



HAL
open science

L'influence du contexte sur la perception du soin

Fera Délice Ato

► **To cite this version:**

Fera Délice Ato. L'influence du contexte sur la perception du soin. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-03338616

HAL Id: dumas-03338616

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03338616v1>

Submitted on 8 Sep 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2019

Thèse N°:

N° attribué par la bibliothèque :

THESE pour le DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR

en CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 11 décembre 2019

par **ATO FERA DÉLICE**

L'INFLUENCE DU CONTEXTE SUR LA PERCEPTION DU SOIN

Directeur de thèse : M. le Professeur Vianney DESCROIX

JURY

M. le Professeur Vianney DESCROIX	Président
Mme. la Docteure Vanessa BAAROUN	Assesseur
Mme. la Docteure Julia BOSCO	Assesseur
M. le Docteur Philippe GATEAU	Assesseur
M. le Docteur Jean-François NGUYEN	Assesseur
Mme. la Docteure Marjorie ZANINI	Assesseur

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT – P A R I S 7

Présidente de l'Université : Mme la Professeure Christine CLERICI

Doyenne de l'U.F.R. d'Odontologie : Mme la Professeure Ariane BERDAL

Directrice Générale des Services : Madame Pascale SAINT-CYR

J U R Y

M. le Professeur Vianney DESCROIX	Président
Mme. la Docteure Vanessa BAAROUN	Assesseur
Mme. la Docteure Julia BOSCO	Assesseur
M. le Docteur Philippe GATEAU	Assesseur
M. le Docteur Jean-François NGUYEN	Assesseur
Mme. la Docteure Marjorie ZANINI	Assesseur

M. le Professeur Vianney DESCROIX

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Pharmacie
Diplôme de Doctorat
Professeur des Universités - Praticien
Hospitalier

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je tiens à vous exprimer mes plus sincères remerciements pour votre disponibilité, votre patience et l'investissement dont vous avez fait preuve tout au long de notre travail. A travers ce travail, veuillez trouver toute la considération que je vous porte.

Mme la Docteure Vanessa BAAROUN

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites de siéger au jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de ma plus grande estime.

Mme la Docteure Julia BOSCO

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites de siéger au jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de ma plus grande estime.

M. le Docteur Philippe GATEAU

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites de siéger au jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de ma plus grande estime.

M. le Docteur Jean-François NGUYEN

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites de siéger au jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de ma plus grande estime.

Mme la Docteure Marjorie ZANINI

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites de siéger au jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de ma plus grande estime.

Table des matières

Introduction.....	3
1. Le placebo, expression du rituel thérapeutique	5
1.1. Définitions	5
1.1.1. Placebo	5
1.1.2. L'effet placebo.....	8
1.1.3. Nocebo	10
1.2. Facteurs de confusion	10
1.2.1. Rémission spontanée	11
1.2.2. Fluctuation des symptômes	12
1.2.3. Régression à la moyenne.....	12
1.2.4. Subordination du sujet.....	12
1.3. Application aux essais cliniques	13
1.3.1. Fondements historiques.....	13
1.3.2. Intérêt dans l'expérimentation	14
1.3.3. Limites	17
2. Les mécanismes mis en jeu par le contexte	18
2.1. Les mécanismes cognitifs	20
2.1.1. Le rôle de l'apprentissage	21
2.1.2. La place des attentes.....	29
2.2. Les mécanismes neurobiologiques	32
2.2.1. La voie des opioïdes endogènes dans l'effet placebo analgésique.....	33
2.2.2. La cholécystokinine impliquée dans l'effet nocebo hyperalgique	35
2.2.3. Les récepteurs CB1 aux cannabinoïdes	38
3. La relation praticien-patient : une interaction sociale unique.....	41
3.1. Le lien entre la maladie et l'effet placebo.....	41
3.1.1. La relation praticien-patient d'un point de vue évolutionniste	41
3.1.2. Un système homéostatique	42
3.1.3. Les modèles de relation praticien-patient	44
3.1.4. Les éléments nécessaires à une bonne interaction praticien-patient	46

3.2.	L'importance de la communication.....	50
3.2.1.	La communication verbale	51
3.2.2.	La communication non verbale (CNV).....	57
3.2.3.	Les stimuli environnementaux	70
3.3.	Les perspectives d'apprentissage.....	72
4.	Conclusion	76
5.	Bibliographie.....	78
6.	Table des figures.....	84
7.	Annexes	85

Introduction

Depuis plusieurs décennies, les politiques de santé publique ont évolué vers un modèle plus axé sur la prévention. Ces nouvelles mesures mises en place encouragent les patients à consulter plus régulièrement leur chirurgien-dentiste permettant ainsi d'anticiper l'impact des problèmes bucco-dentaires. Cependant, certains patients ne consultent un praticien qu'en cas de derniers recours. Malgré une amélioration de la pratique en termes de qualité des soins, de prise en charge de la douleur et de confort du patient, le cabinet dentaire reste pour beaucoup une source de peur, d'anxiété et d'inconfort. Dans de nombreux cas, l'appréhension du patient avant une visite chez le chirurgien-dentiste est liée à la peur de la douleur. Selon l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), la douleur est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion, une sensation subjective qui ne peut être attribuée seulement à un stimulus douloureux ». Le terme subjectif nous oriente vers le fait qu'au-delà de l'aspect pharmacologique et technique, d'autres facteurs entrent en compte dans la perception de la douleur et donc du soin. Cela est congruent avec une nouvelle approche de la maladie. Elle n'est plus seulement la conséquence d'un dysfonctionnement d'ordre biologique à déterminer par les cliniciens, un écart de la norme, mais répond plutôt à un modèle biopsychosocial où les paramètres biologiques sont influencés par les paramètres psychologiques et sociaux de l'individu (Engel 1977). En d'autres termes, dans cette approche centrée sur le patient, les processus cognitifs, émotionnels et comportementaux sont à prendre en compte dans l'évolution de la maladie, tout en incluant les caractéristiques sociales et économiques.

Par conséquent, au-delà de l'aspect pharmacologique et technique, d'autres facteurs entrent en compte dans la perception du soin. Tous ces facteurs peuvent se regrouper sous la notion de « contexte ». Ainsi, ce terme désigne « l'ensemble de tous les éléments entourant un événement qui sont susceptibles d'avoir une signification psychologique, que ce soit dans l'interaction entre les individus, les caractéristiques de la situation et du lieu, les souvenirs, les

perspectives d'avenir, ou relatives à un état interne du corps et du cerveau». Le contexte est donc un paramètre multidimensionnel qui désigne ici toute l'atmosphère autour du traitement. De ce fait, en fonction du patient, le même soin peut être perçu différemment et produire une expérience différente où la sensation douloureuse peut être modulée. Souvent décrit comme une nuisance à maîtriser, le placebo est en fait un excellent modèle pour la mise en évidence de la manière dont les stimuli peuvent être perçus et interprétés par le patient, et de ce fait affecter le résultat thérapeutique. Une partie de la recherche récente a eu pour objectif de démystifier le placebo notamment grâce à la mise en lumière des mécanismes sous-jacents, et par l'utilisation techniques d'imagerie. La relation praticien- patient pose un cadre privilégié à l'expression du placebo. Nous pouvons ainsi nous demander comment le contexte influence-t-il la perception du soin et quelle place peut-il prendre dans notre pratique courante?

Au cours de ce travail, nous définirons ce qu'est le placebo et l'effet qu'il produit, puis nous décrirons les mécanismes sous-jacents, et enfin nous expliquerons comment, à travers la relation praticien-patient, il est possible de s'appropriier ces découvertes scientifiques pour enrichir notre exercice quotidien.

1. Le placebo, expression du rituel thérapeutique

1.1. Définitions

1.1.1. Placebo

1.1.1.1. Rappels historiques

Depuis des millénaires et à travers différentes cultures et civilisations, l'utilisation de remèdes (substances, chirurgies, fumées) sans propriété physique particulière pour l'amélioration de symptômes, est bien connue des médecins, des guérisseurs ou chamanes qui en détiennent le secret.

Le terme « placebo » a vu le jour au XIII^e siècle suite à une **erreur de traduction** commise par Saint-Jérôme lors de la traduction de la Vulgate (version latine de la Bible), de l'hébreu au latin du *Psaume 116*, il écrit : «Placebo Domino in regione vivorum» en français « Je plairai au Seigneur chez les vivants » au lieu de traduire par « Je marcherai devant le Seigneur chez les vivants » (Finniss et al. 2010).

A cette même époque, les personnes présentes pour chanter ce psaume lors de veillées funèbres, exprimant leur chagrin dans des sanglots bruyants furent surnommés « chanteurs de placebo» en référence à leur comportement simulé. Ainsi, le terme placebo a longtemps été utilisé pour désigner quelque chose de factice et d'illusoire.

Ce n'est qu'au XVIII^e siècle que ce mot est utilisé dans un contexte médical pour désigner toute substance inerte administrée dans un contexte thérapeutique. En 1803, le *New Medical Dictionary* le définit comme un « épithète qualifiant tout remède utilisé davantage pour plaire au patient que pour lui être réellement bénéfique », le *Vidal*, comme, « un médicament

factice ne contenant aucune substance active » (CISMeF 2019). Bien que ce soit la définition la plus répandue, le placebo possède plusieurs aspects au-delà d'être seulement un médicament. Une distinction est faite entre le **placebo pur** qui désigne un médicament dénué de toute action pharmacologique prescrit dans un contexte thérapeutique et présenté comme efficace et le **placebo impur** qui est un médicament commercialisé mais qui n'a pas démontré son efficacité ou un médicament détourné de son utilisation (Collège National de Pharmacologie Médicale 2019).

1.1.1.2. Définition actuelle

Pour mieux comprendre, expliquer et discerner ce qui relève de l'effet placebo de ce qui relève d'autres variables comme le type de maladie par exemple, plus de méthodologie et de rigueur ont été appliqués que par le passé. Le placebo n'est plus seulement utilisé pour valider l'efficacité d'une thérapeutique mais il trouve son usage dans la pratique clinique et représente l'interaction puissante entre l'esprit et le corps (Benedetti 2014). Au-delà de faire référence seulement à une substance n'ayant pas d'effets pharmacologiques propres, le terme placebo englobe également toute procédure médicale effectuée en guise de traitement actif, et qui n'aurait pas d'effet pharmacologique sur le symptôme traité. Le placebo englobe aujourd'hui l'ensemble du rituel autour de l'acte thérapeutique. Il peut être associé à plusieurs stimuli qui indiquent au patient qu'un traitement bénéfique lui est administré et provoque une réaction sensorielle, physique ou psychique (Benedetti.F 2014). L'importance de l'interaction entre le corps et l'esprit est explicitement soulignée par la définition qui décrit l'effet placebo comme un changement physique, ou de l'unité corps-esprit résultant de la symbolique portée par un acte ou un objet dans l'environnement de soin (Brody 2000). Plusieurs éléments entrent en compte lors de la réponse placebo comme la relation praticien-patient, le type d'instruction verbale, l'intensité et l'inconfort des symptômes, les attentes et les besoins du patient, sa personnalité et son état psychologique (**figure 1**) (Benedetti 2013). Les stimuli psychosociaux sont aussi importants que l'action spécifique d'un médicament. Ainsi, ces indices évoquant qu'une

thérapeutique est en cours peut déclencher des mécanismes internes neuronaux, biochimiques et affecter le patient au niveau de son cerveau, de son corps et de son comportement (Finniss et al. 2010). Les améliorations de symptômes observées après l'administration du placebo ne sont pas toutes imputables à de véritables phénomènes psychobiologiques, il est nécessaire de dissocier d'autres phénomènes qui seront détaillés plus loin (Benedetti 2008).

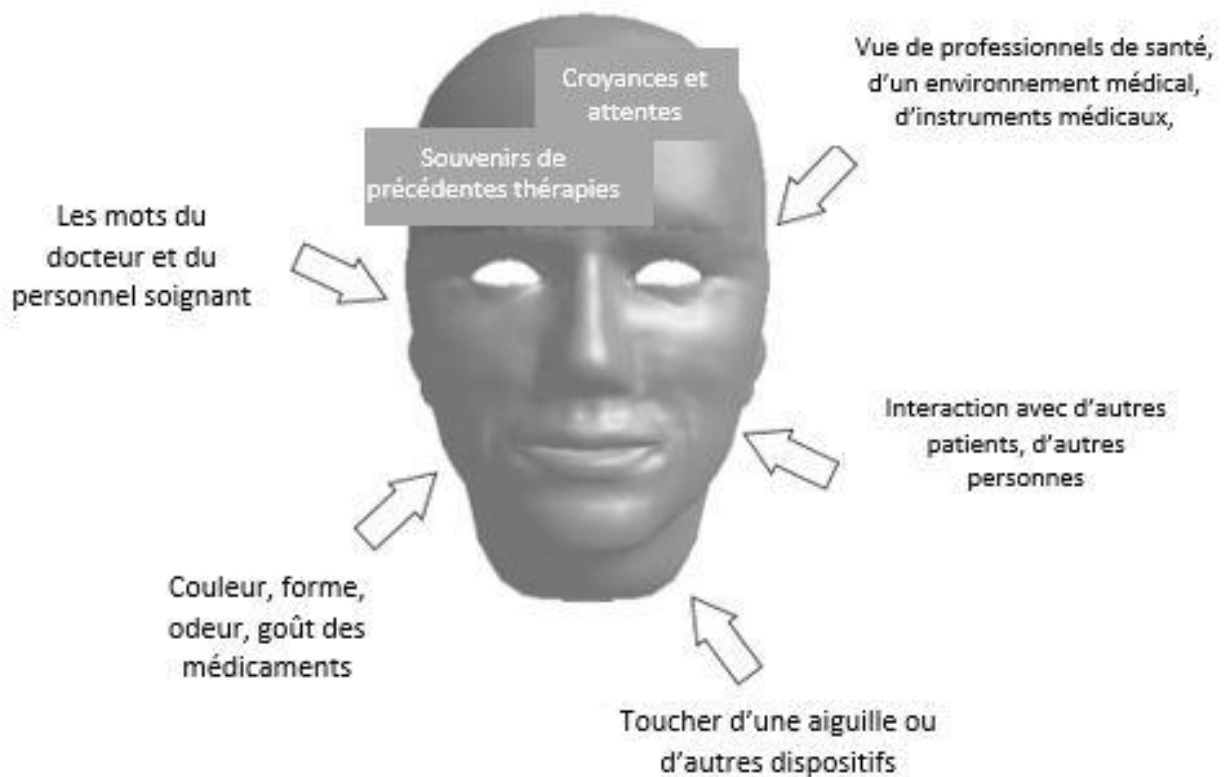


Figure 1 : Le contexte psychosocial entourant le patient (Benedetti 2013)

1.1.2. L'effet placebo

La distinction est faite entre le placebo (substance sans effet pharmacologique) de l'effet qu'il produit. Sa définition englobe plusieurs aspects. Elle peut désigner toute amélioration des symptômes attribuables à une potion, une pilule ou une procédure mais non imputable à sa pharmacodynamie ou à ses propriétés spécifiques (Wolf, 2001) ou encore la différence de résultat entre un groupe traité par avec un placebo et un groupe témoin dans un essai en double aveugle (Di Blasi et al. 2001). L'effet placebo est donc un phénomène psycho-biologique survenant dans le cerveau du patient après l'administration d'une substance inerte, d'un traitement physique simulé ou même d'une chirurgie simulée, accompagné de suggestions verbales qui laissent croire à un avantage clinique (Price et al. 2008). D'après les conclusions d'Howard Spiro, l'effet placebo est peu efficace dans le cas d'une lésion organique, mais l'est considérablement sur la douleur qui l'accompagne. Il est d'autant plus significatif quand le trouble possède une dimension psychosomatique. Il ne guérit pas la maladie mais modifie la perception des symptômes par le patient (Jonsson 1989).

L'effet placebo distingue donc ce qui relève d'un processus actif dans le cerveau du patient, de ce qui relève d'autre chose. Par abus de langage, ce terme est utilisé au singulier, mais en réalité, il y a plusieurs effets placebos (Figure 2) qui sont déclenchés par des mécanismes différents, qui utilisent des voies d'actions différentes, et qui ont des effets différents que ce soit au niveau de la stimulation hormonale ou encore des capacités motrices (Benedetti 2008).

Maladie/ système	Traitement	Mécanisme
Douleur	Procédure placebo Procédure nocebo Suggestion verbale Administration ouverte/fermée	Activation des opioïdes endogènes, de la cholécystokinine, et de régions cérébrales par les attentes
Maladie de Parkinson	Procédure placebo Procédure nocebo Suggestion verbale Administration ouverte/fermée	Relargage de dopamine dans le striatum et changement du schéma d'activation des neurones du noyau subthalamique par les attentes
Dépression	Procédure placebo	Changement des réponses métaboliques dans différentes régions du cerveau (inhibition de la recapture de sérotonine ?)
Anxiété	Procédure placebo Administration ouverte/fermée	Changement d'activité de certaines régions du cerveau
Addiction	Administration de méthylphénidate	Changement de l'activité métabolique de différentes régions du cerveau
Réponse autonome à une stimulation cérébrale profonde	Stimulation cérébrale ouverte/fermée	Changement de l'excitabilité des neurones de la région limbique
Système cardiovasculaire	Procédure placebo	Réduction de l'activité β -adrénergique du cœur
Système respiratoire	Pré-conditionnement pharmacologique avec de la buprénorphine	Conditionnement des récepteurs aux opioïdes dans les centres respiratoires
Système immunitaire	Pré-conditionnement par des drogues immunosuppressives (ex : cyclophosphamide et cyclosporine A)	Conditionnement de certains médiateurs de l'immunité (ex : IL-2, IFN- γ , lymphocytes)
Système endocrinien	Pré-conditionnement pharmacologique avec les agonistes du récepteur 5-HT _{1B-1D} (sumatriptan)	Conditionnement de certaines hormones (ex : hormone de croissance, cortisol)

Figure 2 : Résumé des effets placebos au travers des maladies, des systèmes et des traitements (Benedetti 2008).

Aussi appelée la réponse placebo, sa définition peut être biaisée par l'utilisation de termes comme « actif, inerte, vrai, etc. » qui en réalité tentent de mieux expliquer l'effet

placebo comme des effets de contexte et de stimulation globale d'une intervention thérapeutique produisant une réponse significative. Pourtant, malgré l'imperfection de son usage, « placebo » est profondément ancré dans la littérature scientifique pour être remplacé, surtout en l'absence d'alternative satisfaisante (Finniss et al. 2010).

1.1.3. Nocebo

Le terme nocebo signifie «je nuis» en latin. Il s'oppose au terme placebo par les **effets indésirables** qu'il peut produire. L'effet nocebo distingue les effets positifs d'une substance inerte de ses effets désagréables et nocifs. Un véritable effet nocebo est présent si un effet négatif se produit dans l'attente d'un événement négatif ou préjudiciable (Benedetti et al. 2007).

Certains anthropologues sont allés plus loin en proposant un modèle social et culturel de la maladie et de la guérison, où le placebo et le nocebo sont profondément impliqués dans de nombreux effets indésirables que ce soit au cours d'essai clinique ou au cours de la pratique quotidienne (Hahn 1997). D'un point de vue neuroscientifique, si l'administration d'une substance inerte entraîne l'attente d'un événement négatif, il est donc **anxiogène**. Le nocebo est un **agent de stress**, il est de ce fait moins étudié par les chercheurs (Benedetti 2013).

1.2. Facteurs de confusion

L'amélioration des symptômes visible après l'administration d'un placebo peut être due à une multitude de facteurs (figure 3). Un placebo est jugé efficace lorsque que les changements observés sont seulement imputables à des changements psychologiques et physiologiques dans le cerveau du patient. Toute autre cause d'amélioration est donc à exclure.

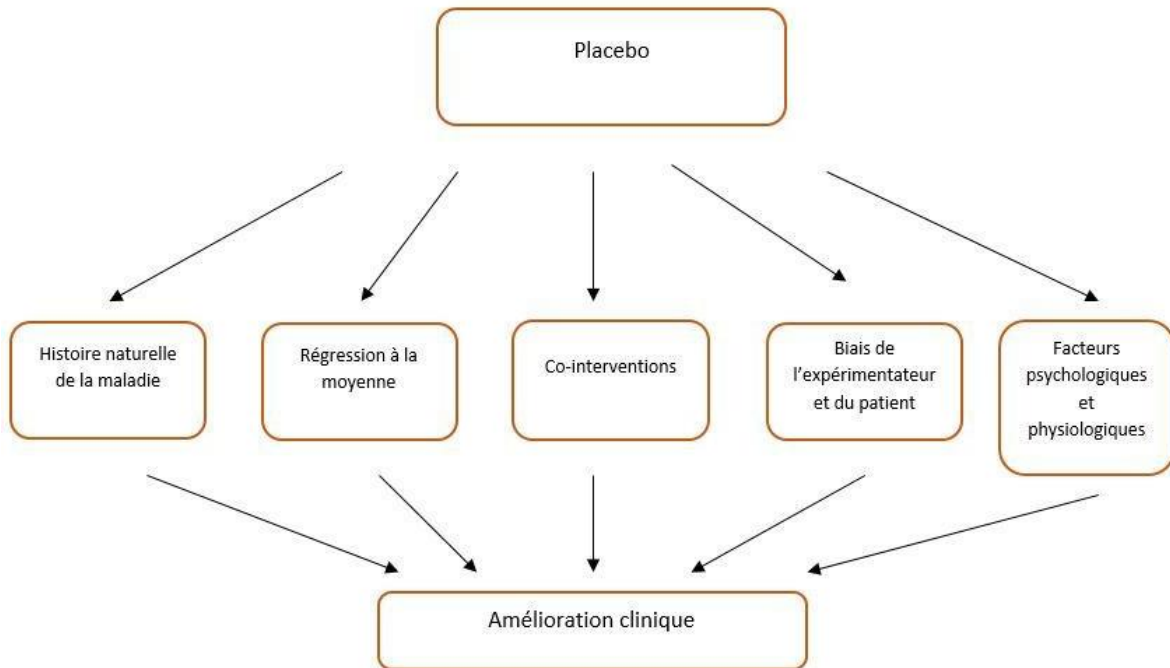


Figure 3 : Facteurs de confusions de l'effet placebo (Benedetti 2013)

1.2.1. Rémission spontanée

Alors que plusieurs pathologies peuvent être guéries même sans traitement, l'amélioration des symptômes peut survenir **en l'absence de toute intervention**. Si un sujet prend un placebo juste avant que ses symptômes ne commencent à diminuer, on peut croire que le placebo est efficace, bien que cette diminution se serai produite de toute façon. L'histoire naturelle de la maladie doit être prise en compte car les rémissions spontanées entraînent une erreur d'interprétation dans la relation de cause à effet d'une maladie (Benedetti et al, 2001).

