routine d'utilisation du PL impur			
	Pas d'expérience personnelle du placebo pur			
	Opposition aux vrais Médicaments			
	EI des vrais médicaments			
	Frontière mince			
	MED = chimie = danger			
	Médicaments pour détruire le mal			
	Pas remboursé = pas MED mais complément			
	Vrais médicaments pour guérir PL pour soulager			
	Vrais médicaments pour soulager			
	Prix des PL impurs			
	PL impur devrait être peu chers			
	PL impurs = peu chers			
	PL impurs déremboursés			
	Prix = effet PL			
	Prix = arnaque			

ETHIQUE, MENSONGE ET INFORMATION			
Demande d'informations			
		Demande informations sur efficacité	
Manque d'information du médecin sur efficacité connue			
		Ethicité du PL impur	
Ethique sous conditions			
		Déontologiquement discutable mais parfois utile	
Non éthique si médecin non convaincu de l'efficacité			
		Pas de dilemme éthique si sécurité d'emploi	
PL impur éthique si bénéfice			
		PL impur non éthique	
PL impur peut exploiter la naïveté			
		PL impur = tromperie	
PL impur malhonnête mais PL pur ok			
		PL impur peut encourager le réflexe médicament	
PL pas éthique			
		Relation à un éventuel mensonge du médecin	
Demande honnêteté et information du médecin			
		Incertitude sur le mensonge	
Le patient préfère que le médecin ne soit pas honnête			
		Médecin doit mentir sinon pas d'effet PL	
Pas de mensonge si avis éclairé			
		Remboursement des PL	
Corrélation efficacité théorique remboursement			
		Déremboursement logique	
Remboursement = principe actif efficace			
		Remboursement différent d'efficacité	
Médicament pas efficace, ne devrait pas être disponible			
		Demande d'info DOC sur déremboursement	
Sentiments négatifs sur déremboursement			
		Déremboursement = un peu suspect	
Deremboursement creuse inégalités			
		Déremboursement discutable si bénéfice potentiel	
Trop de déremboursement			
		Trou de la sécu	
INFLUENCES EXTERIEURES			
Discours général			
		Influence et conseils du pharmacien	
Rôle des médias			
		Je suis étanche aux médias	
La société doit encadrer la publicité			
		Plus de confiance en médecin que médias	
Publicité accentue effet PL			
		Publicité influence les autres	
Publicité pas éthique, méfiance			
		Publicité peut influencer inconsciemment	
Rôle positif pour l'information			
		Rôles de l'industrie du médicament	
Collusion médecin, labos			
		DOC peut être trompé par les labos	
Lobbys du médicament			
		Médicament marchandise	
Santé = différent d'autres domaines			
		Scandales pharmaceutiques	
Surconsommation de médicaments			

RAPPORT DES PATIENTS A LA CONSULTATION ET AUX SYMPTOMES				
	Consultation ou non peut varier selon contexte, inquiétude			
Consultation si pathologie traîne				
	Fièvre = Antibiotiques			
Maladie bénigne évolue favorablement sans médicament				
	Pas de consultation pour symptômes bénins			
RELATION MEDECIN MALADE				
Déception si pas d'information honnête				
	Décision partagée			
Discussion avec le médecin				
		Médecin doit trouver un compromis selon patient		
Explications				
	Médecin accompagne l'autoguérison			
Réassurance du médecin				
	Relation médecin malade asymétrique			
Relation de confiance				

Annexe 4

FICHE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Projet de thèse : Quelles sont les connaissances, représentations et attentes des patients sur l'utilisation de placebos impurs en médecine générale ?

Je suis étudiant en médecine générale et j'étudie pour ma thèse les placebos. Mon objectif est de comprendre vos attentes de prescription lors d'une consultation avec votre médecin généraliste. Plus précisément j'étudie vos connaissances et vos attentes sur la prescription de placebo par votre médecin.

Si vous donnez votre accord, vous participerez à un entretien individuel où je vous poserai différentes questions. Cet entretien sera enregistré. Il durera entre 15 et 60 minutes.

