



Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation
Pays de la Loire
54, rue de la Baugerie - 44230 SAINT- SEBASTIEN SUR LOIRE

Effet Placebo et Rééducation

Perspectives d'optimisations de la prise en charge masso-kinésithérapique au regard des connaissances actuelles sur les effets contextuels des soins

VIROT Grégoire

Travail Ecrit de Fin d'Etudes
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

Année 2012-2013

Résumé

L'effet placebo ou effet contextuel, est un phénomène présent dans l'imaginaire et les représentations de tout soignant. Les fameux « 30 % d'efficacité » pourtant invalidés, restent ancrés. Les différents mécanismes psychologiques et neuro-biologiques qui y participent sont identifiés et étudiés. De plus, la douleur est l'un des symptômes qui répond de manière significative à l'effet placebo.

Dans notre position de rééducateurs, « proches » des patients dans les domaines corporels, temporels et émotionnels, la communication est un outil majeur. Nos mots et nos formulations sont porteurs de suggestions susceptibles de faire émerger ou de renforcer des attentes chez le patient. Ces attentes peuvent être bénéfiques (placebo) ou néfastes (nocebo).

Ainsi, communication thérapeutique et prise en charge de la douleur sont les deux arguments qui motivent à s'interroger sur le sujet du placebo en kinésithérapie.

Ce mémoire a pour objectif de proposer des outils aux masseur-kinésithérapeutes permettant d'élaborer un contexte favorable autour de leurs soins. Pour cela, une première partie sera consacrée aux connaissances actuelles sur l'effet placebo (définition, mécanismes). La seconde portera sur les implications cliniques que ces phénomènes ont, tout en intégrant différentes expériences rencontrées lors du parcours de stage.

Mots clés

Communication - Contexte - Optimisation - Placebo

Key words

Communication - Context - Optimization - Placebo

Sommaire

1. Introduction	1
2. Concepts et connaissances sur l'Effet Placebo	2
2.1. Définition(s)	2
2.1.1. Qu'est ce que l'effet placebo ?	2
2.1.2. L'effet placebo, c'est l'effet contextuel.	3
2.1.3. Eléments de confusion.	4
2.1.4. Le contexte du soin étudié via les études « Open-Hidden »	5
2.1.5. Le nocebo : l'influence d'un contexte négatif	6
2.1.6. Synthèse	7
2.2. Historique	7
2.2.1. Un traitement de convenance pour le médecin	7
2.2.2. La métamorphose du placebo	8
2.2.3. Polémiques actuelles	9
2.3. Mécanismes	10
2.3.1. Approche psychologique	10
2.3.2. Approche Neurologique	14
2.3.3. La place des mots dans l'effet nocebo	15
2.3.4. L'effet d'une relation de soutien	17
2.3.5. Mentir n'est pas nécessaire	17
3. Perspectives Cliniques	19
3.1. Pratique clinique, placebo et éthique	20
3.2. Première(s) rencontre(s)	20
3.2.1. Explorer pour corriger	20
3.2.2. Informer pour projeter	21
3.3. Alliance et Mirroring	22
3.4. Choisir une technique	23
3.5. Eléments de communication avec le patient : menaces et opportunités.	23
3.5.1. Pièges verbaux.	24
3.5.2. Suggestions positives	25
3.5.3. Ouverture : La communication non verbale et le modèle SURETY	27
4. Discussion	28
5. Conclusion	30
6. Références Bibliographiques	31

1.Introduction

Le concept de **placebo** est familier pour la plupart des professionnels de santé. Que ce soit au cours de la formation initiale ou des discussions entre professionnels, ce phénomène est cité à de nombreuses reprises.

On prête souvent au placebo un potentiel important, quasi « **magique** » : « Technique placebo », « cela a marché chez ce patient, mais à mon avis, ce n'est « **que** » du placebo », « double aveugle contre placebo »... Les exemples d'utilisation de ce concept sont nombreux dans le monde de la santé et de la kinésithérapie. Néanmoins, ces phénomènes sont **absents du programme officiel** de formation initiale en masso-kinésithérapie (MK) (Décret n° 89-633). Les connaissances sur le sujet des étudiants et des jeunes diplômés peuvent donc être **approximatives ou floues**, alimentant son caractère étrange, intrigant, voir **perturbant**. En effet, cela remet en question la qualité de la prise en charge d'un soignant : « Fais-je mieux que le placebo ? ».