Dans une étude clinique avec bras placebo sur des patients atteints d'un rhume classique, Beecher remarqua que 35% des patients se sentent mieux six jours après avoir pris le traitement. L'interprétation de ses résultats est remise en cause car le fait que les symptômes d'un rhume disparaissent en six jours n'a pas été pris en compte (Beecher 1955).

1.2.2. Fluctuation des symptômes

Il est nécessaire de prendre en compte la variation des symptômes dans le cas de **maladies chroniques**, leur intensité ne restant pas constante au quotidien. Nous observons ainsi des périodes de crises aiguës et des périodes où les symptômes s'estompent. Si la prise du placebo, intervient lors d'une **phase descendante**, nous ne pouvons pas attribuer le soulagement au placebo (Benedetti 2013).

1.2.3. Régression à la moyenne

En statistique, la régression vers la moyenne décrit le phénomène suivant : si une **variable est extrême à sa première mesure**, elle va généralement se rapprocher de la moyenne à sa seconde mesure. Certains paramètres mesurés lors d'un essai clinique ayant une valeur extrême ont tendance à retourner vers une valeur moyenne. Or ce retour à la normalité reste purement statistique et peut fausser l'interprétation du résultat (Miastor 2016).

1.2.4. Subordination du sujet

Au cours d'une étude clinique, il arrive que les patients déclarent une amélioration de leurs symptômes mais que cette différence observée ne soit pas significativement différente pour le clinicien. Le patient, par souci de plaire au soignant qui s'est occupé de lui, qui a pris du temps pour lui expliquer les procédures, est tenté de donner une réponse qui va dans le sens d'une amélioration. Prenons l'exemple de la douleur : après l'administration d'un placebo, une

intensité douloureuse mesurée à l'aide d'une échelle visuelle analogique(EVA) passant de 7 à 6 peut ne pas être significative(Benedetti 2013).

1.3. Application aux essais cliniques

1.3.1. Fondements historiques

C'est en 1747, durant une période où le scorbut est très présent, qu'un médecin irlandais, James Lind, tente de soigner des marins alors qu'ils sont en mer. Il décide de les séparer en plusieurs groupes et d'administrer à chacun un traitement différent contre le scorbut. Il démontra alors l'efficacité de la prise d'agrumes riches en vitamine C en cure et en prévention de cette maladie. Ses expérimentations peuvent être considérées comme les premiers essais cliniques des temps modernes (Bhatt 2010).

À cette même époque, l'émergence de nouvelles pratiques thérapeutiques telles que le mesmérisme (ou magnétisme animal), ou encore le perkinisme, deviennent de plus en plus populaires à une époque où la communauté scientifique a de plus en plus besoin de preuves et d'explications sur l'efficacité des techniques médicales, ce qui accroît le scepticisme concernant ces nouveaux protocoles (Benedetti 2013).

Afin de démontrer l'efficacité d'un flux énergétique, ou de magnétisme animal, capable de soigner divers symptômes, le roi Louis XVI nomma deux commissions composées de membres de la Faculté de Médecine ainsi que de membres de l'Académie Royale des Sciences comme le chimiste Antoine Lavoisier ou encore le botaniste Antoine-Laurent de Jussieu. Ils réunirent deux groupes de femmes, l'un avait les yeux bandés, l'autre non. Selon le rapport du comité, le groupe de femmes aux yeux non bandés a été en mesure de placer avec précision l'endroit où le flux avait été appliqué. Au contraire, celles qui avaient les yeux bandés, l'ont placé aléatoirement. Aux vues des résultats de cette expérimentation, ils en conclurent que les sensations ressenties par ces femmes, qu'elles soient réelles ou simulées, étaient dû à leur imagination (Finniss et al. 2010; Benedetti 2013).

L'usage d'un faux traitement dans le but de prouver l'efficacité d'un autre se répand progressivement jusqu'à l'adoption des essais contrôlés randomisés après la Seconde Guerre Mondiale. C'est à cette époque qu'un médecin militaire, le Docteur Henry Beecher, utilisa du sérum physiologique pour soulager les douleurs de ses patients blessés au combat alors qu'il se trouvait à cours d'antalgique (Benedetti 2013). Une diminution de l'intensité de la douleur fut constatée chez certains sujets. Pour comprendre les raisons du fonctionnement de cet effet placebo, il réalisa une méta-analyse regroupant 15 études sur des symptômes tels que la douleur, la nausée, l'anxiété et la toux. Il remarqua une amélioration significative des symptômes dans les groupes contrôles (traités par placebo). Il en conclut que 35% des patients répondent positivement au placebo, ce paramètre est à prendre en compte lors de l'évaluation de l'efficacité des médicaments (Kaptchuk 1998). Plus tard, ses études ont été reprises et sa méthodologie a été fortement critiquée notamment sur le fait que la rémission spontanée de beaucoup de maladie ne fut pas prise en compte correctement (Kienle et Kiene 1997).

En plus de prendre conscience que les effets bénéfiques de beaucoup de thérapies sont dus à une rémission spontanée, la communauté scientifique a admis que l'a priori et l'implication commerciale du médecin investigateur pour un nouveau médicament pourrait entraîner un jugement en faveur de son efficacité pouvant fausser son évaluation. Ce qui a conduit à l'utilisation d'essai randomisé contrôlé en double aveugle où ni le médecin ni le patient ne savent quel traitement leur est attribué (Kaptchuk 1998).

1.3.2. Intérêt dans l'expérimentation

Le développement d'un médicament en France est une procédure très longue et qui comporte plusieurs étapes jusqu'à l'obtention d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) délivrée par l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) ou l'EMA (European Medicines Agency).

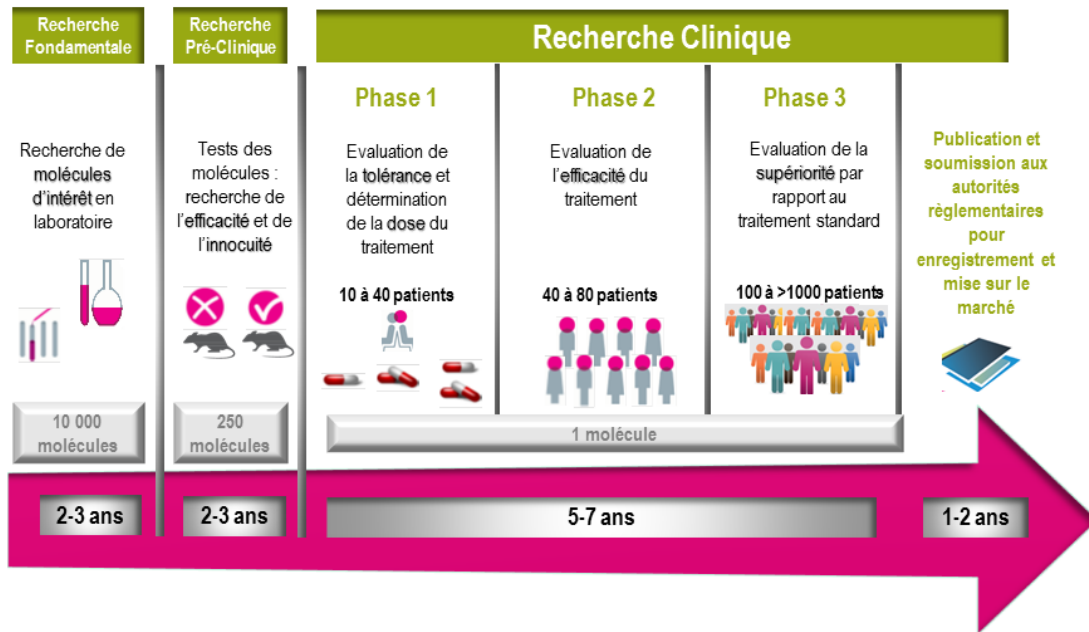


Figure 4 : Chronologie d'un essai clinique (Institut régional du cancer de Montpellier)

Il est possible de distinguer la phase pré-clinique de la phase de recherche et développement qui correspond à l'essai clinique à proprement parlé. Cette dernière est scindée en plusieurs étapes (figure 4) :

- Phase I : essai sur un petit groupe de patients sains pour déterminer la toxicité (à l'exclusion de l'oncologie en raison de la toxicité des médicaments)
- Phase II : essai sur un petit groupe de patients malades pour définir l'efficacité et la dose optimale
- Phase III : essais comparatifs sur un grand nombre de malades contre la molécule de référence ou contre un placebo
- Phase IV : pharmacovigilance

Pour être commercialisée, une nouvelle molécule doit prouver son efficacité ou sa non infériorité en comparaison avec une molécule déjà existante ou avec un placebo au cours de la phase III. Son utilisation est possible lorsqu'il n'existe pas de traitement de référence et lorsque

cela ne constitue pas de perte de chance pour le patient si celui-ci n'est pas traité par une substance active.

L'effet placebo est bien connu et exploité dans le domaine de la recherche pharmacologique. Son intérêt est tel, que différentes modélisations existent dans le but d'anticiper les mécanismes (comme le conditionnement et les attentes qui seront décrits ultérieurement) du placebo. En effet, ceux-ci qui peuvent induire une appréciation erronée de l'efficacité du médicament. Il est dit aux patients au cours de l'étude, qu'ils peuvent recevoir le traitement testé ou le placebo avec une probabilité de 50%.

L'essai est **randomisé** si les patients sont répartis dans le groupe test ou témoin de manière aléatoire. Il est dit **ouvert** si les investigateurs et les patients connaissent la nature du traitement attribué aux malades, ou **en aveugle** s'ils n'en ont pas connaissance.

Dans un essai en **simple aveugle**, seul le médecin investigateur a connaissance de la répartition des groupes, dans un essai en **double aveugle** ni le praticien ni le patient ne la connaissent.

Par ailleurs, il existe des études dites croisées ou "**cross-over**", les patients sont répartis en deux groupes et reçoivent séquentiellement un traitement A puis B ou B puis A.

Dans certains essais cliniques plus complexes, les patients sélectionnés parmi ceux qui répondent favorablement au traitement de base, puis randomisés dans un groupe traité par placebo, seraient de meilleurs répondeurs.

Dans d'autres modélisations, les sujets non répondeurs à une première phase de traitement par placebo sont sélectionnés pour recevoir un traitement actif, nous pouvons alors observer une atténuation de l'effet du médicament, due à une précédente expérience négative. (Benedetti, 2014)

Les essais cliniques doivent se faire de manière très rigoureuse pour ne pas prendre en compte les facteurs limitant et isoler seulement l'effet placebo. La différence entre le groupe placebo et le groupe sans traitement constitue le véritable effet placebo. Deux manières de modéliser l'effet placebo sont distinguées par Kirsh (Kirsch 2000). L'une est nommée modèle additif et considère que les effets non spécifiques au médicament sont répartis de manière égale entre les groupes contrôle et le test. L'autre est nommée modèle interactif et considère

que dans les deux groupes, les effets non spécifiques sont répartis de manière inégale, l'amplitude de l'effet placebo est fluctuant (Enck et al, 2013).

1.3.3. Limites

1.3.3.1. Éthiques

Appliquer directement les effets placebos dans un contexte clinique peut être problématique car selon des croyances ancrées, un placebo efficace ne peut être prescrit sans une part de dissimulation et de tromperie. Pourtant, l'utilisation d'un tel dispositif est limité dans le cadre des soins actuels ainsi que dans les essais cliniques car il est difficile de le mettre en œuvre sans outrepasser deux principes étroitement liés l'un à l'autre : le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés, et son corollaire, le droit du patient d'être informé sur son état de santé (article L.1110-2 du Code de la Santé Publique) promulgués par la Loi du 4 mars 2002 (Loi Kouchner).

La loi Huriet-Sérusclat, votée le 20 Novembre 1988, quant à elle, est relative à la protection des sujets lors des recherches biomédicales. Le patient doit recevoir une information complète et compréhensible sur le projet de recherche, au moyen d'un exposé oral et d'un document écrit remis en fin d'entretien. Après un délai de réflexion suffisant, la personne donne son consentement libre et éclairé, c'est-à-dire qu'elle affirme avoir pris la décision de participer à l'essai en toute liberté et en toute connaissance de cause. Dans le cas où le patient ne peut décider seul (enfants, déficients mentaux, etc.), la loi prévoit de recueillir le consentement d'autres personnes, comme un tuteur légal ou un parent. De plus, les normes éthiques soulignent que « l'utilisation d'un placebo sans la connaissance du patient peut saper la confiance, compromettre la relation patient-médecin et causer un préjudice médical au patient. » (Bostick, Sade.R et al, 2006).

Alors que l'induction d'un effet placebo est bénéfique pour le patient, induire une réponse nocebo ne s'accorde pas avec un des principes de la médecine et du soin qui est de ne pas nuire (*primum non nocere*). C'est pourquoi l'effet nocebo, pour des considérations éthiques, est généralement étudié sur des patients sains pour éviter toute aggravation de symptômes.

1.3.3.2. Effets non spécifiques

Les effets indésirables d'un médicament sont souvent non spécifiques (la somnolence, les nausées, les vertiges, la fatigue, les maux de tête, l'insomnie, etc.) à celui-ci (Barksy. J et al, 2002). Si le consentement éclairé implique de décrire à un patient tous les effets indésirables possibles, d'avantages de symptômes sont susceptibles de se produire, contrairement à un patient à qui l'information donnée est adaptée pour ne décrire que les effets spécifiques. Certains auteurs utilisent le terme de **consentement éclairé contextualisé** qui implique de prendre en compte les effets secondaires possibles, la personne traitée, la maladie concernée pour apporter le plus de transparence et le moins de dommages possibles. Le médecin prescripteur pourrait envisager de ne pas évoquer ces effets-là au patient, mais plutôt lui expliquer qu'il doit le contacter s'il rencontre «tout symptôme nouveau ou inhabituel», c'est ce dernier qui évaluera si la réaction est due au médicament ou à un autre facteur. Cependant, il est nécessaire de rappeler que le fait de ne pas délivrer une information, même si le but est de soigner et non de fournir une information inexacte, s'apparente à du paternalisme médical, et ceci ne doit pas prévaloir sur les principes d'autonomie et de transparence (Wells et Kaptchuk 2012).

2. Les mécanismes mis en jeu par le contexte

Tout patient possède des souvenirs reliés à son histoire et à ses expériences thérapeutiques, il peut rarement être considéré comme un disque dur vierge. Ce qu'il a vécu et emmagasiné dans sa mémoire et influence la manière dont il va traiter l'information lors de sa rencontre avec un soignant (Colloca et Benedetti 2009). Le contexte ne se limite pas au contact avec une substance inerte mais constitue un ensemble de signaux qui déclenche des mécanismes cognitifs capables d'augmenter la réponse à un traitement qui a prouvé son efficacité grâce à son action sur l'organisme, ou d'augmenter la sensibilité à un effet placebo ou nocebo. Plusieurs mécanismes différents mais interconnectés interviennent dans l'effet placebo (**figure 5**). Certains sont mobilisés de manière non-consciente, ils sont le fruit d'un apprentissage à partir des expériences, comme le conditionnement et l'apprentissage social. D'autres comme les attentes et la diminution de l'anxiété font appels à d'autres circuits et se produisent de manière consciente.

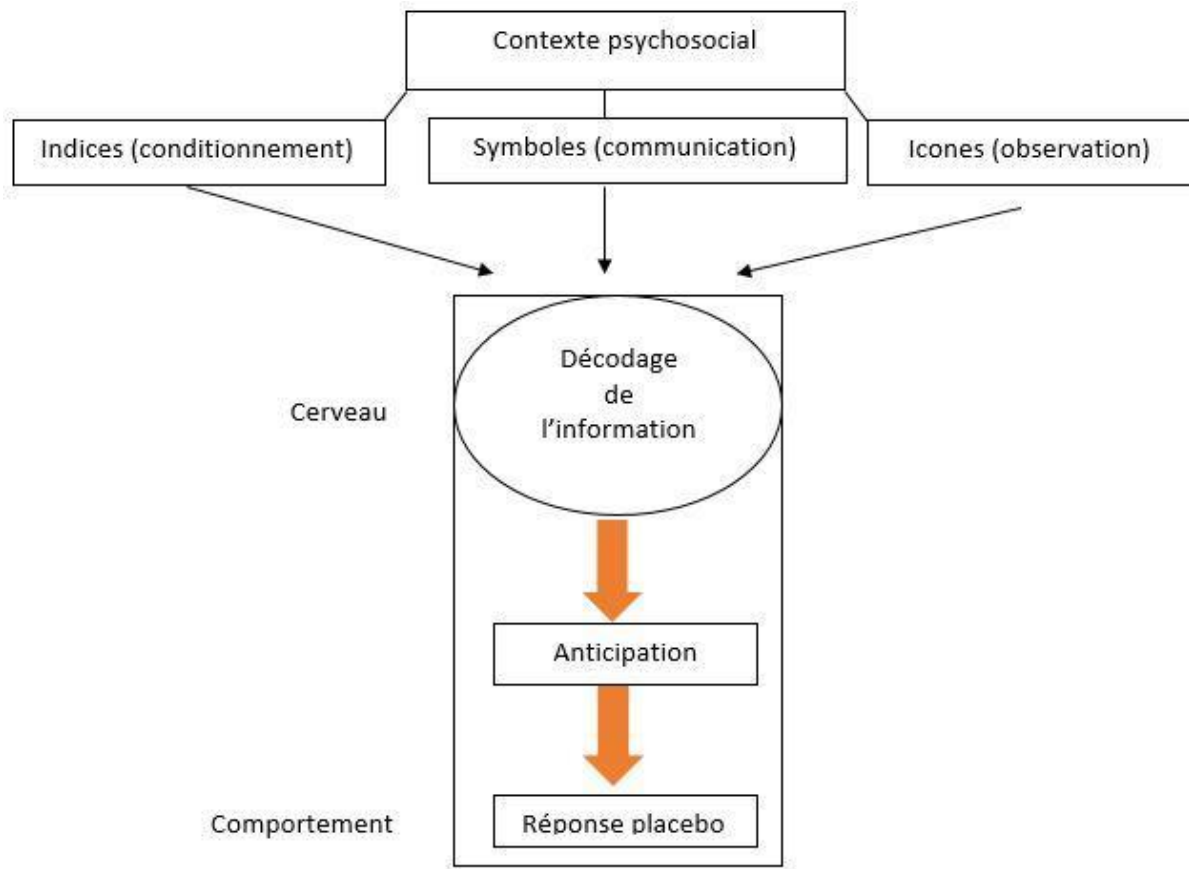


Figure 5 : Les mécanismes cognitifs dans la réponse placebo (Colloca 2011).

2.1. Les mécanismes cognitifs

Les êtres humains sont capables de combiner les stimuli émanant du monde extérieur avec des fonctions biologiques internes. Les informations sont décodées par le cerveau, et peuvent induire des changements dans l'organisme. Différentes façons d'enregistrer, de traiter et de restituer l'information interviennent lorsqu'un individu expérimente le placebo (Colloca et Miller 2011).

2.1.1. Le rôle de l'apprentissage

2.1.1.1. Le conditionnement classique

Un des mécanismes d'apprentissage qui intervient de manière non consciente est le conditionnement dit opérant ou classique (Benedetti et al. 2011b).

En 1927, Ivan Pavlov décrit ce phénomène dans sa célèbre expérience connue sous le nom du « chien de Pavlov ».

Avant le conditionnement, le chien **salive (réponse non-conditionnée)** en présence de **nourriture (stimulus non-conditionné)**. La salivation du chien à la vue de son repas est un processus physiologique réflexe, il n'est soumis à aucun apprentissage. Le son d'une cloche (**stimulus neutre**) n'entraîne aucune réponse de la part du chien.

Au cours du conditionnement, le son de la cloche est associé de manière répétitive à la présentation de la nourriture, il est émis juste avant de présenter de la nourriture au chien, ce qui produit la salivation.

Une fois la phase de conditionnement terminée, le fait de faire sonner une **cloche (stimulus conditionnée)** entraîne la **salivation** du chien en l'absence même de nourriture (**réponse conditionnée**).

Avant que ces résultats soient transposés à l'Homme, l'hypothèse que le conditionnement intervient dans l'effet placebo a été mise en évidence chez l'animal.

La scopolamine est un antagoniste de l'acétylcholine qui agit sur le système parasympathique du système nerveux central (SNC) au niveau des récepteurs muscariniques. Ces derniers sont notamment impliqués dans la mémorisation et l'apprentissage (Pazzagli et Pepeu 1965). Il a été démontré chez le rat, qu'une injection de scopolamine perturbe la réponse conditionnée. En effet, des rats ont été entraînés à recevoir de la nourriture sucrée quand ils

abaissent un levier. Des injections de solution saline, qui ne produit pas d'effet, furent effectuées au même moment et à chaque nouveau cycle. Après l'injection de scopolamine des changements moteurs ont été observés chez le rat, les mêmes changements ont été observés lors d'une injection postérieure d'une solution saline (Herrnstein 1962).

Nous pouvons transposer ces résultats dans le cadre d'un traitement médicamenteux avec un cachet antalgique de forme ovale et bicolore contenant du paracétamol (stimulus inconditionné). Après sa prise, la douleur du patient s'atténue (réponse inconditionnée). Plus tard, si le patient prend un cachet de forme ovale et bicolore sans substance active (stimulus conditionnée) sa douleur peut s'atténuer (réponse conditionnée). Le stimulus neutre représenté par la couleur et la forme du cachet peut produire un effet s'il est associé à plusieurs reprises avec un stimulus inconditionnel : le principe actif. La réponse placebo est attribué à l'apprentissage de cette association répétée entre la disparition des symptômes liée à une substance active représentée par une forme galénique, ou tout autre stimulus comme une seringue, une personne en blouse blanche, un décor d'hôpital, entre autres.