L'entretien respectera strictement votre anonymat. Il sera enregistré avec votre accord, cela pour me permettre de mieux travailler sur vos réponses. Je pourrai vous communiquer les résultats de cette enquête si vous le souhaitez. Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Les enregistrements seront retranscrits de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions écrites seront gardées de façon sécurisée.

Les résultats seront utilisés pour l'écriture de cette thèse et pourront éventuellement être publiés dans une revue scientifique.

- Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus

- Je comprends que ma participation est basée sur le volontariat et que je possède la liberté de changer d'avis à n'importe quel moment, y compris de sortir de l'étude sans donner de raison.

- Je donne mon accord pour l'enregistrement et la transcription mot à mot de cet entretien.

- Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle anonyme de certaines citations de l'entretien dans cette thèse ou dans une publication scientifique.

Je soussigné(e) déclare avoir été clairement informé(e) sur le projet de recherche de Mr Lucas CHEYMOL et accepte de participer à cette étude.

Fait à Le

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Résumé

Introduction : Les placebos impurs sont des substances ou méthodes ayant une efficacité connue, mais dont les preuves d'un effet spécifique manquent dans les affections pour lesquelles ils sont prescrits. Ils sont couramment prescrits par les médecins généralistes. L'objectif était d'étudier les connaissances, représentations et attentes des patients à propos des placebos impurs.

Méthode : Une étude qualitative s'inspirant de la théorisation ancrée a été réalisée par entretiens semi-directifs. L'analyse des entretiens était réalisée indépendamment par deux chercheurs pour la triangulation des données.

Résultats : Quatorze entretiens ont été réalisés. Les placebos impurs étaient placés imprécisément entre placebos et médicaments. L'efficacité ressentie était variable et d'interprétation personnelle. Les « autres patients » étaient considérés comme plus demandeurs de placebos impurs. Les patients attendaient une efficacité personnelle et un bénéfice, selon un raisonnement pragmatique plus que scientifique. Ils faisaient confiance à leur médecin. L'effet médecin jouait un rôle important lors de la prescription. La prescription de placebos impurs pouvait être éthique sous conditions, lorsque la relation médecin malade était de qualité.

Conclusion : Ce travail retrouvait des représentations variées et instables des placebos impurs. L'efficacité était propre à chacun. L'attente principale était l'efficacité personnelle allant vers un bénéfice. L'administration ouverte de placebos impurs pourrait permettre l'utilisation d'un placebo impur dans certaines situations cliniques, pour améliorer l'efficacité du soin, éthiquement, dans une perspective d'Evidence Based Médecine optimisée.

Médecine générale

Mots-Clés : placebo, patients, relations médecin-patient, recherche qualitative

Abstract

Background : Impure placebos are substances or methods which have a known efficacy, but whose evidences of a specific effect are not present in the afflictions for which they are prescribed. They are commonly prescribed by general practitioners. The aim was to study the knowledges, representations and expectancies of patients about impure placebos.

Method : This work was a qualitative study, inspired by the grounded theory, using semi-structured interviews. The interviews were analysed by two independent investigators to guarantee data triangulation.

Results : Fourteen interviews were conducted. Impure placebos were imprecisely positioned between pure placebos and medication. The felt efficacy was variable and a matter of personal interpretation. The « other patients » were regarded as more willing to ask for impure placebos. The patients expected a personal efficacy and a benefit, using a pragmatic more than scientific reasoning. They trusted their doctor. The doctor effect had an important part in the prescription. The impure placebo prescription could be ethical under specific conditions, when there was a quality doctor-patient relationship.

Conclusion : This study found various and unstable representations of impure placebos. Efficacy was person dependent. The main expectancy was personal efficacy, leading to a benefit. The open-label placebo administration could allow the use of impure placebos in some clinic situations, to increase the effectiveness of the care, in an ethical manner, in a perspective of an optimized Evidence Based Medicine.

General practice

Keywords : placebos, patients, physician- patient relations, qualitative research