Ce sont différentes initiations, lectures et conférences dans mon parcours personnel qui ont fait émerger les problématiques de placebo et de communication thérapeutique.

En quoi s'interroger sur ces phénomènes est-il pertinent pour le masseur-kinésithérapeute et quelle place le placebo occupe-t-il dans nos prises en charge ?

Nous verrons que la **communication soignant-patient** influence grandement l'induction d'effets placebo. Or, un MK est particulièrement « proche » de ses patients à cause de la chronicité des soins (journaliers en centre de rééducation, ou au long cours chez des patients atteints de maladie chronique) mais aussi de par notre approche corporelle avec le patient, qui est susceptible de créer un lien privilégié. Dans l'entourage des malades, peu de professionnels de santé et même de proches les « **touchent** » ainsi. En effet, l'action d'un MK se place dans la zone dite « intime » (longueur de l'avant-bras, soit environ 50 cm), réservée habituellement à la confiance ou à la relation amoureuse (1).

De plus, l'effet placebo est statistiquement significatif dans les symptômes subjectifs comme la nausée ou la **douleur** (2). Or, la douleur est, avec l'autonomie, la préoccupation majeure du MK et de ses patients.

Communication thérapeutique et douleur sont donc deux arguments qui font émerger la pertinence d'une réflexion sur ces phénomènes en kinésithérapie.

Ainsi, ce mémoire propose des éléments de réponse à la problématique suivante : « **Pourquoi et comment optimiser la dimension placebo (ou contextuelle) dans la prise en charge masso-kinésithérapique ?** ». Pour cela, deux parties seront développées.

La première a pour but de donner des éléments de réponses aux questions fondamentales que l'on peut se poser sur ce phénomène intrigant via une revue de littérature qualitative non systématique. La seconde partie aura pour but de transposer ces notions dans un contexte MK, et de proposer des outils pratiques nous permettant d'élaborer un contexte favorable à l'optimisation de nos soins quotidiens, tout en intégrant des situations cliniques rencontrées lors de mon parcours de stage.

2. Concepts et connaissances sur l'Effet Placebo

2.1. Définition(s)

L'Effet placebo est un **phénomène complexe** dont la compréhension et la vision par le monde scientifique ont évoluées depuis son émergence. Ce mot même de « placebo » (du latin « *je plairai* ») est problématique : il désigne plusieurs choses dans des contextes différents (3). De ce fait, de nombreuses définitions ont été proposées alimentant une confusion dans ce domaine : « *There is no formal definition of placebo that most clinicians and researchers agree upon* »¹ (2) « *Much of the controversy surrounding placebo effects relates to how they are conceptualized and then defined* »² (4)

Afin d'éviter cette confusion et de clarifier le propos de ce mémoire et de cette première partie, il est nécessaire de commencer par proposer une définition la plus claire et concise possible.

2.1.1. Qu'est ce que l'effet placebo ?

Voici deux définitions proposées dans la littérature, traduisant un consensus relatif sur la manière d'appréhender ce phénomène :

- Pour F. Benedetti, expert du placebo et auteur de nombreux articles sur le sujet et l'ouvrage : « Placebo effects. Understanding the mechanism in health and disease » (5) : « *The placebo effect is a **real psychobiological phenomenon** whereby the brain is actively involve and **anticipates a clinical benefit**.* »³.
- Pour les auteurs de la revue de littérature « *Placebo Effect : Biological, Clinical and Ethical Advances* » (4) : « *Placebo effects are **genuine psychobiological phenomenon** attributable to the **overall therapeutic context*** »⁴.

L'effet placebo n'est donc pas « l'effet observé dans un groupe placebo », ou « dans la tête du patient », ou bien encore ce qui se produit « suite à l'administration d'un faux traitement ». Dans cette conceptualisation actuelle, un tel effet peut apparaître suite à un traitement factice mais aussi un traitement normal. On appelle « *placebo-related effects* »⁵ les phénomènes de ce type se pro-

¹ « Il n'y a pas de définition formelle du placebo pour laquelle la majorité des cliniciens et des chercheurs sont d'accord »

² « La majorité des controverses autour de l'effet placebo sont dues à la manière dont il est conceptualisé et défini »