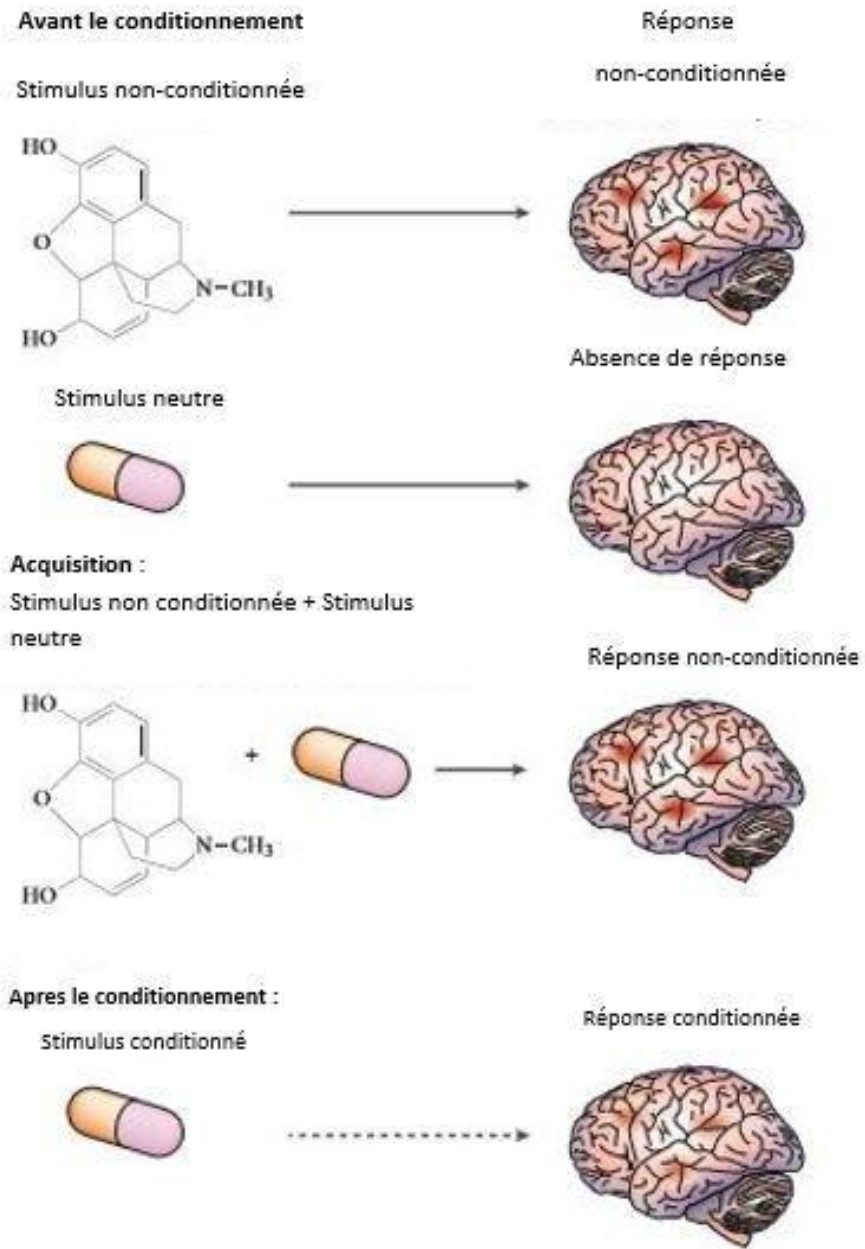


Figure 6 : Le conditionnement classique par un stimulus pharmacologique (Enck et al. 2013).

La réponse placebo dépend de la réponse au premier traitement. S'il s'avère efficace, l'idée que le traitement fonctionne ou ne fonctionne passera retenue par le patient. La séquence de prise est également importante. Le placebo a une meilleure action lorsqu'il est

précédé d'une expérience avec un traitement actif (Ader et al. 2010) . S'il est donné pour la première fois, son effet sera plus faible, voire inexistant (Amanzio et Benedetti 1999).

Des études se sont intéressées à la durée de la période d'acquisition dans l'effet placebo et nocebo (Colloca et al. 2010). Deux groupes de participants comparables en nombre, âge et sexe furent entraînés à recevoir un stimulus douloureux et un autre non douloureux associé à un signal lumineux sur le dos du pied pour comparer les effets d'une courte (un cycle) ou d'une longue (quatre cycles) période d'acquisition. Il en résulte chez les sujets ayant eu quatre cycles de conditionnements un effet placebo et nocebo plus élevé et plus durable que chez ceux qui n'en eurent qu'un.

Plus la période d'apprentissage est longue, plus l'influence du contexte déclenchera une réponse significative et qui se prolongera dans le temps.

Cependant, s'il est possible d'apprendre par le conditionnement, il est possible d'observer en contrepartie une habituation et une diminution des effets. Considérer la prise à long terme de médicament sous la perspective du conditionnement permettrait de maximiser l'efficacité des traitements, de diminuer le dosage et ainsi réduire les effets indésirables et le coût financier (Enck et al. 2013). La mise en place d'une telle stratégie nécessite d'utiliser le médicament sous une posologie normale pendant une certaine période (stimulus non-conditionné), puis alterner la prise de médicament avec un placebo (stimulus conditionnel). Cela a été démontré chez des patients atteints de psoriasis et traités par corticoïdes qui ont montré une atténuation de leurs symptômes en alternant leur traitement avec un placebo (Ader et al. 2010).

2.1.1.2. L'apprentissage social

L'apprentissage social est un autre mécanisme de conditionnement pendant lequel une personne apprend d'une autre en la regardant et en l'imitant (figure 7) (Colloca, 2009). Cette théorie a été formalisée par Albert Bandura, elle repose sur trois processus (Carré 2004) :

-L'apprentissage **vicariant** ou par modelage, dans le contexte de l'apprentissage social, il fait référence à l'apprentissage qui résulte de l'observation d'un modèle, c'est-à-dire d'un congénère, exécutant un comportement à acquérir favorable aux yeux de l'observateur. Vicariant signifie «ce qui remplace autre chose». Ce processus comporte quatre aspects : l'attention, la mémorisation, la reproduction, et la motivation.

-**La symbolisation** fait référence au potentiel humain de symbolisation pour analyser ses propres expériences, pour communiquer, créer, imaginer, anticiper et évaluer ses propres actions.

-**Les mécanismes autorégulateurs** appelés aussi «agentivité humaine», ils représentent la capacité de l'être humain à influencer de manière intentionnelle le cours de sa vie et de ses actions.

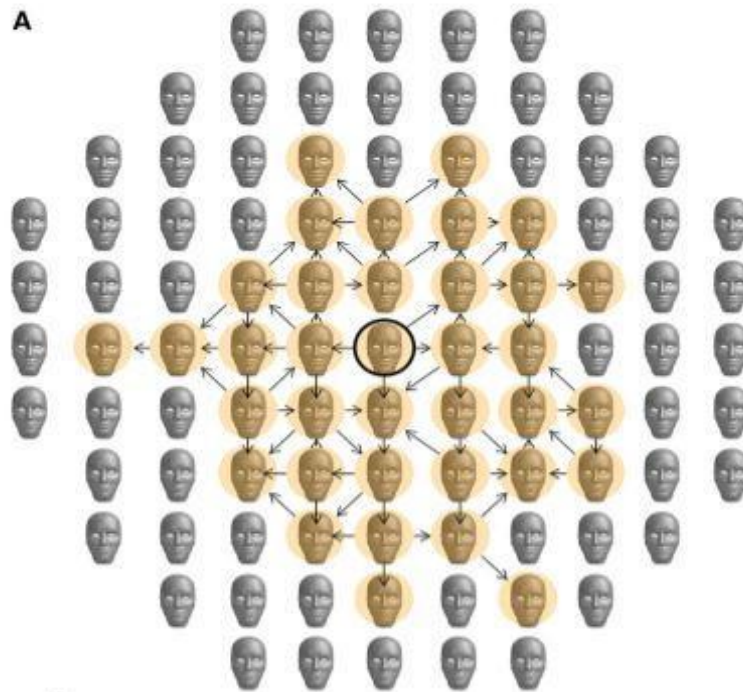


Figure 7 : Propagation par l'apprentissage social (Benedetti 2014)

Pour confirmer l'hypothèse qu'un effet placebo peut être induit chez des individus ayant vu d'autres individus prendre un antalgique, trois groupes comparables ont été constitués (Colloca et Benedetti 2009). Le premier groupe reçut un stimulus douloureux, puis un traitement placebo après avoir observé une personne montrant des signes de soulagement au déclenchement d'une lumière de couleur verte. Le second groupe est passé par une phase d'acquisition pendant laquelle quand une lumière de couleur verte s'allume la réduction de l'intensité du stimulus douloureux leur laissait croire que la lumière diminue leur douleur. Le troisième groupe reçut une instruction verbale leur indiquant que la lumière de couleur verte soulage la douleur.

Groupe 1: Analgésie placebo via l'apprentissage social
Groupe 2: Analgésie placebo via le conditionnement (période d'apprentissage sur l'autre main)
Groupe 3: Analgésie placebo via une suggestion verbale

Dans les trois groupes, la douleur a été évaluée à l'aide d'une échelle numérique de 0 (absence de douleur) à 10(douleur maximale imaginable), un questionnaire pour évaluer le niveau d'empathie de chaque participant a également été distribué.

Concernant de prise en charge de la douleur, des résultats comparables sont observés entre le groupe conditionnement et le groupe apprentissage par observation (39,18% contre 43,35%). Les membres de ce dernier rapportent une réduction de la douleur quasiment équivalente à ceux qui ont réellement expérimenté une réduction de la douleur après une phase de conditionnement. Les résultats de ces deux groupes sont largement supérieurs à ceux du groupe suggestion verbale (8,42%). L'apprentissage social serait plus efficace que la suggestion verbale en matière d'effet placebo. Les contrôles réalisés n'ont pas montrés de corrélation entre les résultats du premier groupe et ceux du démonstrateur, ce qui indique qu'ils n'étaient pas simplement en train de reproduire un résultat mais ont indiqués ce qu'ils ressentaient personnellement.

Notons queles sujets présentant un score élevé au questionnaire sur l'empathierépondent plus favorablement à l'apprentissage social. La capacité de s'identifier aux autres dans ce qu'ils ressentent est une variable non négligeable. Ils ont tendance à se projeter plus aisément dans une situation à l'issue positive et ainsi à s'imprégner de l'expérience des autres pour la transposer à la leur (Colloca et Benedetti 2009).

Cette hypothèse a également été testée pour l'effet nocebo (Vögtle et al. 2013).

85 étudiantes ont été réparties aléatoirement en trois groupes. Le premier groupe ou groupe contrôle (GC) a reçu l'information que « la crème n'avait pas d'effet sur la douleur ». Dans le deuxième groupe ou groupe de suggestion verbale (SV), il leur a été dit que « la crème augmentait la douleur », enfin le troisième groupe (O), visionna une séquence au cours de laquelle une actrice ressentait plus de douleurs après l'application de la crème.

Groupe C = la crème n'a aucun effet
Groupe SV = la crème augmente la douleur
Groupe O = observe une personne ayant de plus en plus mal

Par la suite la crème fut appliquée avant le stimulus sur l'une des mains, trois pressions douloureuses de soixante secondes sur chaque main furent appliquées. Le niveau de douleur fut recueilli grâce à une (EVA) toutes les 20 secondes. Chacune dû remplir un questionnaire concernant la douleur ressentie et leur niveau d'anxiété. Les participantes du groupe O ont montré un niveau de douleurs plus élevé sur la main où la crème fut appliquée. Les résultats du groupe SV sont légèrement comparables à ceux du groupe contrôle.

Le fait d'observer l'effet d'un médicament sur une autre personne peut conduire à la reproduction de ces mêmes effets par l'organisme. Une volonté de se conformer au modèle et de réagir en fonction de ce que le sujet pense qu'on attend de lui entre en jeu. La suggestion verbale n'a pas démontré une différence significative avec le groupe C. Ces résultats contrastent avec une autre étude qui a mis en lumière l'induction d'un effet nocebo par la suggestion verbale (Voetgel, 2013). Ceci est peut-être dû à la qualité et à la crédibilité de l'information reçue.

Ces différentes expérimentations démontrent le rôle de l'apprentissage social dans la réponse d'un sujet face à son environnement, que l'issue soit positive ou négative. Il existe une

capacité chez l'Homme à s'imprégner de l'expérience des autres et une tendance à reproduire les mêmes comportements. Que ce soit par le bouche-à-oreille ou par la publicité, les avis sur un remède se propagent, ce qui fait qu'avant même de le tester, un patient peut déjà avoir intégré l'idée qu'il sera efficace ou non, qu'il entraînera un certain type d'effets indésirables, etc.

L'interaction sociale et la communication sont des facteurs importants qui exercent une influence sur le comportement humain concernant l'état de santé (que ce soit pour des attitudes en faveur de leur santé, que pour des attitudes plus néfaste). Observer les effets bénéfiques d'un traitement chez d'autres produit une réponse placebo non négligeable. Plus l'individu a un niveau d'empathie élevé, plus sa capacité d'apprentissage par les autres sera élevée (Colloca et Benedetti 2009).

2.1.2. La place des attentes

Les mécanismes d'apprentissage ne sont pas les seuls mécanismes à l'action dans l'effet placebo, ils sont intimement liés aux attentes du patient. Ces dernières sont caractérisées par les représentations de l'atteinte dont il souffre, le sens qu'il donne au traitement et son désir de guérison (Cedrashi et al. 2011).

Dans une des études démontrant l'effet conjoint des attentes et du conditionnement classique, des volontaires sains ont été soumis à une procédure de pré-conditionnement par un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), durant deux jours consécutif, suivi de l'administration d'un placebo le troisième accompagné d'une suggestion verbale d'analgésie. Cette procédure induit une forte réponse placebo analgésique. Dans un autre groupe comparable, la même procédure de pré-conditionnement suivie par l'administration d'un placebo, accompagné cette fois d'une suggestion verbale d'hyperalgésie produit un effet hyperalgique. L'analgésie placebo est dépendante des attentes du patient et rendent un conditionnement antérieur inefficace (Benedetti et al. 2003).

Une autre étude légèrement différente introduit un stimulus d'intensité décroissante administré avec un crème placebo (procédure de pré-conditionnement), puis les patients furent divisés en deux groupes. Le premier groupe n'était pas informé que l'intensité du stimulus diminuait alors que le second groupe eut connaissance de la manipulation du stimulus et de la crème inerte. Aucun effet placebo analgésique ne fut observé dans ce groupe. Cela confirme le fait que même après un conditionnement, l'attente consciente est nécessaire à l'analgésie placebo (Benedetti et al. 2011b).

Le point clé de ces différentes études est que **la suggestion verbale façonne les attentes**. Le patient qui expérimente un soulagement après qu'on lui ait présenté un placebo en lui disant « ceci est un puissant analgésique » répond à cette communication symbolique et anticipe le soulagement (Colloca et Miller 2011). La suggestion verbale peut être dirigée vers une partie spécifique du corps humain, elle est somatotopique (Amanzio et Benedetti 1999). En fonction de sa fiabilité, elle engendre l'attente d'un soulagement de la douleur accompagnée d'une diminution des idées négatives chez le patient. Elle rend possible une cascade de réactions conduisant à une diminution de la douleur (Custers et Aarts 2010).

Habituellement, les investigations qui ont pour but de cibler l'effet placebo et d'isoler sa part dans l'efficacité d'un traitement consistent à simuler un geste thérapeutique tout en conservant les mêmes procédures qu'avec un véritable. Une approche différente permet d'étudier la même chose mais sans administrer de placebo (c'est-à-dire en le donnant un traitement sans que le patient ne soit au courant). On élimine la composante psychologique tout en conservant l'action spécifique d'un traitement. Les effets spécifiques restent inchangés (Price et al. 1999).

Comparer l'administration visible d'un médicament à son injection cachée s'est avéré utile pour d'une part quantifier la portion de l'effet placebo dans l'efficacité d'un traitement, et d'autre part pour affiner notre compréhension du rôle des attentes et d'un contexte médical adéquat. Nous utiliserons ici les termes ouvert/fermé, attendue/inattendue ou encore visible/cachée de manière interchangeable. En raison de considérations éthiques, le patient est

informé qu'un traitement lui sera donné, mais ne sais pas à quel moment. De plus, avec cette approche, il n'est pas nécessaire de disposer d'un groupe contrôle pour observer l'histoire naturelle de la maladie (Price 2001).

Au cours d'une expérience menée par Amanzio, deux types d'injections sont réalisées chez deux différents groupes de patients ayant subi une chirurgie thoracique (Amanzio et al. 2001). La première en pleine vue et conscience des patients d'un groupe (dite ouverte) au cours de laquelle le docteur se rend à son chevet et lui signale qu'il lui sera administré un puissant antalgique. Pour l'autre les injections sont contrôlées à distance par un ordinateur (dite fermée), les patients ne savent pas quand l'antalgique sera introduit dans leur organisme. La dose analgésique nécessaire pour diminuer la douleur de moitié selon une échelle numérique de 0 à 10 est mesurée avec quatre types d'antalgiques différents (Kétorolac, Buprénorphine).

Il en résulte que pour réduire de moitié les douleurs ressenties par les sujets de l'expérience, une quantité moins importante d'anesthésique est utile dans le groupe ouvert en comparaison avec le groupe fermé, et ce pour les quatre antalgiques. De plus, par l'observation de la courbe douleur en fonction du temps, on remarque que la douleur est plus élevée durant la première heure pour l'injection fermée que pour l'injection ouverte (Amanzio et al. 2001).

On relèvera le fait que la puissance de l'effet des attentes sur la réduction de la douleur a été quantifiée dans le cadre de la prise en charge des douleurs postopératoires suivant l'extraction d'une dent de sagesse avec injection de morphine selon le principe ouvert/fermé. Il fut conclu qu'une **injection inattendue de 6-8 mg de morphine** est aussi efficace qu'une **injection attendue de sérum physiologique** visible par le patient. Entendre qu'un puissant antalgique lui sera donné est aussi efficace que 6-8mg de morphine (Levine et al. 1978).

Au cours de leur vie, les êtres humains poursuivent des objectifs qui dirigent leurs comportements (Custers et Aarts 2010). Ils disposent d'une certaine capacité à arriver au même résultat sous des circonstances différentes. Cette flexibilité découle de sa faculté de pouvoir se représenter mentalement ces objectifs. Ces représentations motivent l'action et la guident. Les modèles de la poursuite d'objectifs partagent les caractéristiques suivantes : une personne

considère un résultat ou un objectif possible, examine si les actions et les ressources nécessaires pour attendre le résultat sont disponibles, et donne une valeur au résultat (récompense ou punition) (Custers et Aarts 2010). Il est possible de considérer la santé sous le prisme de ce modèle. Le contact avec un médecin ou un médicament constitue une ressource qui permet d'atteindre la guérison (récompense), ce qui motive le patient. Les attentes préparent l'organisme à anticiper l'événement pour y faire face.

Les centres des récompenses sont stimulés pour des récompenses utiles à la survie et à la reproduction mais également pour des récompenses acquises comme l'argent ou le statut social (Benedetti et al. 2011b). Peu importe leur forme, des stimuli interprétés comme étant positif induisent aussi une récompense et ce signal est prêt à être traité par le cerveau.

L'espoir correspond au désir et à l'attente que l'avenir sera meilleur que le présent. Il est le principal mécanisme de changement en psychothérapie (Stewart-Williams et Podd 2004). Certains auteurs pensent que l'espoir d'un bénéfice clinique se résume à une reprise d'une activité normale qui permettrait de distraire l'individu en détournant son attention de ses maux et de réduire les pensées autodestructrices, à l'inverse, l'attente d'un événement négatif (Benedetti et al. 2011b). D'autres, au contraire, décrivent la maladie comme quelque chose d'imprévisible et d'incontrôlable qui est vécu comme quelque chose de stressant. L'attente qu'un traitement puisse réguler une telle variable permettrait de réduire l'anxiété et le stress (Peck et Coleman 1991).

2.2. Les mécanismes neurobiologiques

Selon la définition officielle de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), «la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes».

La douleur est un mécanisme largement étudié car elle est en partie une expérience subjective qui peut être modulée par le contexte social et psychologique du sujet. Le fait qu'elle soit sensible à l'effet placebo en fait un excellent modèle pour découvrir ce qui se passe d'un point de vue neurobiologique. Les réponses placebos ont la capacité d'activer différents systèmes nociceptifs et anti-nociceptifs aussi bien par le biais des opioïdes endogènes que par d'autres mécanismes qui seront décrits plus bas (Colloca et Benedetti 2005).

L'analgésie placebo se produit lors de l'administration d'une substance non-antalgique produisant un effet antalgique chez un patient qui croit fortement que sa peine va s'atténuer (Benedetti 2008).

2.2.1. La voie des opioïdes endogènes dans l'effet placebo antalgique

La neurobiologie de l'antalgie placebo émerge avec l'hypothèse que si le naloxone est capable de bloquer une réponse placebo, celle-ci doit intervenir au niveau des récepteurs aux opiacés. En effet, le **naloxone** étant le principal antagoniste des récepteurs morphiniques. Sa liaison à son récepteur empêche ainsi toute autre molécule de s'y fixer et bloque son action.

Dans le but de tester cette hypothèse, une équipe de chercheurs a suivi des patients ayant subi une chirurgie des dents de sagesse dans le cadre de la prise en charge de la douleur post-opératoire (Levine et al. 1978). Les patients ont été répartis en plusieurs groupes, et selon le principe du double aveugle ont été informés qu'ils recevraient soit un placebo soit de la morphine. Trois groupes furent constitués selon la séquence de prise suivante:

- administration de naloxone puis placebo
- administration de placebo puis naloxone
- administration de placebo puis placebo

La douleur de chaque patient fut évaluée à l'aide d'une échelle visuelle analogique à intervalle régulier.

Chez les deux groupes, du patient ayant reçu le placebo autemps 1 on observe d'abord une réduction de la douleur, puis à l'introduction du naloxone, une augmentation de celle-ci. Néanmoins, tous les patients n'ont pas répondu au placebo. L'administration d'un placebo induit une diminution significative des douleurs chez environ 39% d'entre eux. Les non-répondeurs au placebo ont eu autant mal que ceux ayant reçu naloxone puis placebo.

Si le naloxone avait un effet algique indépendamment de l'effet du placebo, il aurait augmenté la douleur même chez les non-répondeurs au placebo. Ces résultats vont en faveur de l'hypothèse suivante : si la naloxone est capable d'interrompre l'effet placebo analgésique, alors ce dernier utilise les mêmes mécanismes, la prise d'un placebo entraîne une sécrétion d'opioïdes endogènes.

Il a par ailleurs été observé que le placebo a la capacité d'atténuer les signes de sevrages chez les patients dépendants à une substance (Levine et al. 1978). La réponse obtenue après une exposition à des opiacés, peut également être bloquée par le naloxone, par contre si la réponse se produit après l'exposition préalable à un médicament non opiacé, le naloxone n'a aucun effet (Zubieta et Stohler 2009). Lorsqu'un patient prend un placebo après une procédure de conditionnement avec de la morphine par exemple, la réponse observée peut être bloquée par du naloxone. Il peut également bloquer la réponse induite par de fortes attentes. Etant donné que l'analgésie placebo est bloquée par des antagonistes aux récepteurs aux opioïdes, le fait d'administrer en premier du naloxone, réduit la probabilité d'obtenir une réponse placebo par la suite (Colloca et Benedetti 2005). Si le placebo est donné après une procédure de conditionnement avec un médicament qui n'est pas un opiacé, alors le naloxone est inefficace (Benedetti 2013).