³ « L'effet placebo est un réel phénomène psycho-biologique dans lequel le cerveau est actif et anticipe un bénéfice clinique »

⁴ « L'effet placebo est un véritable phénomène psycho-biologique attribuable au contexte thérapeutique global »

⁵ « effet placebo-liés »

duisant alors même qu'aucun soin placebo n'a été donné (5). Tout élément du contexte, perçu et décodé par le patient est susceptible d'entraîner une réponse placebo. Il s'agit des processus mis en place chez le patient suivant sa **perception d'un acte thérapeutique**, sa perception du contexte du soin. Ces processus induisent de véritables effets cliniques observables comme la sédation de la **douleur** suite à l'administration d'un faux traitement (médicamenteux ou physique).

2.1.2. L'effet placebo, c'est l'effet contextuel.

En 2008, une conceptualisation nouvelle et alternative de l'effet placebo est proposée par T.J.Kaptchuk et F.G.Miller dans « *The power of context : reconceptualizing the placebo effect* »⁶ (3). Pour eux, l'effet placebo c'est **l'effet du contexte** : le « *Contextual Healing* »⁷. Ils proposent cette nouvelle appellation pour plusieurs raisons :

- La double utilisation du mot placebo : traitement fait pour « plaire » et méthode comparative utilisée dans les essais contrôlés randomisés.
- Le caractère à la fois surévalué (l'effet observé dans le groupe placebo ne serait du qu'à l'effet placebo) et dénigré (l'effet observé chez les patients dans les groupes « verum » ne serait du qu'à l'intervention du soignant) : les autres raisons possibles de modifications de l'état de santé des patients ne sont pas prises en compte. Classiquement, suite à son soin, un thérapeute va interpréter toute modification positive seulement comme étant de son fait. À l'inverse, toute amélioration suite à un traitement factice sera interprétée comme uniquement l'effet de cette petite action, qui paraît si anodine...
- La médecine est de plus en plus technique et scientifique et le placebo ne sert plus qu'à valider ou non un médicament, une technique, éclipsant les notions de relation patient-soignant : « ***The art of medicine*** ».
- Il existe une confusion autour du langage. Les substances factices provoquent de réels effets chez les patients, il est donc insensé de les appeler inactives, inertes ou non-spécifiques.
- Le mot placebo est incorrect car il n'est pas nécessaire de mettre en place un traitement factice pour observer une réponse placebo. Chaque soin possède une composante spécifique et une composante « contextuelle » (voir 2.1.4 Le contexte du soin étudié via les études Open-Hidden).

Kaptchuk et Miller proposent donc comme alternative « **effet contextuel des soins** »⁸. Cela permet de différencier deux aspects d'un traitement médical : l'effet spécifique du soin et l'effet du contexte comprenant de nombreux éléments (l'environnement, la communication soignant-patient, le rituel de l'administration du traitement...). Voici ce qu'ils disent : « *Instead of focusing exclusively on the therapeutic power of medical technology and thereby ignoring or dismissing context, we*

⁶ « Le pouvoir du contexte : reconceptualiser l'effet placebo »

⁷ « Effet contextuel du soin »

⁸ Dans ce mémoire, « Effet Placebo », « Réponse Placebo » et « Effet Contextuel » sont utilisés comme synonymes (5).

should see the context of the clinical encounter as a potential enhancer, and in some cases the primary vehicle, of therapeutic benefit »⁹.

2.1.3. Éléments de confusion.

Il faut faire la part des choses entre « l'effet observé dans un groupe placebo » et l'effet contextuel comme décrit ci-dessus. En effet, de nombreux autres phénomènes psychologiques, statistiques ou dus à des biais dans la méthodologie peuvent modifier l'efficacité d'un soin dans ces groupes et sont souvent **confondus avec l'effet contextuel**. Voici donc ce que le placebo **n'est pas** (3, 5, 6, 7) :