Une expérience similaire a été réalisée avec du kétorolac, un antalgique non opioïde. Après une période de pré-conditionnement de deux jours, le kétorolac est remplacé par un placebo en précisant au patient que c'était un antalgique. Dans un deuxième groupe, après la

même période de pré-conditionnement, le placebo est donné indiquant qu'il augmentait les douleurs. Malgré le conditionnement, le seul fait de changer l'instruction verbale suffit à bloquer l'effet placebo. Le conditionnement via la voie des récepteurs aux opioïdes n'est pas le seul mécanisme en jeu (Benedetti 2013).

2.2.2. La cholécystokinine impliquée dans l'effet nocebo hyperalgique

La cholécystokinine (CCK) est une hormone sécrétée par le duodénum présente dans le cerveau et la moelle épinière. Elle agit comme un neuromédiateur du système nerveux central (SNC) (Mann 1997). La CCK est en lien avec l'induction et la persistance de l'anxiété, avec les troubles psychologiques et ceux liés au stress. Un taux élevé au niveau cérébral est associé à de l'anxiété et de la démotivation. Il existe un lien complexe entre les effets de la CCK sur la mémoire et l'anxiété d'un côté et les effets amnésiques et anxiolytiques des opioïdes de l'autre (Hebb et al, 2005). De plus, en se fixant sur son récepteur, la CCK possède une action anti-opiacée en inhibant l'effet analgésique de la morphine, donc elle produit un effet hyperalgique (Benedetti, 2013).

Les indices en faveur du rôle de CCK dans l'analgésie placebo proviennent de la découverte de l'action de son antagoniste, le **proglumide**, de faible affinité pour les récepteurs CCKa et CCKb cérébraux. Par d'autres mécanismes, le proglumide permet de modifier la biodisponibilité de certains récepteurs aux opiacés, mais n'est pas un antalgique.

Une première expérience fut réalisée pour tester l'influence du proglumide comparée à un placebo (Benedetti, 1995). Avec le proglumide, un abaissement plus important de la sensation douloureuse est observé en comparaison avec l'utilisation d'un placebo, qui lui-même s'avère plus efficace que l'absence de traitement.

Il fut conclu à tort que le proglumide agissait directement sur la douleur alors que la CCK bloque directement le message douloureux dans une procédure placebo (figure 8) (Colloca et Benedetti, 2005).

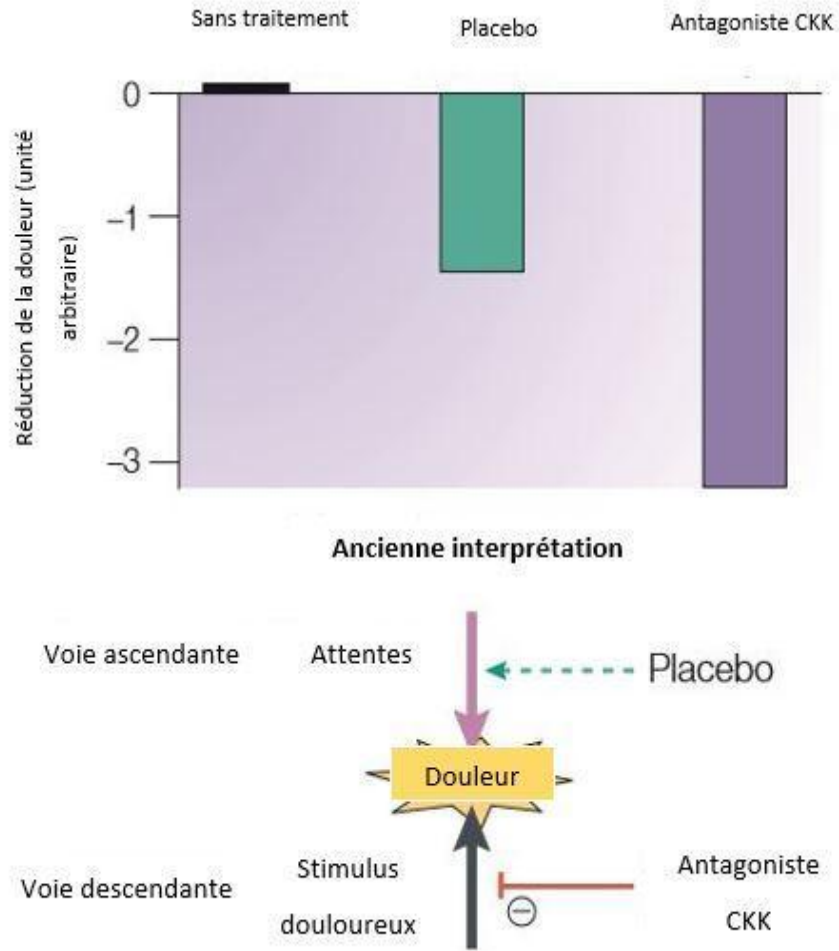


Figure 8 : Schéma de l'ancienne interprétation de l'action de CKK sur la douleur (Colloca et Benedetti 2005)

Cependant, l'injection de proglumide à l'insu du patient c'est avérée sans effet. Le proglumide n'est pas un antalgique et n'agit pas directement sur la douleur. Il serait alors plus probable que le proglumide n'agit pas selon les mêmes circuits que la douleur mais plutôt sur le mécanisme des attentes, qui lui influe sur la réponse analgésique (figure 9). Le proglumide induit une réduction que la douleur si, et seulement si, il est associé à une procédure placebo (Colloca et Benedetti 2005).

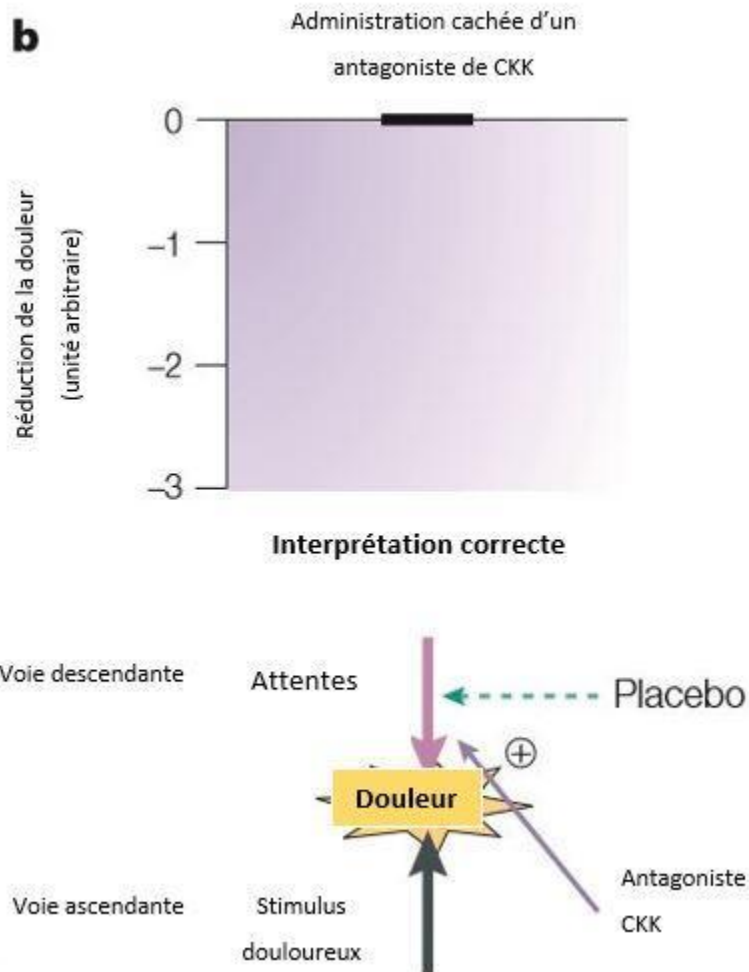


Figure 9 : Schéma de l'action de CCK sur la douleur (Colloca et Benedetti 2005)

La CCK, contrairement au mécanisme décrit précédemment, exerce une action plus complexe et intervient quand le contexte entraîne une modification des paramètres biologiques. Un contexte stressant entraîne une augmentation du taux de CCK cérébral, qui produit une anxiété croissante chez le patient. Puisque l'anxiété joue un rôle dans l'amplification de la douleur, cela entraîne une succession de signalisation qui se traduit par une hyperalgie.

Il semble important de distinguer l'hyperalgésie engendrée par le stress de l'hyperalgésie induite par l'anxiété. L'une est déclenchée par un agent de stress et détourne l'attention de la souffrance elle-même pour se concentrer vers le stimulus menaçant, tandis que l'autre est induite par l'anxiété et se focalise sur la douleur (Benedetti et al. 2007). Or dans l'hyperalgésie nocebo, le fait d'évoquer un inconfort exagère l'effet de stimuli douloureux ou transforme une sensation tactile en sensation douloureuse. La CCK représente ce lien entre l'anxiété anticipatoire et l'augmentation de la douleur.

2.2.3. Les récepteurs CB1 aux cannabinoïdes

La recherche récente s'est penchée sur d'autres mécanismes moins connus qui semblent participer à l'effet placebo. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens se fixent sur les récepteurs CB1 aux cannabinoïdes et ont pour fonction de bloquer la synthèse des cyclooxygénases et des prostaglandines responsables de l'inflammation et donc de la douleur.

Toujours dans le cadre de l'analgésie placebo, la réponse induite après la prise répétée d'opiacés peut être bloquée par un antagoniste aux opiacés mais pas par une molécule qui ne fait pas parti de cette classe d'antalgique. Pour vérifier cette hypothèse, des volontaires sains ont été soumis à un test de résistance à la douleur, appelé aussi tests du tourniquet¹ pendant cinq jours consécutifs (Benedetti et al. 2011a). Ils ont été répartis en 5 groupes :

Le groupe 1 ou test n'a reçu aucun traitement.

Le groupe 2a reçu du rimonabant (le rimonabant est un antagoniste des AINS) aux jours 2 et 4 pour observer ses effets sur ce type de douleur.

Le groupe 3 a reçu de la morphine au jour 2 et 3 et un placebo au jour 4, c'est le groupe contrôle de conditionnement aux opiacés.

¹Ce test est couramment utilisé pour reproduire de manière expérimentale des douleurs de type ischémiques à l'aide d'un brassard gonflé au-dessus de la pression artérielle systolique. Le volontaire doit alors presser à plusieurs reprises un objet dans sa main. La douleur augmente progressivement, et le sujet arrête le chronomètre lorsque qu'il ne peut plus supporter la douleur (Benedetti, 1999).

Le groupe 4 a reçu de la morphine au jour 2 et 3, un placebo et du rimonabant au jour 4, pour tester l'effet du rimonabant sur la réponse placebo induite par les opiacés.

Le groupe 5 a reçu un antalgique non opioïde, le kétorolac, au jour 2 et 3, puis un placebo et du rimonabant pour tester l'effet du rimonabant lors d'un conditionnement par le biais d'un non-opioïde.

Les résultats sont les suivants :

Chez le groupe 1, il n'est pas observé de variations significatives de la douleur, la tolérance est constante.

Chez le groupe 2, il n'y a pas de variations significatives, le rimonabant n'influe pas sur la douleur.

Chez le groupe 3, la morphine augmente la tolérance à la douleur, le placebo produit un effet similaire

Chez le groupe 4, on n'observe la même chose que pour le groupe 3 le rimonabant n'a pas d'effet.

Chez le groupe 5, on observe une baisse de l'effet placebo.

Groupes	Résultats
1 : aucun traitement	Douleur constante
2 : rimonabant (j2, j3)	Douleur constante
3 : morphine (j2, j3) + placebo	Résistance à la douleur augmentée avec la morphine et le placebo
4 : morphine (j2, j3) + placebo (j4) + rimonabant (j4)	Résistance à la douleur augmentée avec la morphine et le placebo, rimonabant sans effet.
5 : Kétorolac (j2, j3) + placebo + rimonabant	Diminution de la résistance la douleur à l'introduction de placebo puis du rimonabant

Figure 10 : Résumé de l'expérience révélant l'implication des récepteurs CB1 (Benedetti et al. 2011a).

En conclusion, on observe une similitude entre la réponse placebo induite après la prise de morphine et après la prise de kétorolac. Seule la réponse placebo après un pré-conditionnement par kétorolac est bloquée par le rimonabant. La voie de signalisation bloquée par le rimonabant prend part à l'effet placebo. Donc, les récepteurs CB1 aux cannabinoïdes en font partie.

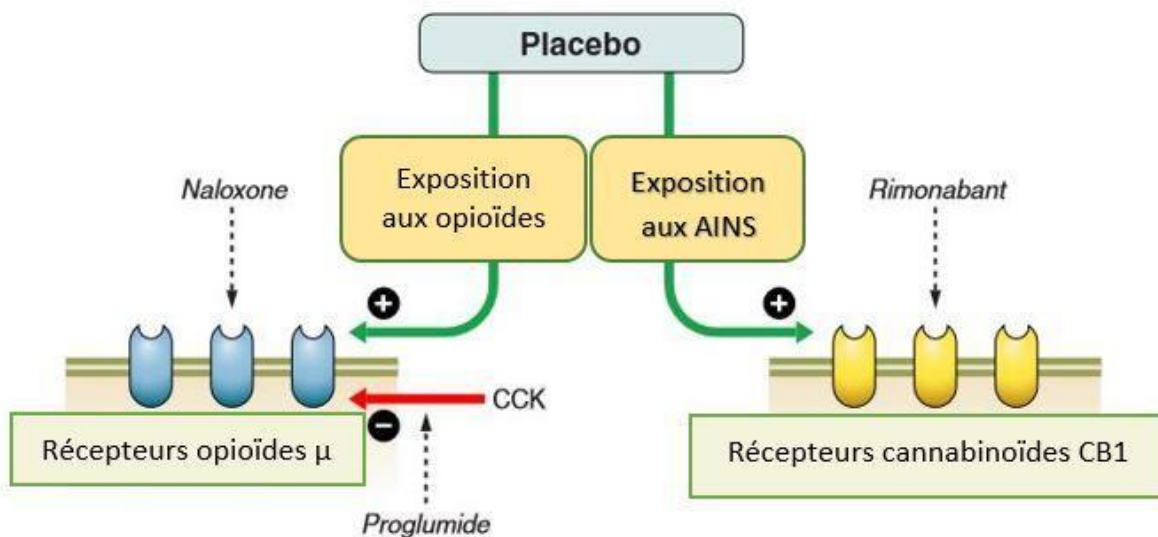


Figure 11 : Récapitulatif des voies de signalisations impliquées dans l'effet placebo (Benedetti 2013)

Les mécanismes présentés précédemment constituent des indices supplémentaires appuyant le fait que les effets de contexte ne sont pas dus à l'imagination du sujet mais ont un impact sur son organisme. Ce qui peut être entendu et vu par le patient est capable de déclencher des voies d'action et de produire une réduction de la douleur comme de l'anxiété. Il est alors nécessaire de réfléchir sur les façons grâce auxquelles il est possible de s'approprier le contexte

pour prendre en charge la patient de manière la plus complète possible, en profitant de l'effet placebo tout en minimisant l'effet nocebo. La relation entre un soignant et une personne soignée est particulière car elle est propice à l'activation de ces effets.

3. La relation praticien-patient : une interaction sociale unique

L'interaction sociale est la relation interpersonnelle entre au moins deux individus par laquelle leurs comportements sont soumis à une influence réciproque. Chaque individu modifie son comportement en fonction des réactions de l'autre (Tourev 2006). La relation praticien-patient est essentielle et indissociable de l'art d'exercer la médecine. Bien qu'elle ait évolué au cours du temps, elle pose un cadre privilégié et propice au recueil d'informations sur le patient, au diagnostic et à la planification des actions à mettre en place pour améliorer son état de santé. Elle est basée sur le respect mutuel des protagonistes et sur la confidentialité des données échangées (Goold et Lipkin 1999).

3.1. Le lien entre la maladie et l'effet placebo

3.1.1. La relation praticien-patient d'un point de vue évolutionniste

La pensée évolutionniste, selon laquelle les espèces évoluent au cours du temps, permet d'aborder la relation praticien-patient comme une des formes les plus avancées d'interaction sociale. L'Homme est passé d'une hygiène du corps personnelle à une hygiène du corps sociale, c'est-à-dire déléguée à une personne de confiance, et a ainsi développé une préoccupation émotionnelle des malades (Benedetti, 2013).

Chez l'Homme tout comme chez l'animal, de nombreux réflexes sont conçus pour protéger le corps de dommages éventuels (Lordkipanidze et al. 2005). Prenons l'exemple des

réflexes de retrait et de grattage conçus pour protéger des stimuli externes menaçants. Ils sont présents à la fois chez les invertébrés et les vertébrés, y compris les humains.

L'étape évolutive qui va du réflexe de grattage au fait de se nettoyer et de prendre soins de son corps, nous montre comment le système nerveux central est passé d'un simple réflexe à un schéma moteur complexe pour le soin de la surface totale du corps (se lécher, se gratter, lisser, frotter...) (Lordkipanidze et al. 2005).

Dans une hygiène du corps sociale, il y a deux participants le toïletté et le toïletteur. Alors que le premier en tire plusieurs bénéfices tels que le plaisir, la relaxation et l'hygiène induite par le toucher, les avantages pour le second sont moins évidents. Le toïletteur n'a aucun avantage immédiat car il consacre son énergie et son temps au profit des autres. L'acte de toïlettage peut être considéré comme un altruisme précoce. A cela s'ajoute d'autres mécanismes cérébraux spécifiques de la race humaine comme la compassion, les attentes, les croyances, la confiance, l'espoir et l'empathie. De la même manière que le toïletté est en contact avec un toïletteur dans le but de prendre soin de son corps, le patient malade entreprend la démarche de se diriger vers un médecin qui lui prendra soin de sa santé selon un schéma répété pouvant être assimilé à un système homéostatique (Benedetti 2013).

3.1.2. Un système homéostatique

D'un point de vue physiologique et neuroscientifique, l'ensemble du processus de la consultation médecin-patient peut être subdivisé en quatre étapes constituant un **système homéostatique** où se sentir malade est la variable à contrôler, et où la motivation pour chercher le soulagement permet d'adopter toute une série de comportement (**figure 11**) (Benedetti 2013).

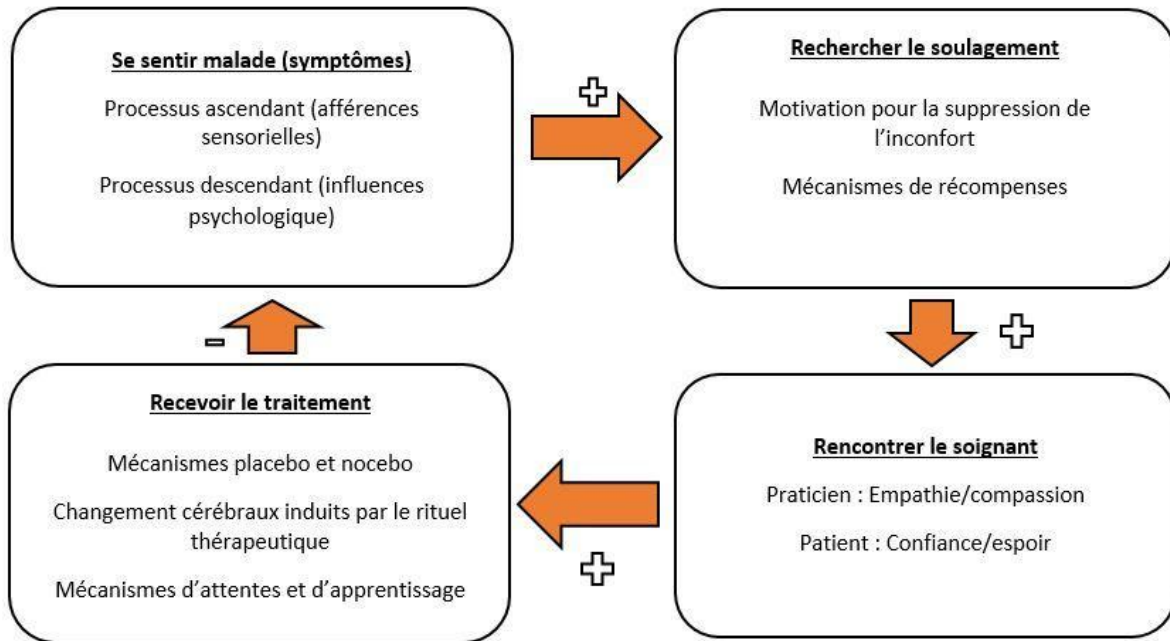


Figure 12: Le Système homéostatique (Benedetti 2013)

Se sentir malade est l'étape initiale et essentielle de ce processus qui permet une prise de conscience de la part du patient et qui lui permet de réagir en conséquence.

L'inconfort, la gêne, ou la douleur réelle ou ressenti sont des signaux permettant d'alerter le patient et constitue la deuxième étape qui consiste à **chercher un soulagement**. Ce type de comportement utilise les circuits de la récompense de la même manière que les comportements visant à la suppression de la sensation de faim et de soif.

Le patient cherche un soignant, un médecin qui représente une récompense puissante.

La troisième étape consiste en **la rencontre avec le soignant** qui détient la solution pour obtenir le soulagement recherché. Dès cette étape, le patient peut être soulagé des symptômes ayant une grande composante psychique. Et enfin la quatrième étape est celle où **le patient reçoit la thérapie**. Nous avons vu précédemment (cf. 3.1.2) que la puissance de ses attentes et de ses croyances peut produire des effets non négligeables sur ses symptômes et souligne la supériorité de la perception du traitement sur le traitement lui-même. Dans le cadre de l'effet

placebo, l'homéostasie est en action indépendamment du fait qu'un traitement soit administré (Finniss et Benedetti 2005).

En réalité, tous les éléments du contexte sont reliés à la figure du soignant (Benedetti et al. 2007). Que ce soit au travers de la symbolique portée par l'hôpital, que par la taille et la forme des pilules, il est le lien entre la maladie et l'effet placebo (Benedetti 2013). De nombreux mécanismes sont à l'œuvre aussi bien dans le cerveau du soignant que celui du patient. La qualité de la relation soignant-soignée et la valeur que chacune des parties lui donne rend possible un sentiment **d'empathie et de compassion** chez le praticien, qui entraîne de la **confiance et de l'espoir** chez le patient.

3.1.3. Les modèles de relation praticien-patient

D'après Balint, «ce n'est pas seulement le médicament, mais c'est aussi la manière dont le docteur le donne» (Balint 1955). Il est présenté ici quatre manières d'être en lien avec son patient. Mutualiser les points positifs de chacune et trouver un équilibre entre ces modèles de «relation type» permettraient d'aboutir au bénéfice thérapeutique espéré par le patient. L'influence de sa relation avec le soignant sur son état de santé peut lui permettre de mettre en place de bonnes actions pour retrouver sa normativité ou au contraire de ne pas être dans les meilleures conditions pour aller mieux.

3.1.3.1. Le modèle paternaliste

Dans ce modèle asymétrique, le praticien détient un savoir devant un **patient qui est dans l'attente d'une solution**. Celle qui serait la meilleure pour ce dernier est déterminé par des critères objectifs établis par le praticien qui est l'acteur principal de la prise de décision. Il fait office de **garant de la santé de son patient**.

3.1.3.2. Le modèle informatif

Ici le praticien fournit une **information complète** avec toutes les données scientifiques dont il dispose, et c'est au patient de **sélectionner** l'intervention qui lui convient en fonction des éléments mis à disposition. Il manque d'informations et c'est le rôle du praticien de lui partager son **expertise médicale**, le patient évalue et détermine ce qui est bon pour lui. Le patient est l'acteur principal dans la prise de décision.

3.1.3.3. Le modèle interprétatif

Dans ce modèle, le but du praticien est **d'évaluer les besoins et les désirs du patient** pour pouvoir mieux l'aider à sélectionner l'intervention qui correspond à ces critères. Il a un rôle de **conseiller**. Il aide le patient à discerner et à prendre conscience de ses besoins dont à il n'a parfois pas connaissance lui-même. Tous deux participent au processus de décision.

3.1.3.4. Le modèle délibératif

L'objectif du praticien est de s'allier au patient pour **l'aider à déterminer et choisir** le meilleur traitement. Il informe le patient et **participe à la réflexion**. Il est un peu comme un **ami ou un professeur**.

Par une **communication bidirectionnelle** et une **prise de décision partagée**, la thérapie reçue est à la fois conforme au savoir médical et en accord avec les besoins et attentes du patient. La relation dans laquelle le patient est à l'aise, lui permet d'être appréhendé d'une manière plus globale

3.1.4. Les éléments nécessaires à une bonne interaction praticien-patient

3.1.4.1. Les quatre aspects du soin

Le rôle du praticien est de prendre soin du patient dans sa globalité selon quatre axes. Il doit être capable de lui procurer aussi bien des **soins physiques** grâce à un bon diagnostic et un acte thérapeutique réalisé selon les recommandations, que des **soins au niveau comportemental** c'est-à-dire des soins qui l'encouragent à adopter au quotidien des habitudes plus saines par l'éducation thérapeutique. Le praticien peut agir au **niveau cognitif** en façonnant les attentes par un vocabulaire approprié à l'âge et à l'état mental de son patient ainsi qu'**au niveau émotionnel**, c'est à dire qu'il peut diminuer l'anxiété et la peur, par un discours rassurant et empathique (Di Blasi et al. 2001).

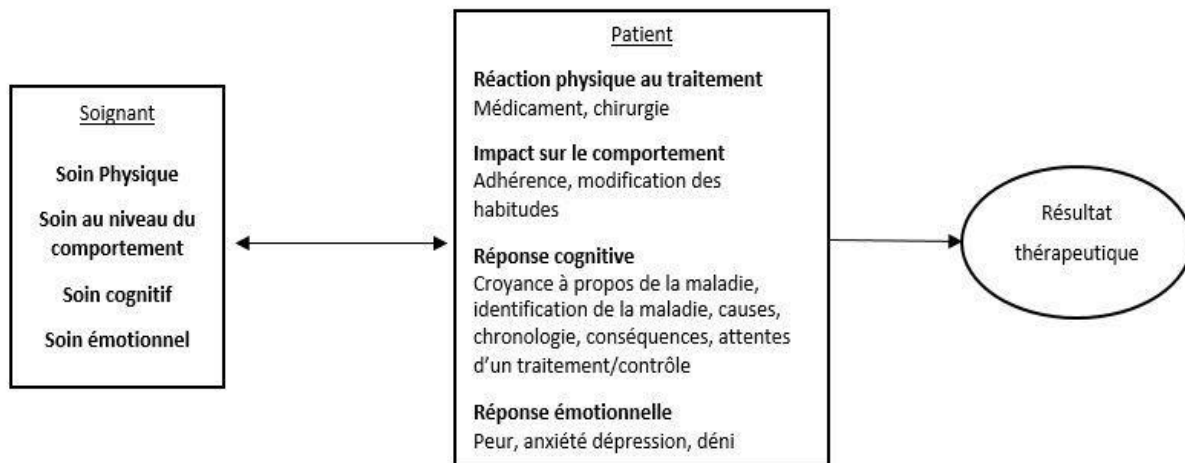


Figure 13 : Les quatre aspects du soin pour une prise en charge globale (Di Blasi et al. 2001).

Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire pour le praticien, d'être à **l'écoute** du patient. Le recueil de son historique médical effectué de manière rigoureuse fait partie de la thérapie. C'est l'une des premières étapes qui permet de comprendre sa venue, d'expliquer sa maladie et proposer un traitement tout ayant obtenu son adhésion qui est nécessaire pour un bon suivi des soins .

Un effet placebo survient quand l'expérience de maladie vécue par le patient est appréhendée de **manière positive**. A l'inverse, des événements antérieurs et des attentes négatives peuvent favoriser un effet nocebo. Dans le but d'avoir un impact sur l'état de santé de son patient le médecin devrait être en mesure de cerner les expériences passées négative pour modifier ses croyances, ou exploiter un évènement positif de guérison.

3.1.4.2. L'empathie du praticien

L'empathie se définit comme la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir et de comprendre ce qu'il ressent. C'est « se mettre à la place l'autre » dans le but de comprendre son **état tout en conservant une certaine distance**. La connexion entre le patient qui souffre et le médecin empathique est le cœur de la relation praticien-patient (Benedetti 2013). Il doit être capable de comprendre la situation à travers les yeux de son patient pour pouvoir faire ressortir le problème et le solutionner d'une manière accessible pour lui. Cette aptitude permet de considérer le patient sans le juger. L'empathie est également utile au soignant puisqu'elle diminue la sensation de stress liée au travail et augmente son sentiment d'accomplissement professionnel (Maguire et Pitceathly 2002). C'est ce qu'a voulu mettre en lumière une expérimentation au cours de laquelle deux groupes de patients ont reçu la visite de l'anesthésiste avant une intervention chirurgicale. Le premier eu une conversation basique (présentation du praticien, informations sur la procédure du lendemain). L'autre bénéficia d'une conversation plus emphatique: le médecin s'est assis près du lit, lui a expliqué à quoi il doit s'attendre en terme de douleur, et combien temps elle allait durer. Il les a encouragé à surmonter la douleur en leur donnant des conseils pour la soulager. Les patients du deuxième

groupe ont réclamé moins de antalgiques que dans le premier (Egbert et al. 1964). Par ailleurs, une étude réalisée par Morse nous indique que sur 384 opportunités d'agir de manière empathique, seulement 39 (10%) d'entre elles sont saisies par le personnel de santé (Morse et al. 1992). Ces chiffres invitent à la réflexion concernant la place de l'empathie et son apport dans la pratique courante.

Pour faire preuve d'empathie il faut :

- écouter le patient et identifier l'émotion
- identifier la source de l'émotion et faire preuve de compréhension
- faire la connexion entre les deux et l'aider avec une solution adaptée

Une distinction est faite entre de l'empathie et de la **compassion** qui est plutôt le sentiment qui porte à plaindre autrui et à partager ses souffrances. Elle permet de percevoir, de reconnaître et ressentir la douleur des autres. Elle est liée à la motivation d'aider son prochain. Cependant il faut veiller à ne pas tomber dans de la **sympathie** qui tend à créer un sentiment positif chez l'autre. L'établissement d'un lien affectif peut nuire à la recherche de solutions et peut donner l'impression qu'il n'y en a aucune (Ispe 1986).

Il est intéressant de relever le fait que la douleur est capable de déclencher chez un soignant de l'empathie et de la compassion (Hein et Singer 2008). Éprouver de l'empathie envers une personne qui a mal, active une région particulière du cerveau dont l'intensité est modulée par l'émotion perçue (Williams 2002). Des différences visibles par le biais de l'imagerie à Résonance Magnétique (IRM) ont été observées au niveau de l'activation des aires cérébrales entre un groupe de spécialistes en acupuncture comparé à un groupe de personnes étrangères à ce milieu après qu'ils aient visionnés l'insertion d'aiguilles sur différentes parties du corps. Le contraste observé suggère que les signaux perçus ne sont plus interprétés de la même manière. Être en contact fréquent avec une situation évoquant de la souffrance, tend à inhiber des régions du cerveau et peut ne pas aboutir à un sentiment d'empathie. Ce phénomène

pourrait fournir une explication partielle à la diminution du sentiment d'empathie éprouvé par les soignants au cours d'une carrière médicale (Cheng et al. 2007).

3.1.4.3. La confiance du patient

Pour une meilleure adhérence au traitement et pour tirer parti des effets non spécifiques, le patient doit avoir confiance en son praticien. La confiance est un élément clé de la relation. Ce sentiment rassurant de sécurité est basé sur les compétences du thérapeute, sa fiabilité, sa compassion, son sens de la communication, de l'écoute, ainsi que sur son respect de la confidentialité (Pearson et Raeke 2000). Pour produire un effet placebo l'instauration d'une relation de confiance entre le praticien et le patient est primordiale. Il doit être convaincu par les conseils du praticien. Cela exclut donc de recourir à un discours mensonger sur les symptômes, le diagnostic ou le traitement.

Les expériences passées jouent un rôle auprès des patients dans la représentation qu'ils se font d'un praticien. Ils ont une certaine idée de la manière dont un bon praticien doit se comporter. En fonction de la correspondance entre le praticien qu'ils rencontrent et l'idée qu'ils s'en sont fait, la confiance sera plus ou moins forte. Ainsi, le fait d'être en contact avec un praticien qui leur font sentir qu'ils peuvent se confier, les encourage à évoquer leurs antécédents médicaux qu'ils pourraient avoir envie de cacher par peur du jugement ou de discriminations. Ces informations peuvent s'avérer essentielles pour leur prise en charge (Lee et Lin 2008).

La confiance envers le praticien conduit à la confiance en la thérapie qu'il propose et est associée à un meilleur état de santé (Kao et al. 1998). En effet, cela va les inciter à consulter un professionnel de santé de manière régulière, et le **diagnostic** de certaines maladies pourrait être posé de manière **précoce**.

Il faut garder à l'esprit le fait que la relation praticien-patient est **une relation d'échange**. L'attitude du patient influence également le comportement du praticien. Lorsque la confiance

est instaurée, le praticien se sent plus responsable de témoigner au patient un comportement attentionné et bienveillant (Lee et Lin 2008).

3.2. L'importance de la communication

Le *Larousse* définit la communication comme étant l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage. Le message d'une personne émettrice est véhiculée par un **canal** (tout moyen de diffusion d'un **message**, écrit, oral, gestuel) et jusqu'à la personne réceptrice. En retour, cette dernière renvoie une réponse à l'émetteur appelée «**feed-back**». En fonction des distorsions perçues, l'émetteur peut reformuler son message. Le **cadre de référence** quant à lui représente l'ensemble de idées, des opinions et des valeurs propres à un (ou plusieurs) individu(s) selon lesquels il donne un sens à ce qu'il reçoit. On peut être confronté à une inadéquation entre le message envoyé et le message reçu entraînant un feed-back lui aussi erroné (Morel 2003).

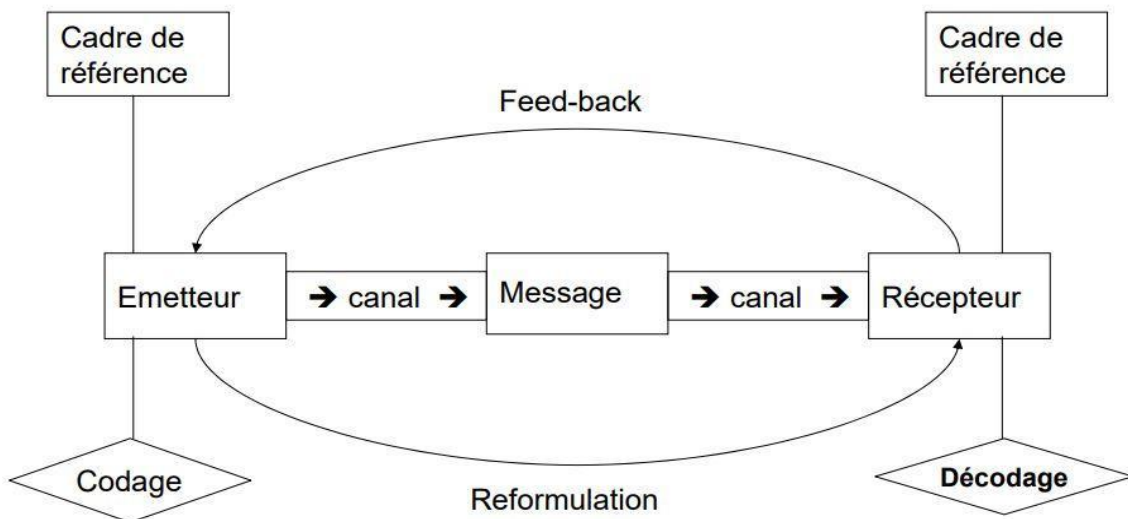


Figure 14 : Schématisation de la communication (Morel 2003)

Le psychologue Albert Mehrabian décompose la communication en trois dimensions connues sous le nom de “règle des 3V “. Cette décomposition nous indique que 7% du message transmis passe par la signification des mots (verbal), 38% par l’intonation et le son de la voix (vocal), et enfin 55% par les expressions du langage et du corps (visuelle ou non-verbale). Cependant, l’utilisation consciente de ces codes par le locuteur peut être répartie selon des proportions différentes (verbal : 93 %, vocal : 62%, visuel: 45%). Malgré le fait que ces résultats sont discutés en raison de leur contexte de réalisation et d’analyse, identifier les mots et les attitudes qui permettent de ne pas nuire est essentiel (Barrier 2008). Souvent le résultat d’une mauvaise interaction entre les deux partis peut engendrer un diagnostic imprécis et un manque d’implication du patient (Thom et Campbell 1997). Une communication efficace permet au praticien de mieux cerner les problèmes du patient, améliorer la compliance et la satisfaction, et maximiser le résultat thérapeutique. Elle augmente chez le praticien le sentiment d’accomplissement professionnel et réduit le niveau de stress lié au travail (Mcguire 2002).

3.2.1. La communication verbale

La communication verbale correspond au contenu du discours oral et écrit qui vise à transmettre une information. Elle répond à des règles de syntaxe et de sémantique précises, qui diffèrent en fonction du message véhiculé, du vocabulaire, des mots employés, de sa complexité, de sa clarté, de sa précision et de sa durée (Barrier 2008). Chaque mot prononcé a son importance et est porteur de sens (Iandolo 2001). Ainsi, le chirurgien-dentiste, en tant que soignant, doit prendre conscience de l’impact du langage verbal utilisé sur l’expérience du soin.

Utilisé au **sens primaire**, le mot sert à décrire les caractéristiques d’un objet (fauteuil, livre...)

Utilisé au **sens connotatif**, il évoque un sens second et suscite des sentiments ou des souvenirs.

Utilisé au **sens indiciaire**, il fournit des indications sur certaines caractéristiques de la personne qui le prononce (Iandolo 2001).

3.2.1.1. Au cours du relevé de l'historique médical

Selon Barreau et Tastet, une communication efficace dans le cadre du soin repose sur plusieurs principes (Barreau et Tastet 2008):

- **L'écoute active**

Associée à la qualité de réception du message, elle est dite participative et active lorsqu'elle est agrémentée d'encouragement verbaux (interjections telles que «très bien», «oui», «continuez», «humhum»), ou non verbaux (hochements de tête...). L'interlocuteur est mis à l'aise et peut aisément s'exprimer.

- **La reformulation**

Elle permet de reprendre les mots du patient ou en paraphrasant son discours

«Si j'ai bien compris», « c'est à dire que... », « Vous voulez dire que... » « Vous pensez que... »
« D'après vous ... »

- **Les questions ouvertes**

Elles laissent la possibilité d'une réponse plus longue et elles sont non binaires. Les questions impliquant une réponse par « oui » ou par « non » ont tendance à couper la discussion.

« Que ressentez-vous ? » « Comment se manifestent vos symptômes ? » « De quoi s'agit-il ? »
« Que savez-vous de votre maladie ? »

- **La pause dans le discours**

Elle favorise le dialogue en laissant la possibilité à chaque interlocuteur de le relancer ou d'y mettre fin.

L'attitude et le comportement du clinicien doit perpétuer tout au long du soin. Un praticien avec une attitude chaleureuse et encourageante qui prend quelques minutes supplémentaires pour écouter les patients et répondre à leur demande leur permettra d'être dans un meilleur état d'esprit favorable à la guérison (Di Blasi et al. 2001).

3.2.1.2. Durant le soin

Prenons l'exemple de l'anesthésie locale qui est l'un des actes courants le plus redouté par les patients dans la pratique courante. Pour ne pas prendre par surprise le patient, elle est souvent annoncée par les praticiens comme «une piqûre d'insecte», «petite piqûre suivie d'une brûlure» ou encore comme «la pire partie du soin» «avez-vous mal?», «ce n'est pas très confortable», «êtes-vous mal à l'aise?» «Vous ne sentirez aucune douleur», «Ne bougez pas».

Au lieu de rassurer et calmer le patient, ces termes le mettent **dans l'attente de quelque chose de désagréable**, qui par les mécanismes décrits plus haut (partie 3.2), peuvent amplifier la sensation douloureuse, augmenter la détresse et l'anxiété (Lang et al. 2005). Même si cela est fait dans une bonne attention, cela peut créer **effet nocebo** (Varelmann et al. 2010).

Il est plus judicieux de ne pas employer des termes appartenant au **champ lexical de la douleur** ou qui évoquent cette sensation désagréable. Une étude a montré que l'utilisation du mot «douleur» fait ressentir plus de douleur chez le patient qu'en utilisant le terme «sensation de froid» (Wells et Kaptchuk 2012). De plus, apposer une négation devant une suggestion n'annule pas son effet (Faymonville et Nyssen 2014). Dire «l'anesthésie va endormir cette région et vous serez plus confortable durant le soin» détourne l'attention du patient sur quelque chose de positif et sur le fait que le soin se déroulera bien.

Néanmoins, le fait de dire «vous ne sentirez rien» ou «ce n'est rien» peut être interprété par le patient comme un **manque d'écoute** ou le refoulement de ce qu'il peut ressentir. De plus cela peut lui faire perdre une partie de la confiance bâtie.

Il y a d'autres manières de préparer le patient (Powell et al. 2010) :

- Décrire au patient la procédure ou les sensations dont il fera l'expérience
- L'accompagner vers un changement de ses pensées négatives
- Donner des instructions sur le comportement à adopter pour faciliter la procédure ou en post opératoire Utiliser des techniques d'hypnose et de relaxation
- Discuter des émotions du patient (en particulier l'anxiété et la dépression)

Préparer le patient de manière adéquate est une étape à ne pas négliger qui va conditionner la suite de son expérience de soin.

3.2.1.3. A l'annonce du diagnostic

Une étude a été menée sur la prise en charge de 110 patients atteints de symptômes non spécifiques (toux, maux de tête, maux de gorge, fatigue, douleurs abdominales). Les patients qui ont reçu à l'issue d'une consultation, un diagnostic et un traitement ne se sentent pas mieux après un mois comparé à des patients qui n'ont ni reçu de diagnostic ni de traitement. La différence sera significative en fonction **de la manière dont le diagnostic a été donné**. En effet, les patients ayant reçu un **diagnostic ferme** ainsi qu'un **pronostic positif** (64%) rapportent se sentir mieux que les patients ayant entendu « Je ne suis pas certain de savoir ce qu'il vous arrive » (39%) (Thomas 1987). Un praticien parlant de manière assurée de son diagnostic, aura un impact plus important que celui qui dit « Je ne crois pas », « Je ne suis pas certain ».

Une autre étude, plus nuancée sur l'impact de la manière dont le diagnostic est annoncé, n'a pas révélé de différence significative concernant l'état de santé de patients diagnostiqués hypertensifs comparés à d'autres patients dont le diagnostic n'a pas été avancé. Cependant, leur rapport à la prévention n'était plus le même. En effet ces derniers ont effectué moins de visite médicale de contrôle dans l'année (Di Blasi et al. 2001).

3.2.1.4. Lors de la prescription du traitement

Nous avons évoqués plus tôt (cf. partie 3.1.2) les effets de la suggestion verbale et les réactions biologiques qu'elle pouvait entraîner. Dans cette optique, Pollo et al ont expérimentés chez trois groupes de patients traités par une injection de buprénorphine à la demande à via perfusion saline en continue durant déjà trois jours (Pollo et al. 2001). L'effet placebo de l'infusion saline fut mesuré par le nombre de doses réclamées par le patient au cours des trois jours suivants.

Le premier groupe étant le groupe contrôle, il n'a reçu **aucune information**.

Il a été dit au deuxième groupe que soit un placebo, soit un analgésique leur sera administré (**groupe double aveugle classique**) accompagné de la suggestion :

«Vous recevrez soit un placebo soit un antalgique, il n'est pas certain que la douleur s'atténue»

Il a été dit au troisième groupe qu'un antalgique différent des premiers jours leur est injecté (**administration trompeuse**) avec la suggestion suivante :

«C'est un antalgique, la douleur va s'atténuer rapidement».

En comparaison avec le groupe de référence, une **diminution de la consommation de buprénorphine** a été observée dans le groupe 2 traité en double aveugle (**20,8%**), mais une plus grande diminution a été observée dans le groupe 3 à l'administration trompeuse (**30,8%**).

Dans les groupe 2, la **certitude** qu'ils recevraient un antalgique était moins grande, alors que dans le groupe 3, ils croyaient qu'ils recevraient un antalgique en continue (Pollo 2001).

La puissance de la suggestion verbale au cours de la prescription permet mobiliser les effets non spécifiques du traitement. Une instruction verbale différente conduit à des effets différents où chaque mot à son importance (Benedetti 2002).

Le fait de dire « cet antalgique va peut-être marcher », est différent de « c'est un puissant analgésique ». Exprimer la **certitude** et la **conviction** aussi bien dans les mots que dans l'intonation du praticien suffisent à changer le ressenti du patient. De la même manière,

dire « voici votre médicament pour que vous vous sentiez mieux » a une connotation moins négative que « voici votre médicament pour la douleur ». Par ailleurs, au lieu de conseiller au patient de faire de l'exercice, le praticien peut écrire l'écriture sur une **feuille d'ordonnance**, c'est un **symbole** d'une recommandation fortement recommandée pour la santé (Brody et Miller 2011).

Suggestion nocebo	Suggestion placebo
« Voici votre médicament pour la douleur »	« Voici un médicament pour que vous vous sentiez mieux »
« Je pense que vous devriez vous sentir mieux »	« Voici votre médicament, vous verrez que vous vous sentirez mieux d'ici quelques heures »
« Vous pourriez ressentir des nausées »	« Ce médicament est parfaitement supporté par la majorité des patients, même si occasionnellement il peut entraîner des nausées »
« Avez-vous mal ? »	« Que ressentez-vous ? »
« Ne contractez pas le bras »	« Détendez-vous »
« Vous allez ressentir une piqûre et une brûlure »	« Sentez-vous ce fourmillement agréable ? »

Figure 15 : Exemples de suggestions nocebo et de leurs alternatives placebos

En somme, il y a **plusieurs nuances** pour présenter un soin, un diagnostic ou un traitement :

- **positivement** par l'utilisation de mots tels que « bon », « efficace », « sans danger », le patient s'attend à une amélioration.
- **négativement** s'il leur est dit que le traitement sera « inefficace », « dangereux », « limité », « effets indésirables potentiels », le patient s'attend à quelque chose de pire.
- **de manière neutre** quand les informations ne sont pas toutes révélées ou en donnant des informations sans rapport direct avec les soins, ce qui fait que le patient ne sait pas à quoi s'attendre (Di Blasi et al. 2001).

3.2.2. La communication non verbale (CNV)

La communication non verbale est l'ensemble des échanges et des langages (humain) qui **n'utilisent pas le langage articulé**. Au sein de chaque culture, les individus possèdent une manière de communiquer autrement que par les mots. Les divergences de CNV s'observent également entre les hommes et les femmes (Ras 2019).

Elle joue un rôle sur la **compréhension** et sur la **mémorisation** des informations. La recherche des informations via la communication non-verbale est fréquente, comme lorsqu'un patient attend un diagnostic et qu'il essaye de lire sur le visage de celui qui détient une réponse, par exemple, il ne croira pas forcément à une parole rassurante si elle est prononcée d'une voix hésitante et un regard fuyant (Marconvich 2010). De la même manière, demander des nouvelles de quelqu'un en le regardant dans les yeux ne donne pas la même impression que demander de ses nouvelles en effectuant une autre tâche. La CNV est composée de l'aspect extérieur, du contact visuel, de l'expression faciale, du langage para verbal, de la posture, de la proxémie et de la gestuelle.

3.2.2.1. L'aspect extérieur

L'apparence extérieure fait l'objet **d'une évaluation et d'un jugement** de la personne observée, aussi bien sur les caractéristiques physiques que vestimentaires. La présentation du praticien influe sur le comportement des patients. Par exemple le fait de voir une blouse blanche et en bon état modifie la confiance du patient, le praticien est perçu comme étant plus sérieux, plus professionnel (Rehman et al. 2005). En contrepartie, le fait de voir une blouse blanche peut être anxiogène chez certains patients.

3.2.2.2. Le contact visuel

Le contact visuel est important pour établir un contact significatif entre deux personnes dès les premiers instants de leur rencontre et amorcer un échange (Iandolo 2001).

Lorsque deux personnes communiquent, des regards sont échangés en permanence. Le premier contact visuel lors d'une rencontre établit une première connexion qui rend possible l'échange. Il a été observé que la personne qui écoute regarde environ deux fois plus que la personne qui parle. Toutefois, conserver un bon **équilibre** est important. Le fait de regarder quelqu'un dans les yeux lui témoigne de l'attention, de l'espoir et de l'empathie. Trop fixer quelqu'un peut être considéré comme étant intrusif et mettre mal à l'aise, mais éviter le regard peut aboutir à un échec dans la communication (Barreau et Tastet 2008). « Les yeux sont le miroir de l'âme » nous dit Yves le Guern. Le regard est chargé d'émotions et nous donne la possibilité de transmettre aussi bien que de percevoir beaucoup de choses par ce biais. Il peut à la fois donner des indices sur l'état émotionnel des patients (peur, honte, doute) que sur leur état mental (autisme, phobie sociale...) (McDonald 2009). Le contact visuel est à privilégier pour favoriser la mémorisation de messages importants. (Barreau et Tastet 2008)

Ex : Un détournement du regard associé à un silence donne l'impression que l'on souhaite interrompre la discussion, couper le contact visuel pour regarder sa montre peut indiquer un manque de temps.

3.2.2.3. L'expression faciale

Pour **Charles Darwin**, naturaliste et paléontologue du XIXème, l'expression faciale est un indice de plus en faveur de **sa théorie de l'évolution**. Elle véhicule une partie importante de la signification émotionnelle d'un message. Il observa notamment les expressions faciales chez les jeunes enfants, les personnes aveugles de naissance, des personnes souffrantes de maladies mentales, et compara leurs similitudes au travers de différentes cultures (Wolf 2015). Pour d'autres chercheurs, la **culture** intervient grandement dans l'expression et dans l'interprétation d'un visage (Wolf 2015). De nos jours, bien que l'apport du déchiffrement des expressions faciales soit indéniable en psychologie, elle est en outre explorée dans le domaine de la surveillance, de la robotique et du graphisme ainsi que du handicap (Davoine et al. 2004).

Le jeu des muscles du visage en se contractant et en se relâchant expriment un panel d'émotions. Les sourcils par exemple, disposent d'une expressivité particulière (Iandolo 2001).

Ex : des Sourcils semi-baissés expriment la perplexité, des sourcils froncés signalent la colère, des sourcils à demi-rehaussés indiquent la surprise

Paul Ekman, un psychologue du XXème siècle, définit les émotions comme un « état de conscience, agréable ou pénible, concomitant à des modifications organiques brusques d'origine interne ou externe ». Il met en lumière **six émotions de base** ou **émotions primaires** exprimées par la face et reconnues internationalement (Iandolo 2001) :

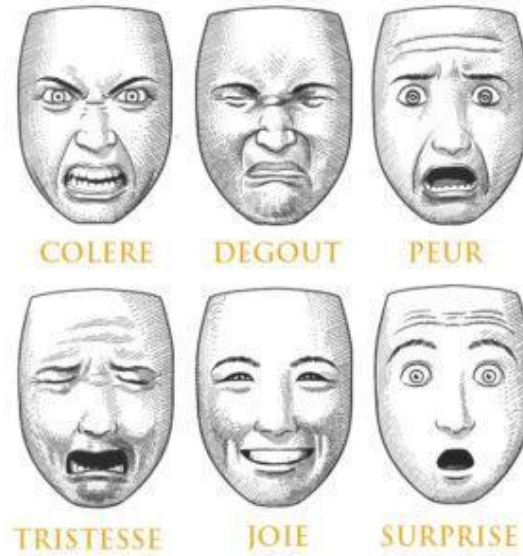


Figure 16: Les six expressions faciales primaires proposées par P. Ekman. D'après McCloud (Bayle 2009)

De la même manière que l'on peut créer une infinité de couleur à partir des trois couleurs primaires, il est possible de combiner ces expressions primaires pour en exprimer de nouvelles.

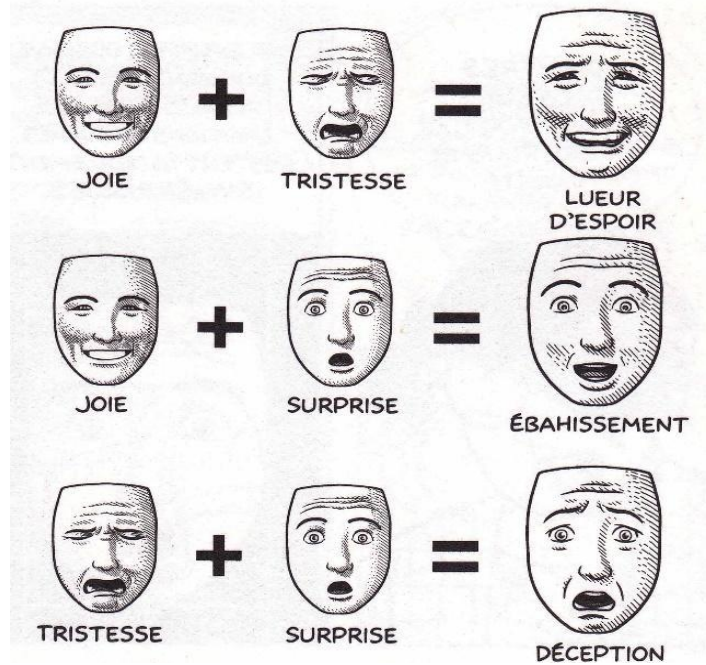


Figure 17 : Les émotions secondaires d'après McCloud (Berger et De Ponsay 2012)

De ce fait, les expressions du visage peuvent **intensifier la portée d'un message** ou au contraire en modifier le sens. Le sourire est un moyen d'entrer en contact. Il doit être naturel sincère et empathique (Barreau et Tastet 2008). Il montre une ouverture immédiate à la rencontre.

Les êtres humains ont la particularité d'utiliser les expressions faciales pour contrôler et camoufler leurs émotions. Pour ne pas laisser transparaître une émotion, certaines personnes peuvent diminuer l'intensité de l'indice visuel, intensifier l'indice visuel, exprimer l'indifférence, dissimuler une émotion (Iandolo 2001).

3.2.2.4. Le langage paraverbal

- **Le volume sonore**

Toujours adaptable, il est modulé en fonction de la proximité de l'interlocuteur, de la confidentialité du message délivré ou encore de l'émotion du locuteur.

En Europe, une personne qui parle avec un volume sonore suffisant pour être entendu sera considérée comme sûre d'elle (Barreau et Tastet 2008).

- **Le ton**

Il peut être habituellement bas mais également fluctuer en fonction de la situation vécue. L'utilisation des aigus est plus fréquente en cas de colère et celle des graves partait plus sécurisant, calme, serein.

- **L'intonation**

Elle permet de donner du relief à une phrase et en changer le sens. Elle permet notamment de distinguer une affirmation d'une interrogation.

Ex : « Le questionnaire médical est rempli. » et « le questionnaire médical est rempli ? »

- **Le débit verbal et l'articulation**

Correspond à la prononciation des mots et leur vitesse d'énonciation.

La voix transmet des émotions et exprime des sentiments à notre insu. Influencé par les émotions, le praticien doit la garder la plus neutre possible s'il ne veut pas que le patient perçoive les variations (Barreau et Tastet 2008).

3.2.2.5. La posture

La posture ou l'attitude correspond à la position et à l'orientation du corps. Aussi bien en position assise que debout, elle varie en fonction de la situation et des personnes que l'on rencontre (Leclerc 1999). On en distingue communément quatre (Barrier 2008).

- **Attitude d'approche ou attentive** : manifeste une volonté de contact, d'interaction.

Le tronc incliné vers l'avant.

- **Attitude de rejet** : manifeste une fuite ou une crainte ou un manque d'intérêt.

Le tronc incliné vers l'arrière, tronc et tête qui se détournent de l'interlocuteur corps relâchée.

- **Attitude d'expansion** : manifeste l'orgueil, la domination, l'aisance.

Le tronc droit, extension des membres du corps.

- **Attitude de contraction** : manifeste la crainte, une dépression, une soumission.

La tête fléchie sur le tronc, épaules tombantes.

Les postures ouvertes sont les plus appropriées : l'orientation du visage et du corps vers le patient, l'ouverture posturale, les membres symétriques ne sont pas croisés (Barreau et Tastet 2008). Se tenir debout à côté du patient peut donner une impression de domination. Lors d'une discussion avec le patient, la hauteur idéale est celle où les regards se croisent en ligne droite (Iandolo 2001).

3.2.2.6. La distance interpersonnelle ou proxémie

La proxémie est l'étude de la distance spatiale entre les individus. Explicitée pour la première fois par Edward T Hall dans son essai intitulé *La dimension cachée*(1966), elle varie en fonction des différentes cultures, lieux, humeurs, etc.Hall décrit plusieurs bulles concentriques de tailles diverses où les sensations tactiles, visuelles, auditives et olfactives sont différentes (Ras 2019).

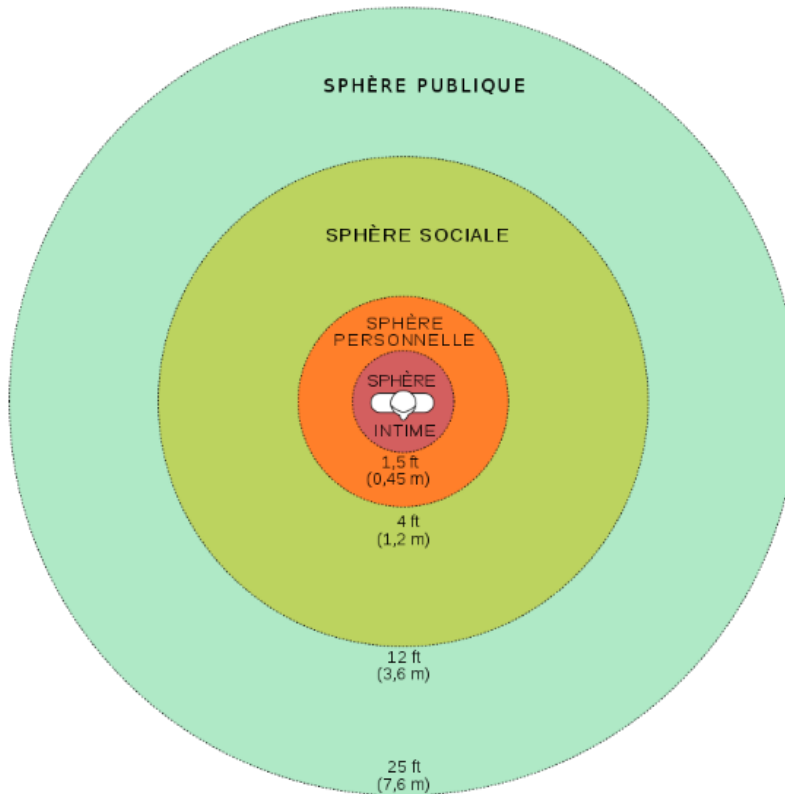


Figure 18 :Les sphères relationnelles(Ras 2019)

- **Distance intime : de 0 à 45 cm adaptée lors des relations intimes.**

L'échange sensoriel est élevé. Le contact physique est très présent et on y parle généralement peu. Les odeurs ainsi la chaleur corporelles sont ressenties. La vision est déformée car le sujet est très proche.

- **Distance personnelle : de 45cm à 1,25m : adapté à la conversation, relations amicales**

Peu de surface corporelle est mise en contact mais il est possible de toucher l'autre. Les sensations olfactives sont diminuées. L'interlocuteur est vu et entendu clairement.

Il faut distinguer distance personnelle, d'espace personnel. Ce dernier délimite une zone qui est plus étendue vers l'avant que vers les autres directions : « Si vous êtes assis comme cela se produit souvent dans les salles d'attente d'aéroport, dos à dos avec un étranger dont la nuque se trouve à quelques centimètres de la vôtre, vous n'éprouverez aucune gêne. Mais vous ne supporteriez pas cette proximité face à face. » (Iandolo 2001).

Distance sociale : de 1,20 à 3,30m : conversations impersonnelles, relations formelles

Il peut être distingué le langage corporel et l'expression faciale de l'interlocuteur. Le contact physique est quasi absent, les odeurs quasi imperceptibles.

- **Distance publique : à partir de 3,30m : pas d'interaction recherchée**

L'interlocuteur est audible et clairement visible.

La distance interpersonnelle est **optimale** lorsqu'on est à **l'aise** avec la proximité de son interlocuteur (Barreau et Tastet 2008). Pour communiquer avec le patient, la distance personnelle est préférable. En effet, elle est assez réduite pour témoigner de la proximité, mais permet également d'observer sa CNV. De même, communiquer une information à un patient à une distance sociale en présence d'autres personnes est à éviter pour des raisons de confidentialité et de compréhension (Iandolo 2001). Le chirurgien-dentiste travaille dans le milieu buccal. Il se trouve donc dans la **sphère intime de son patient**. Il faut veiller à franchir **progressivement** les différentes sphères pour ne pas frustrer le patient ou lui donner une sensation d'intrusion dans son espace personnel.

3.2.2.7. La gestuelle

La gestuelle en communication englobe tout **mouvement des membres du corps** qui accompagne ou complète le discours. Selon des écrits datant de la fin du XXème siècle, les gestes peuvent être classés en 4 catégories (Aubert et al. 2004; Barrier 2008).

- Les **gestes illustreurs accompagnent** le langage en le mimant

Ex : évoquer des ciseaux et rapprocher l'index et le majeur.

- **Les gestes emblématiques ou pantomimiques** sont des gestes symboliques connus culturellement.

Ex : agiter la main pour dire bonjour ou la serrer en guise de salutation.

- **Les gestes signaux, indicateurs de l'état émotif** manifestent l'émotion

Ex : taper du poing pour manifester de la colère

- **Les gestes adaptateurs** sont des gestes personnels et ritualisés.

Ex : gestes d'auto-contact quand on est anxieux.

- **Les gestes régulateurs ou gestes bâtons** suivent le rythme indiqué par le flux de parole et rythment les échanges verbaux.

Ex : le hochement de tête signale à l'interlocuteur qu'il peut continuer.

3.2.2.8. Le toucher

Le **toucher diagnostique** effectué dans le cadre professionnel, se distingue du **toucher relationnel**. Ce dernier est utile pour exprimer réconfort et empathie. C'est l'idée qu'exprime Isabelle Allende en disant « Quand on ne peut rien faire, ne rien dire, on peut toucher ». La main est la partie du corps la plus communément touchée, suivie du bras, de la tête et de l'épaule. (Iandolo 2001). L'acceptation du contact est primordiale à la bonne interprétation du signal.

Selon les travaux de Weiss (Weiss 1979), le toucher se décline en fonction de (Fedor et al. 2007) :

- Sa durée, plus il est long plus, plus les perceptions cognitives sont changées.
- Sa localisation, la partie du corps touchée est significative et varie en fonction de la relation entre la personne qui touche et celle qui est touchée.
- Sa progression, brusque ou lente.

- Son intensité, pression forte ou plus légère.
- Sa fréquence, régulière ou occasionnelle.
- Sa perception, plaisante ou désagréable.

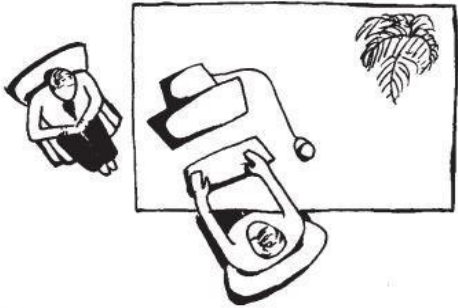
D'après une enquête réalisée auprès de patients consultants auprès de divers cabinets de médecine générale, beaucoup d'entre eux sont favorables au contact physique dans le but de les reconforter (66,3%). Le contact est plus apprécié s'ils connaissent le médecin. Il a été par ailleurs observé une inégalité d'opinion variant en fonction du sexe de la personne touchée mais également de celui de la personne qui touche (Osmun et al. 2000).

3.2.2.9. La place des écrans

La pratique clinique a évolué au cours de ces dernières années. De plus en plus de procédures sont informatisées. Les écrans prennent une place de plus en plus importante et les services rendus sont indéniables, ils améliorent la pratique. Cependant ils peuvent interférer avec la communication en **rompant le contact visuel et modifiant la posture** suivie de toutes les conséquences qui en découlent en terme de réduction du dialogue interpersonnel. La diminution des informations recueillies par le praticien est en corrélation avec le temps passé par le praticien à regarder son écran (Noordman et al. 2010). En effet, étant de manière générale difficile de se concentrer sur deux activités différentes avec la même intensité, le maintien du dialogue et d'une écoute active est perturbé.

Des recherches ont toutefois exposées le fait que les patients ne se sentent pas particulièrement frustrés par les silences ainsi laissés (qui ne sont plus synonyme d'absence de conversation), mais que cela leur permettrait de **continuer le cours leur réflexion** où de poser leurs questions (McGrath et al. 2007; Noordman et al. 2010).

La position spatiale de l'écran par rapport aux individus présents dans la pièce est importante. Il est préférable qu'il ne s'interpose pas entre eux.



1. Position ouverte

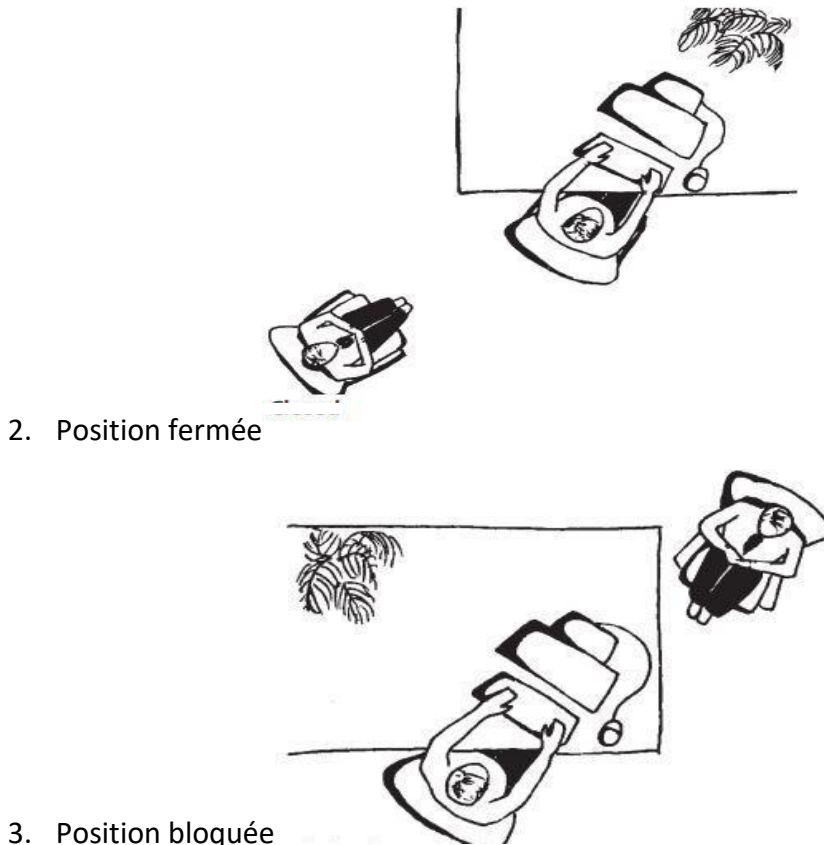


Figure 15 : Disposition spatiale en présence d'un écran (McGrath et al. 2007).

- 1. Position ouverte** : le praticien et le patient sont face à face. Cette position facilite le contact visuel et l'observation du comportement verbal.
- 2. Position fermé** : le praticien est dos au patient. Il doit se retourner pour entre en contact avec le patient. La communication est entravée
- 3. Position dite bloquée** : l'écran est interposé entre le patient et le praticien. La communication est entravée.

Associer l'indéniable côté pratique de l'utilisation d'un ordinateur dans le cadre de la pratique quotidienne sans dénaturer la relation entre le praticien et le soignant est un défi auquel il est important de s'intéresser. Des actions simples sont à mettre en place pour optimiser ces deux éléments (Silverman et Kinnersley 2010) :

- Laisser le patient terminer ses premières phrases avant de les noter

- Attendre le moment opportun pour regarder l'écran
- Structurer l'entrevue en signalant au patient le moment de la prise de note et le moment pour qu'il puisse comprendre le procédé.

3.2.3. Les stimuli environnementaux

Les mots et les attitudes adoptées par le praticien sont complétés par d'autres éléments du contexte biopsychosocial. Tout ce qui peut être vu, entendu ou encore senti par le patient peut servir de symbole et d'indice positif comme négatif pour l'expérience du patient lors de son passage au cabinet dentaire.

3.2.3.1. Le cadre clinique

Que ce soit une chambre d'hôpital ou un cabinet dentaire, ces lieux sont porteurs de souvenir désagréable ou non pour une personne qui y rentre. Il est important de prêter attention au bien-être de l'individu qui passe aussi par l'endroit où il sera reçu. Des aménagements bien pensés vont impacter les premières impressions du patient, améliorer la qualité du service et par extension la satisfaction du patient (Bedarrides 2008). L'environnement spatial doit garantir l'intimité du patient.

Les couleurs choisies, la luminosité, la décoration, la présence de plantes, d'un aquarium, d'affiches et de magazines, la disposition des objets etc., tous ces éléments modifiables peuvent améliorer la sensation de bien-être du patient (Martin 2014).

3.2.3.2. Les odeurs

La mémoire olfactive emprunte à la fois les circuits de mémorisation à court terme mais surtout ceux de la mémoire à long terme. En fonction de l'encodage de l'information de départ, c'est-à-dire de la fréquence et de la force de l'association entre l'odeur et un autre élément (une situation, une personne)(White 1998). Une senteur peut faire ressurgir des souvenirs lointains. C'est pourquoi des odeurs d'eugénol ou de produit de détergent répandues au cabinet dentaire peuvent avoir une connotation négative si elles ont été associées à une consultation jugée traumatisante pour le patient. Le recours à l'aromathérapie peut être intéressant dans le cadre du cabinet dentaire. La diffusion d'huiles essentielles de lavande et d'agrumes auraient des propriétés relaxantes (Martin 2014).

3.2.3.3. Les sons

Une multitude de son est présent dans un cabinet dentaire, certains attirent plus l'attention que d'autres comme le son singulier et aigu de la turbine en marche qui peut rappeler chez la personne qui l'entend un soin précédent. En fonction de l'emplacement et de l'isolation acoustique du cabinet, les bruits extérieurs peuvent être audibles, mais également les bruits intérieurs. Là encore, le respect du secret professionnel doit être assuré entre ce qui se dit à l'endroit de la consultation et la salle d'attente par exemple.

La voix du praticien, ce qu'il dit ou fait, peut être source de relaxation ou d'anxiété (voir 4.2.1.1 et 4.2.2.4).

Il est possible d'avoir recours à la musique à des fins thérapeutiques. La musique active certaines aires cérébrales et modifie l'activité cardiaque. Elle présente des similitudes avec la suggestion verbale en empruntant les circuits de la récompense. Elle fournit un support pour la prise en charges de patients anxieux et/ou phobiques de tout âge ou de patients en situation de handicap mental avec lesquels il est difficile de communiquer. D'après une enquête réalisée

dans le cadre de l'analgésie liée aux sons, la musique classique est la plus diffusée par les praticiens (53.3%) (Rumani 2016).

La musicothérapie réceptive repose sur l'écoute de sons adaptés à l'effet recherché. Il faut néanmoins distinguer la musicothérapie qui est une thérapie d'accompagnement psychologique et cognitif qui nécessite une formation, de la musique à usage médical au cabinet dentaire qui vise à détendre le patient (Lebon 2018).

3.2.3.4. Les caractéristiques du traitement

Les couleurs ont universellement une signification. Au travers de chaque culture, la symbolique portée par une couleur change (Tao et al. 2018).

De la même manière qu'un comprimé effervescent de couleur blanche peut être associé à de l'aspirine et produire un effet placebo antalgique, l'appréciation de la couleur d'un médicament va moduler les attentes envers ce dernier. Plus ils seront de couleur vive, plus ils seront associés à des substances stimulantes. A l'inverse des couleurs telles que le bleu, le vert ou le violet, évoquent plutôt des médicaments sédatifs (de Craen et al. 1996).

Concernant la forme galénique, les intraveineuses sont généralement associées à des posologies plus fortes et à un mode d'action plus rapide comparé à une prise par voie orale.

3.3. Les perspectives d'apprentissage

La faculté de communiquer est reconnue comme une part importante dans le travail du soignant. Tout le monde n'est pas égal en termes de communication. Pour certains une communication efficace est innée, mais chez d'autres cela est plus difficile et l'information

délivrée est interprétée d'une manière différente. Il a été prouvé que, en plus des compétences techniques, ces éléments pouvaient être enseignés (Fallowfield et al. 2002).

Il est fréquent que les professionnels de santé ne soient pas capables de citer des techniques de communication verbale tandis que celles de la communication non verbale sont encore moins connues (Trovo de Araújo et da Silva 2012). Pourtant l'aptitude à communiquer additionné à un comportement empathique fait partie de l'arsenal thérapeutique à la disposition du praticien.

Une enquête menée par l'Union Nationale des Etudiants en Chirurgie Dentaire (UNECD) sur le bien être des étudiants au sein des facultés de chirurgie dentaire en France a révélé que la moitié des étudiants de 5ème et 6ème année de la faculté de Paris Diderot considère ne pas être prêt pour l'exercice en libéral, aussi bien au niveau de l'exécution d'actes thérapeutiques que de la relation avec le patient. Les compétences relationnelles sont évaluées au cours du CSCT qui se passe en fin de cursus, et la relation praticien-patient est intégrée au cours d'Insertion à la Vie Professionnelle (IVP) dispensé en 6eme année².

L'UNECD propose alors des alternatives au niveau national, pour se familiariser avec la relation praticien-patient (UNECD 2018) dont :

- Développer des enseignements à ce sujet en préclinique,
- Réaliser un meilleur accompagnement de chaque étudiant lors de sa première prise en charge d'un patient à l'aide des enseignants ou de la mise en place d'un système de tutorat avec des étudiants plus âgés.

Une équipe de chercheurs a réfléchi, il y a de cela plusieurs années, sur la question de l'apprentissage et de la transmission ainsi que sur les principaux problèmes pouvant entraver une communication performante. De ces réflexions a émergé le guide Calgary-Cambridge qui reprend et améliore d'autres guides existants (Kurtz et Silverman 1996). Dans ce modèle, qui retrace une consultation dès les premiers instants de la rencontre avec le patient jusqu'aux

² Le Corre J. Etude de l'environnement éducatif en odontologie à l'Université Paris Diderot et à l'Universidad de Antioquia grâce au « Dundee Ready education environment measure 2019 » [Thèse d'exercice : odontologie]. [Paris]: Paris Diderot; 2019.

derniers mots échangés, les étapes d'une consultation ont été listées dans le but d'allier les compétences cliniques avec les nouvelles méthodes de communication. Il est utilisé dans plusieurs pays tels que le Canada, la Norvège, l'Afrique du Sud, ou encore les États-Unis, comme une base d'enseignement pour le développement des aptitudes en communication (Kurtz et al. 2003).

Le guide présente plusieurs étapes (**Annexe 1**) :

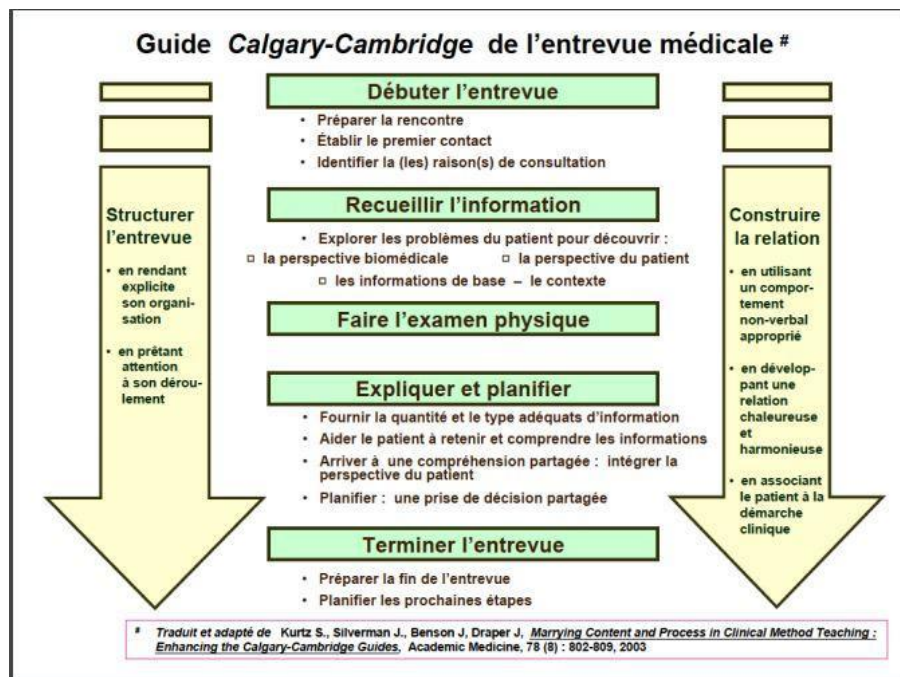


Figure 19 : Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale

Ce guide fait office de support d'apprentissage afin de cibler les points clés d'une consultation. Il constitue une base cohérente d'enseignement ouvrant la possibilité à plusieurs mises en situations et rendant possible des retours constructifs visant à éviter les comportements bloquants. L'utilisation d'autres supports, comme des vidéos pour décoder les attitudes des patients comme des praticiens peut être également appréciable.

4. Conclusion

Relié aussi bien aux attentes du patient qu'à l'apprentissage reçu, le contexte fait partie intégrante de la pratique quotidienne de tout traitement médical. Les expériences passées ne peuvent pas être changées mais il est possible de créer une nouvelle expérience de soin ou l'empathie permet d'accompagner le patient dans ses maux et vers la guérison. Et même dans les situations où la guérison n'est plus possible, dans le cas de maladies chroniques ou lorsque le pronostic vital est engagé, soulager le patient de ses souffrances, le libérer de ses angoisses est un enjeu considérable. Etant donné la proportion non négligeable de patients qui se sentent mieux après avoir reçu un placebo, il est intéressant d'en tirer le maximum de bénéfices. Que ce soit au niveau de la modification des capacités motrices chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson façonnée par l'attente consciente d'un résultat, ou au niveau du système immunitaire après un conditionnement (Benedetti 2013), les effets placebo sont propres à l'effet attendu. Un antiémétique placebo réduit les nausées, un antalgique placebo soulage les douleurs. Compter sur des pilules pharmacologiquement inertes, même avec le consentement du patient, peut conduire à renforcer la sur-médication (Brody et Miller 2011). Pourtant, prescrire un placebo pur, ou un placebo impur semble être pratique courante au sein du corps médical (Kermen et al. 2010). La recherche récente a montré qu'il existe d'autres manières de provoquer une réponse placebo sans duper le patient via le rituel thérapeutique, la communication positive, tout en s'appuyant sur la relation praticien-patient.

Bien que la recherche sur le placebo vise à mieux comprendre ses mécanismes pour ainsi améliorer la prise en charge médicale, son impact peut être négatif. Si des pilules de sucre ou du sérum physiologique peuvent produire des effets lorsqu'ils sont manipulés par des médecins, les mêmes effets placebo et nocebo peuvent être déclenchés par des charlatans. La confiance du patient envers son praticien et en la thérapie qu'il lui est délivré influence le cours de sa maladie et certaines thérapies frauduleuses s'appuient sur le fait qu'un traitement donné peut

paraître efficace s'il est administré dans un contexte approprié. L'esprit humain montrant une vulnérabilité attire des charlatans et peut justifier leur approche douteuse et manipulatrice.

Beaucoup de problèmes rencontrés dans les cabinets dentaires, sont dus à une rupture de la confiance découlant d'un manque d'information ou d'une mauvaise communication entre le Praticien et son patient. Il est communément dit que « le médicament le plus utilisé est le médecin lui-même (Balint 1955). On parle alors de « médecin-placebo » ou de « médecin-médicament » car les aptitudes du praticien à communiquer peuvent déclencher un effet placebo et éviter l'effet nocebo, qui en réalité peut se produire à cause de suggestions verbales d'apparence inoffensives. Pourtant, ces aptitudes peuvent être développées pour former des soignants capables d'agir au niveau de l'état de santé, des croyances et de la satisfaction du patient pour une meilleure prise en charge (Buckman 2002). Il reste néanmoins difficile d'intégrer dans la formation les techniques de communication pour que les étudiants se familiarisent avec leur utilisation et puissent les adopter dans leur pratique quotidienne (Kurtz et al. 2003). Des pistes sont à approfondir dans ce domaine.

Dans cette ère où le progrès technologique simplifie et allège considérablement les procédures médicales, les comportements entravant une bonne compréhension du problème réel du patient ainsi que de ce qui le dérange le plus peuvent se multiplier. L'adaptation des praticiens à l'hyper-technicité est un enjeu majeur pour ne pas ajouter trop de distance dans cette relation humaine. Il faut veiller à ce que lors de la rencontre entre un malade et un soignant, l'échange dans le respect mutuel et la confidentialité soit garantie. La cohérence de nos messages est de nos gestes est importante pour continuer à soigner et à prendre soin.

5. Bibliographie

- Ader R, Mercurio MG, Walton J, James D, Davis M, Ojha V, et al. Conditioned pharmacotherapeutic effects: a preliminary study. *Psychosom Med*. 2010;72(2):192-7.
- Amanzio M, Benedetti F. Neuropharmacological dissection of placebo analgesia: expectation-activated opioid systems versus conditioning-activated specific subsystems. *J Neurosci Off J Soc Neurosci*. 1999;19(1):484-94.
- Amanzio M, Pollo A, Maggi G, Benedetti F. Response variability to analgesics: a role for non-specific activation of endogenous opioids. *Pain*. 2001;90(3):205-15.
- Aubert S, Barat M, Campan M, Dehail P, Joseph PA, Mazaux J-M. Compétences de communication non verbale des traumatisés crâniens graves. *Ann Réadapt Médecine Phys*. 2004;47(4):135-41.
- Balint M. The doctor, his patient and the illness. *The Lancet*. 1955;265(6866):683-8.
- Barreau B, Tastet S. L'annonce du diagnostic en sénologie : les techniques de communication. *J Radiol*. 2008;88(2):219-23.
- Barrier G. La communication non-verbale : comprendre les gestes, perception et signification. ESF éditeur. Issy-les-Moulineaux; 2008.
- Bayle D. Traitement cérébral de l'expression faciale de peur : vision périphérique et effet de l'attention [Thèse d'exercice : neurosciences]. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon I; 2009.
- Bedarrides C-H. Apport de l'étude architecturale dans la conception d'un cabinet dentaire [Thèse d'exercice : odontologie]. [Nancy]: Université Henri Poincaré - Nancy 1; 2008.
- Beecher HK. The powerful placebo. *J Am Med Assoc*. 1955;159(17):1602-6.
- Benedetti F. How the doctor's words affect the patient's brain. *Eval Health Prof*. 2002;25(4):369-86.
- Benedetti F. Mechanisms of placebo and placebo-related effects across diseases and treatments. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2008; 48:33-60.
- Benedetti F. Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship. *Physiol Rev*. 2013; 93(3):1207-46.
- Benedetti F. Placebo effects: from the neurobiological paradigm to translational implications. *Neuron*. 2014;84(3):623-37.
- Benedetti F, Amanzio M, Rosato R, Blanchard C. Nonopioid placebo analgesia is mediated by CB1 cannabinoid receptors. *Nat Med*. 2011a;17(10):1228-30.
- Benedetti F, Carlino E, Pollo A. How Placebos Change the Patient's Brain. *Neuropsychopharmacology*. 2011b;36(1):339-54.
- Benedetti F, Lanotte M, Lopiano L, Colloca L. When words are painful: unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience*. 2007;147(2):260-71.
- Benedetti F, Pollo A, Lopiano L, Lanotte M, Vighetti S, Rainero I. Conscious expectation and unconscious conditioning in analgesic, motor, and hormonal placebo/nocebo responses. *J Neurosci Off J Soc Neurosci*. 2003;23(10):4315-23.

- Berger P, De Ponsay Y. Dictionnaire Critique des arts numériques, lettre E [Internet]. Dictionnaire Critique des arts numériques. 2012 [consulté le 24 août 2019]. Disponible sur: <https://diccan.com/Dice.htm>
- Bhatt A. Evolution of Clinical Research: A History Before and Beyond James Lind. *Perspect Clin Res*. 2010;1(1):6-10.
- Brody H. The placebo response. Recent research and implications for family medicine. *J Fam Pract*. 2000;49(7):649-54.
- Brody H, Miller FG. Lessons from recent research about the placebo effect--from art to science. *JAMA*. 2011;306(23):2612-3.
- Buckman R. Communications and emotions: Skills and effort are key. *BMJ*. 2002;325(7366):672.
- Carré P. Bandura : une psychologie pour le XXI^e siècle ? *Savoirs*. 2004;Hors série(5):9-50.
- Cedrashi C, ALLARZ A-F, Piguet V, Desmeules J. Le placebo, un allié mésestimé... *Rev Médicale Suisse* [Internet]. 2011 [consulté le 24 oct 2019];7(1386-9). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-301/Le-placebo-un-allie-mesestime#anchor-rb1>
- Cheng Y, Lin C-P, Liu H-L, Hsu Y-Y, Lim K-E, Hung D, et al. Expertise modulates the perception of pain in others. *Curr Biol CB*. 2007;17(19):1708-13.
- CISMef. HeTOP - placebo [Internet]. 2019 [consulté le 21 oct 2019]. Disponible sur: https://www.hetop.eu/hetop/#rr=MSH_D_010919&q=placebo
- Collège National de pharmacologie médicale. Placebo, les points essentiels [Internet]. PHARMACOMédical.org. 2019 [consulté le 21 oct 2019]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/66-pharmacologie/medicaments-alternatifs/placebo/163-les-points-essentiels>
- Colloca L, Benedetti F. Placebos and painkillers: is mind as real as matter? *Nat Rev Neurosci*. 2005;6(7):545-52.
- Colloca L, Benedetti F. Placebo analgesia induced by social observational learning. *Pain*. 2009;144(1-2):28-34.
- Colloca L, Miller FG. How placebo responses are formed: a learning perspective. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*. 2011;366(1572):1859-69.
- Colloca L, Petrovic P, Wager TD, Ingvar M, Benedetti F. How the number of learning trials affects placebo and nocebo responses. *Pain*. 2010;151(2):430-9.
- de Craen AJ, Roos PJ, de Vries AL, Kleijnen J. Effect of colour of drugs: systematic review of perceived effect of drugs and of their effectiveness. *BMJ*. 21 déc 1996;313(7072):1624-6.
- Custers R, Aarts H. The unconscious will: how the pursuit of goals operates outside of conscious awareness. *Science*. 2010;329(5987):47-50.
- Davoine F, Abboud B, Dang M. Analyse de visages et d'expressions faciales par modèle actif d'apparence. *Trait Signal*. 2004;21(3):179-93.
- Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*. 2001;357(9258):757-62.
- Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of the postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *A study of doctor-patient rapport*. *N Engl J Med*. 1964;270:825-7.

- Enck P, Bingel U, Schedlowski M, Rief W. The placebo response in medicine: minimize, maximize or personalize? *Nat Rev Drug Discov*. 2013;12(3):191-204.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
- Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 2002;359(9307):650-6.
- Faymonville M-E, Nyssen A-S. Communication soignant-soigné. *Douleur Analgésie*. 2014;27(4):210-4.
- Fedor M-C, Grousset S, Leyssene-Ouvrard C, Malaquin-Pavan E. Le toucher au cœur des soins Phase. Guide pour la Pratique, la Formation et l'Évaluation en soins Infirmiers, Recommandation Groupe Toucher (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs). 2007.
- Finniss DG, Benedetti F. Mechanisms of the placebo response and their impact on clinical trials and clinical practice. *Pain*. 2005;114(1):3-6.
- Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F. Placebo Effects: Biological, Clinical and Ethical Advances. *Lancet*. 2010;375(9715):686-95.
- Goold SD, Lipkin M. The Doctor–Patient Relationship. *J Gen Intern Med*. 1999;14(Suppl 1):S26-33.
- Hahn RA. The nocebo phenomenon: concept, evidence, and implications for public health. *Prev Med*. 1997;26(5 Pt 1):607-11.
- Hein G, Singer T. I feel how you feel but not always: the empathic brain and its modulation. *Curr Opin Neurobiol*. 2008;18(2):153-8.
- Herrnstein RJ. Placebo effect in the rat. *Science*. 1962;138(3541):677-8.
- Iandolo C. Guide pratique de la communication avec le patient. Techniques, art et erreurs de la communication. MIMI éditions. Paris; 2001.
- Institut régional du cancer de Montpellier. La recherche clinique [Internet]. ICM. [consulté le 22 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.icm.unicancer.fr/fr/recherche/la-recherche-clinique>
- Jonsson PM. Doctors, Patients, and Placebos, Howard Spiro. New Haven and London: Yale University Press, 1986, 290 pp. *Int J Technol Assess Health Care*. 1989;5(1):159-60.
- Kao AC, Green DC, Zaslavsky AM, Koplan JP, Cleary PD. The relationship between method of physician payment and patient trust. *JAMA*. 1998;280(19):1708-14.
- Kaptchuk TJ. Powerful placebo: the dark side of the randomised controlled trial. *The Lancet*. 1998;351(9117):1722-5.
- Kermen R, Hickner J, Brody H, Hasham I. Family Physicians Believe the Placebo Effect Is Therapeutic But Often Use Real Drugs as Placebos. *Fam Med*. 2010;42(9):7.
- Kienle GS, Kiene H. The powerful placebo effect: fact or fiction? *J Clin Epidemiol*. 1997;50(12):1311-8.
- Kirsch I. Are drug and placebo effects in depression additive? *Biol Psychiatry*. 2000;47(8):733-5.
- Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2003;78(8):802-9.

- Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ.* 1996;30(2):83-9.
- Lang EV, Hatsiopoulou O, Koch T, Berbaum K, Lutgendorf S, Kettenmann E, et al. Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. *Pain.* 2005;114(1-2):303-9.
- Lebon A. Musicothérapie et utilisation de la musique au cabinet dentaire : approche pratique et séances types [Thèse d'exercice : odontologie]. [Lille]: Université de Lille; 2018.
- Leclerc C. Comprendre et construire les groupes. Presses Université Laval; 1999.
- Lee Y-Y, Lin JL. Linking patients' trust in physicians to health outcomes. *Br J Hosp Med Lond Engl.* 2008;69(1):42-6.
- Levine JD, Gordon NC, Fields HL. The mechanism of placebo analgesia. *Lancet Lond Engl.* 1978;2(8091):654-7.
- Lordkipanidze D, Vekua A, Ferring R, Rightmire GP, Agusti J, Kiladze G, et al. Anthropology: the earliest toothless hominin skull. *Nature.* 2005;434(7034):717-8.
- Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ.* 2002;325(7366):697-700.
- Mann C. Les antagonistes de la cholécystokinine: futurs antalgiques? *Douleur Analgésie.* 1997;10(4):127-30.
- Martin M. Les apports du Feng Shui au cabinet dentaire [Thèse d'exercice : odontologie]. [Nancy]: Université Henri Poincaré - Nancy 1; 2014.
- McGrath JM, Arar NH, Pugh JA. The influence of electronic medical record usage on nonverbal communication in the medical interview. *Health Informatics J.* 2007;13(2):105-18.
- Miastor A. Les biais en médecine : la régression à la moyenne. [Internet]. Le chancre de la pensée humaine. 2016 [consulté le 23 oct 2019]. Disponible sur: <https://miastor.wordpress.com/2016/12/31/les-biais-en-medecine-la-regression-a-la-moyenne/>
- Morel L. La Communication [Internet]. Jacquet Stéphane. 2003 [consulté le 18 sept 2019]. Disponible sur: <http://jacquet.stephan.free.fr/communication.pdf>
- Morse JM, Anderson G, Bottorff JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, et al. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Image-- J Nurs Scholarsh.* 1992;24(4):273-80.
- Noordman J, Verhaak P, van Beljouw I, van Dulmen S. Consulting room computers and their effect on general practitioner-patient communication. *Fam Pract.* 2010;27(6):644-51.
- Osmun WE, Brown JB, Stewart M, Graham S. Patients' attitudes to comforting touch in family practice. *Can Fam Physician Med Fam Can.* 2000; 46:2411-6.
- Pazzagli A, Pepeu G. Amnesic properties of scopolamine and brain acetylcholine in the rat. *Int J Neuropharmacol.* 1965;4(5):291-9.
- Pearson SD, Raeke LH. Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *J Gen Intern Med.* 2000;15(7):509-13.
- Peck C, Coleman G. Implications of placebo theory for clinical research and practice in pain management. *Theor Med.* 1991;12(3):247-70.

- Pollo A, Amanzio M, Arslanian A, Casadio C, Maggi G, Benedetti F. Response expectancies in placebo analgesia and their clinical relevance. *Pain*. 2001;93(1):77-84.
- Powell R, Bruce J, Johnston M, Vogeleson C, Scott N, Shehmar M, et al. Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(8):CD008646.
- Price DD. Assessing placebo effects without placebo groups: an untapped possibility? *Pain*. 2001;90(3):201-3.
- Price DD, Finniss DG, Benedetti F. A comprehensive review of the placebo effect: recent advances and current thought. *Annu Rev Psychol*. 2008;59:565-90.
- Price DD, Milling LS, Kirsch I, Duff A, Montgomery GH, Nicholls SS. An analysis of factors that contribute to the magnitude of placebo analgesia in an experimental paradigm. *Pain*. 1999;83(2):147-56.
- Ras P. La communication non-verbale. Interpréter gestes et attitudes pour mieux communiquer. 2ème. Levallois-Perret: Studyrama Pro; 2019.
- Rehman SU, Nietert PJ, Cope DW, Kilpatrick AO. What to wear today? Effect of doctor's attire on the trust and confidence of patients. *Am J Med*. 2005;118(11):1279-86.
- Rumani J. Prise en charge de l'anxiété en odontologie pédiatrique: alternatives à l'utilisation des substances médicamenteuses [Thèse d'exercice : odontologie]. [Marseille]: Aix-Marseille; 2016.
- Silverman J, Kinnersley P. Doctors' non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer. *Br J Gen Pract*. 1 févr 2010;60(571):76-8.
- Stewart-Williams S, Podd J. The placebo effect: dissolving the expectancy versus conditioning debate. *Psychol Bull*. 2004;130(2):324-40.
- Tao D, Wang T, Wang T, Qu X. Influence of drug colour on perceived drug effects and efficacy. *Ergonomics*. 2018;61(2):284-94.
- Thom DH, Campbell B. Patient-physician trust: an exploratory study. *J Fam Pract*. 1997;44(2):169-76.
- Thomas KB. General practice consultations: is there any point in being positive? *Br Med J Clin Res Ed*. 1987;294(6581):1200-2.
- Tourev P. Définition : Interaction [Internet]. La Toupie. 2006 [consulté le 27 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Interaction.htm>
- Trovo de Araújo MM, da Silva MJP. Communication strategies used by health care professionals in providing palliative care to patients. *Rev Esc Enferm U P*. 2012;46(3):626-32.
- UNECD. Le mal-être des étudiants en odontologie : parlons-en et agissons ! Dossier de presse bien être [Internet]. 2018 [consulté le 20 sept 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier-presse-bien-etre-uneecd-vf.pdf>
- Varelmann D, Pancaro C, Cappiello EC, Camann WR. Nocebo-induced hyperalgesia during local anesthetic injection. *Anesth Analg*. 2010;110(3):868-70.
- Vögtle E, Barke A, Kröner-Herwig B. Nocebo hyperalgesia induced by social observational learning. *Pain*. 2013;154(8):1427-33.
- Weiss S. The language of touch. *Nurs Res*. 1979;28(2):76-80.

Wells RE, Kaptchuk TJ. To tell the truth, the whole truth, may do patients harm: the problem of the nocebo effect for informed consent. *Am J Bioeth AJOB*. 2012;12(3):22-9.

White TL. Olfactory memory: The long and short of it. *Chem Senses*. 1998;23(4):433-41.

Williams AC de C. Facial expression of pain: an evolutionary account. *Behav Brain Sci*. 2002;25(4):439-55.

Wolf K. Measuring facial expression of emotion. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(4):457-62.

Zubieta J-K, Stohler CS. Neurobiological mechanisms of placebo responses. *Ann N Y Acad Sci*. 2009;1156:198-210.

6. Table des figures

Figure 1 : Le contexte psychosocial entourant le patient (Benedetti 2013)	7
Figure 2 : Résumé des effets placebos au travers des maladies, des systèmes et des traitements (Benedetti 2008).....	9
Figure 3 : Facteurs de confusions de l'effet placebo (Benedetti 2013)	11
Figure 4 : Chronologie d'un essai clinique (Institut régional du cancer de Montpellier).....	15
Figure 5 : Les mécanismes cognitifs dans la réponse placebo (Colloca 2011).	20
Figure 6 : Le conditionnement classique par un stimulus pharmacologique (Enck et al. 2013).	23
Figure 7 : Propagation par l'apprentissage social (Benedetti 2014)	26
Figure 8 : Schéma de l'ancienne interprétation de l'action de CKK sur la douleur (Colloca et Benedetti 2005).....	36
Figure 9 : Schéma de l'action de CKK sur la douleur (Colloca et Benedetti 2005)	37
Figure 10 : Résumé de l'expérience révélant l'implication des récepteurs CB1	40
Figure 11 : Récapitulatif des voies de signalisations impliquées dans l'effet placebo (Benedetti 2013)....	40
Figure 12: Le Système homéostatique (Benedetti 2013)	43
Figure 13 : Les quatre aspects du soin pour une prise en charge globale (Di Blasi et al. 2001).	46
Figure 14 : Schématisation de la communication (Morel 2003)	50
Figure 15: Les six expressions faciales primaires proposées par P. Ekman. D'après McCloud (Bayle 2009)	60
Figure 16 : Les émotions secondaires d'après McCloud (Berger et De Ponsay 2012)	61
Figure 17 : Les sphères relationnelles	64
Figure 18 : Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale	74

7. Annexe

Annexe 1 : Guide *Calgary-Cambridge* de l'entrevue médicale– les processus de communication

Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale – les processus de communication

© Ce document est couvert par les lois et règles touchant les droits des auteurs initiaux.
Sur toute reproduction, mentionnez les auteurs initiaux en les citant tel qu'en bas de page

<p>■ Débuter l'entrevue</p> <p><u>Établir le premier contact (l'accueil)</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Le médecin salue le patient et obtient son nom2. Se présente et précise son rôle, la nature de l'entrevue; obtient le consentement du patient, si nécessaire3. Montre du respect et de l'intérêt; voit au confort physique du patient (du début à la fin de l'entrevue) <p><u>Identifier la (les) raison(s) de consultation</u></p> <ol style="list-style-type: none">4. Identifie, par une question adéquate d'ouverture, les problèmes ou préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue (« <i>Quels problèmes vous amènent aujourd'hui?</i> » ou « <i>Qu'est-ce que vous souhaiteriez discuter aujourd'hui ?</i> »)5. Écoute attentivement les énoncés de départ du patient, sans l'interrompre ou diriger (orienter) sa réponse6. Confirme la liste initiale des raisons de consultation et vérifie s'il y a d'autres problèmes (« <i>Donc, il y a les maux de tête et la fatigue. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler aujourd'hui ?</i> »)7. Fixe, avec l'accord du patient, l'agenda de la rencontre en tenant compte, à la fois, des besoins de ce dernier et des priorités cliniques	
<p>■ Recueillir l'information</p> <p><u>Exploration des problèmes du patient</u></p> <ol style="list-style-type: none">8. Encourage le patient à raconter l'histoire de son (ses) problème(s), du début jusqu'au moment présent, en ses propres mots (clarifiant pourquoi il consulte, maintenant)9. Utilise la technique des questions ouvertes et fermées (en passant, de façon appropriée, des questions ouvertes aux fermées)	

Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*,
< <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

<p>10. Écoute attentivement, en permettant au patient de compléter ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer, s'il a fait une pause</p> <p>11. Facilite, verbalement et non verbalement, les réponses du patient (par ex. : utilise des encouragements, le silence, la répétition, la paraphrase, l'interprétation)</p> <p>12. Relève les indices verbaux et non verbaux (langage corporel, discours, expression faciale...); offre son interprétation au patient et vérifie si le patient est d'accord</p> <p>13. Clarifie les énoncés du patient qui ne sont pas clairs ou qui nécessitent plus de détails (par ex. : « <i>Pouvez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par tête légère ?</i> »)</p> <p>14. De façon périodique, fait des résumés de ce que le patient a dit pour valider la compréhension qu'il en a; invite le patient à corriger son résumé ou à fournir des informations supplémentaires</p> <p>15. Utilise des questions et commentaires concis et faciles à comprendre; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique lorsque utilisé</p> <p>16. Établit la séquence temporelle des événements depuis le début</p> <p><u>Habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient</u></p> <p>17. Détermine activement et explore adéquatement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les idées du patient (→ ses croyances sur les causes) • Ses préoccupations (ses craintes) concernant chaque problème • Ses attentes (ses buts, quelle aide le patient espère pour chaque problème) • Les impacts : comment chaque problème affecte sa vie <p>18. Encourage le patient à exprimer ses émotions</p>	
<p>■ Structurer l'entrevue</p> <p><u>Rendre explicite l'organisation de l'entrevue</u></p> <p>19. Fait un résumé, à la fin d'un sujet spécifique d'exploration, pour en confirmer la compréhension et pour être certain qu'aucune information importante n'a été oubliée avant de procéder à la prochaine étape</p>	

Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*, < <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

<p>20. Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue en annonçant verbalement les transitions; mentionne les raisons justifiant d'aborder la prochaine section</p> <p><u>Prêter attention au déroulement de l'entrevue</u></p> <p>21. Structure l'entretien selon une séquence logique</p> <p>22. Est attentif au temps disponible et maintient l'entrevue ciblée sur les tâches à accomplir</p>	
<p>■ Construire la relation</p> <p><u>Utiliser un comportement non-verbal approprié</u></p> <p>23. Démontre un comportement non verbal approprié</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contact visuel, expression faciale • Posture, position et mouvement • Indices vocaux → le débit, le volume, la tonalité <p>24. Si lecture, écriture de notes ou utilisation de l'ordinateur, le fait d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue, ni avec la relation</p> <p>25. Affiche une confiance appropriée</p> <p><u>Développer une relation chaleureuse et harmonieuse</u></p> <p>26. Accueille les points de vue et émotions du patient; n'adopte pas une position de juge</p> <p>27. Utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et émotions du patient et utilise le reflet pour communiquer sa compréhension et sa sensibilité aux émotions du patient ou à sa situation difficile</p> <p>28. Fournit du support : Exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider; reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées d'« auto-soin » de son patient; lui offre de travailler en partenariat</p> <p>29. Agit avec délicatesse lors de la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique</p> <p><u>Associer le patient à la démarche clinique</u></p> <p>30. Partage ses réflexions cliniques avec le patient pour encourager son implication (par ex. : « <i>ce que je pense maintenant, c'est...</i> »)</p>	

Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*, < <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

<p>31. Explique les raisons pour les questions ou les parties de l'examen physique qui pourraient paraître, du point de vue du patient, non conséquentes</p> <p>32. Durant l'examen physique, explique le déroulement, demande la permission</p>	
<p>■ Expliquer et planifier **</p> <p><u>Fournir la quantité et le type adéquats d'information</u></p> <p>33. Fournit l'information par portions gérables et vérifie la compréhension du patient ; utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications</p> <p>34. Évalue les connaissances du patient : Avant de donner de l'information, s'enquiert des connaissances préalables du patient; s'informe de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir</p> <p>35. Demande au patient quelles autres informations seraient utiles (par ex. : l'étiologie, le pronostic)</p> <p>36. Donne l'information à des moments appropriés : Évite de donner prématurément des conseils, de l'information ou de la réassurance</p> <p><u>Aider le patient à retenir et comprendre les informations</u></p> <p>37. Organise les explications : Divise l'information en parties logiquement organisées</p> <p>38. Utilise des catégories explicites; annonce les changements de thème (par ex. : « <i>Il y a trois sujets importants dont j'aimerais discuter avec vous, soit premièrement...</i> ». « <i>Maintenant, abordons...</i> »)</p> <p>39. Utilise la répétition et les résumés pour renforcer l'information</p> <p>40. Utilise un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient, évite le jargon médical ou du moins l'explique</p> <p>41. Utilise des aides visuelles pour transmettre l'information : Diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites (dépliants)</p> <p>42. Vérifie la compréhension du patient au sujet de l'information donnée (ou des plans élaborés) : par ex., en demandant au patient de dire dans ses propres termes ce qu'il a retenu; clarifie si nécessaire</p>	

Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*, < <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient

- 43. **Relie ses explications aux opinions du patient sur ses malaises :**
Fait le lien avec les idées, préoccupations et attentes préalablement exprimées par le patient
- 44. **Fournit au patient des opportunités pour participer et l'encourage à contribuer :** l'incite à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes; y répond adéquatement
- 45. **Relève les indices verbaux et non verbaux:** Par ex. : détecte que le patient veut prendre la parole pour fournir de l'information ou poser des questions; est sensible aux signes de surcharge d'information; est attentif aux indices d'inconfort
- 46. **Fait exprimer au patient ses croyances et ses émotions** en lien avec les informations données et les termes utilisés; les reconnaît et y répond au besoin

Planifier : une prise de décision partagée

- 47. **Partage ses réflexions cliniques lorsque approprié :** idées, processus de pensée, dilemmes
- 48. **Implique le patient** en suggérant, plutôt qu'en imposant
- 49. **Encourage le patient à partager ses pensées :** idées, suggestions et préférences
- 50. **Discute d'un plan mutuellement acceptable**
- 51. **Offre des alternatives :** encourage le patient à faire des choix et à prendre des décisions jusqu'au niveau qu'il souhaite
- 52. **Vérifie avec le patient** s'il est d'accord avec le plan et si l'on a répondu à ses préoccupations

■ Terminer l'entrevue

Planifier les prochaines étapes

- 53. **Conclut une entente** avec le patient au sujet des prochaines étapes pour le patient et pour le médecin
- 54. **Prévoit un « filet de sécurité »,** en expliquant les résultats inattendus possibles, quoi faire si le plan ne fonctionne pas, quand et comment demander de l'aide

Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*, < <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

<p><u>Préparer la fin de l'entrevue</u></p> <p>55. Résume la session brièvement et clarifie le plan de soins</p> <p>56. Vérifie, une dernière fois, que le patient est d'accord et confortable avec le plan proposé et demande s'il n'y a aucune correction, question ou autres items à discuter</p>	
<p>** Explications et planification : Options sur le processus et le contenu</p> <p><u>Si discussion d'investigations et de procédures</u></p> <p>57. Fournit des informations claires sur les procédures, c'est-à-dire sur ce que le patient pourrait vivre et subir, comment il sera informé des résultats</p> <p>58. Fait le lien entre les procédures et le plan de traitement : importance, raisons</p> <p>59. Encourage les questions et la discussion sur les craintes ou les résultats défavorables possibles</p> <p><u>Si discussion à-propos d'opinions sur un problème ou sur sa signification</u></p> <p>60. Offre une opinion sur ce qui se passe et, si possible, nomme spécifiquement le ou les problèmes</p> <p>61. Révèle les raisons supportant les opinions discutées</p> <p>62. Explique les causes, la gravité, les résultats attendus ainsi que les conséquences à court et long termes</p> <p>63. Favorise l'expression par le patient de ses croyances, réactions et préoccupations au sujet des opinions émises</p> <p><u>Si élaboration conjointe d'un plan d'action</u></p> <p>64. Discute des alternatives, par ex. : aucune action, investigation, médication ou chirurgie, traitements non médicamenteux (physiothérapie, marchettes, solutés, psychothérapie, mesures préventives)</p>	

Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*, < <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

<p>65. Fournit de l'information sur les interventions et traitements offerts :</p> <ul style="list-style-type: none">• noms• étapes des traitements; comment ils fonctionnent;• bénéfices et avantages;• possibles effets secondaires <p>66. Sollicite la perspective du patient sur la nécessité d'agir, les bénéfices perçus, les obstacles, sa motivation</p> <p>67. Reconnaît le point de vue du patient; plaide des points de vue alternatifs, au besoin</p> <p>68. Sollicite les réactions et les préoccupations du patient au sujet des plans et des traitements, incluant leur acceptabilité</p> <p>69. Tient compte du style de vie, des croyances, du bagage culturel et des capacités du patient</p> <p>70. Encourage le patient à mettre en pratique les plans d'action, à prendre ses responsabilités et à être autonome</p> <p>71. Vérifie le soutien social dont bénéficie le patient et discute des autres supports sociaux disponibles</p>	
---	--

Références

Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides.* Academic Medicine 2003 : 78 (8) : 802-809.

Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine.* Abingdon (UK) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 1998.

Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. *Skills for communicating with patients.* Abingdon (U-K) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 1998.

Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills,* < <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

**Les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation
ni improbation de la Faculté de Chirurgie Dentaire**

ATO Fera Délice. L'INFLUENCE DU CONTEXTE SUR LA PERCEPTION DU SOIN. 2019. 97 p. : ill., graph, tabl. Réf. Biblio. : 75-80.

Sous la direction du Pr *DESCROIX Vianney*

Th : Chir Dent. : Paris 7: 2019

RESUME:

Bien que la pratique ait beaucoup évoluée afin d'améliorer tant la qualité des soins que le confort du patient, notamment concernant la prise en charge de la douleur, le cabinet dentaire reste encore pour beaucoup un endroit source de peur, d'anxiété, d'inconfort, de souvenirs douloureux...

Le contexte est un facteur multidimensionnel qui désigne toute l'atmosphère autour du traitement. Que ce soit dans l'interaction entre les protagonistes, les caractéristiques de la situation, du lieu, relatifs aux souvenirs, aux perspectives d'avenir ou à un état interne du corps et du cerveau, tous les éléments entourant le soin peuvent avoir une signification psychologique et un retentissement biologique. Ainsi le même soin peut être perçu différemment, la sensation douloureuse peut être modulée.

Ce travail a pour but de mettre en évidence l'interconnexion entre le corps et la pensée manifestée à travers le placebo et l'effet qu'il produit. Nous verrons également les mécanismes sous-jacents responsables des effets observés, puis comment l'interaction praticien-patient pose un cadre privilégié pour la prise en charge du patient dans sa globalité, dans l'optique de mieux l'accompagner dans sa maladie en se servant du contexte et de son influence de l'esprit sur le corps.

TITRE en anglais: THE INFLUENCE OF THE CONTEXT ON THE PERCEPTION OF CARE

RESUME en anglais : (facultatif)

DISCIPLINE : Psychologie médicale

MOTS-CLES Français : placebo(FMeSH) ; effet nocebo (FMeSH) ; Relations médecin-patient, communication (FMeSH); communication non verbale (FMeSH) ; anxiété (FMeSH) ; douleur(FMeSH) ; analgésie (FMeSH) ; Relation praticien-patient

MOTS-CLES Anglais : placebos(MeSH) ; nocebo effect(MeSH) ; physician-patient relations (MeSH) ; communication(MeSH) ; nonverbal communication (MeSH) ; anxiety (MESH), pain(MeSH) ; analgesia (MeSH) ; Physicien-patient relationship