- La **guérison spontanée** : ensemble des processus naturels de guérison se produisant même sans intervention thérapeutique (système immunitaire, systèmes de régulation de la douleur, cicatrisation...). Elle peut donner des erreurs d'interprétation « cause / effet » si elle se produit suite à un soin (factice ou non).
- La **régression à la moyenne** (cas particulier de la guérison spontanée) : surestimation de l'effet thérapeutique due à l'inclusion dans certaines études des patients présentant des valeurs extrêmes du symptôme étudié. En effet : « *Plus une valeur (extrême) s'écarte de la valeur moyenne, plus la probabilité que la valeur trouvée lors d'une mesure contrôle soit plus proche que la moyenne est élevée* ». Par exemple, lors d'études se consacrant à des patients hypertendus, les sujets inclus seront préférentiellement ceux présentant l'hypertension la plus significative. Or, ce sont aussi les plus susceptibles de présenter une tension diminuée lors d'une prochaine mesure : régression à la moyenne et efficacité du traitement peuvent donc être confondues. Ce phénomène est d'autant plus important lorsqu'on étudie une pathologie ou un symptôme à l'évolution non linéaire (tension artérielle, maladies rhumatismales...) (7).
- L'**effet Hawthorne** : modification inconsciente du comportement des patients lorsqu'ils se savent intégrés à une étude (ou simplement observés) afin de satisfaire les attentes de l'observateur. Par exemple, les sujets participant à une étude sur des soins dentaires s'astreignent à une meilleure hygiène. De même, l'efficacité d'un médicament chez des sujets intégrés à un essai clinique est plus efficace pendant l'essai qu'une fois l'étude terminée (et que le patient poursuit le traitement) (8).
- Les **biais de réponses** des patients. Par exemple : la surestimation d'un symptôme subjectif pour intégrer une étude (par satisfaction de l'attente du médecin) puis la sous-estimation de celui-ci (par contentement de participation à cette étude ou pour faire plaisir au médecin) (3). On retrouve aussi les réponses conditionnées, les mauvais jugements et les réponses de politesse (5).

⁹ « Au lieu de se focaliser uniquement sur l'effet thérapeutique des techniques et ainsi ignorer le contexte, nous devrions voir le contexte du soin comme un catalyseur potentiel, et parfois comme le vecteur principal, du bénéfice thérapeutique »

- Le **paradoxe de Simpson** : résultats faussés par des déterminants inconnus ou négligés, principalement lors de l'étude de sous groupes (surtout si ces sous groupes sont de taille très différents).
- Citons aussi (5) : les biais d'observations, l'habitude au traitement, le phénomène de Will Rogers (6), les traitements additionnels, les résidus d'anciens traitements, les problèmes de détection de symptômes ambigus...

Tous ces éléments perturbent l'interprétation des résultats d'études et ne sont pas toujours pris en compte. Ainsi, les essais comparant « la réponse placebo avec un vrai traitement » étudient en réalité « **l'évolution du symptôme dans le groupe ayant reçu une fausse intervention** » dont l'effet placebo en tant que tel est l'un des acteurs (5).

2.1.4. Le contexte du soin étudié via les études « Open-Hidden »

Afin de mesurer la part du contexte lors des soins (9), un nouveau type de protocole d'essai clinique a été mis au point : ce sont les « **Open Hidden Study Design** ». Deux groupes de patient sont comparés. Le même traitement leur est administré mais dans le premier groupe, ils sont **informés du soin normalement**, c'est le groupe « **Open** », dans l'autre ils sont uniquement prévenus qu'un traitement **pourrait** leur être administré, c'est le groupe « **Hidden** » (le médicament est injecté de manière imperceptible via une machine). Ainsi, la seule différence entre ces deux groupes est leur perception ou non de l'action thérapeutique : **seul le contexte du soin change**. Ces études permettent aussi de lever le « principe d'incertitude » qui se déroule pour chaque changement clinique : cette évolution est-elle due au traitement ? Ou à l'effet contextuel ?

Les résultats de ce genre d'étude sont surprenants. En effet, lors d'injections de morphine par exemple, le soulagement du patient dans le groupe informé est **plus rapide** et **plus important**. À l'inverse lors de l'interruption ouverte ou cachée de ce traitement, le groupe informé de l'arrêt de l'injection de morphine a vu son intensité de douleur augmentée de manière plus importante. Cet effet rebond est attribué à « l'effet nocebo » (7) : la peur de la douleur suite à l'arrêt des antalgiques a un effet hyperalgique.

Ces études « Open Hidden » permettent donc d'observer que lors de chaque soin, **le contexte a une incidence sur l'efficacité des traitements** : perception du traitement, présence d'un soignant et attente d'un résultat (voir 2.3 Mécanismes). L'effet placebo serait alors la différence observée entre ces deux groupes (voir fig n° 1).

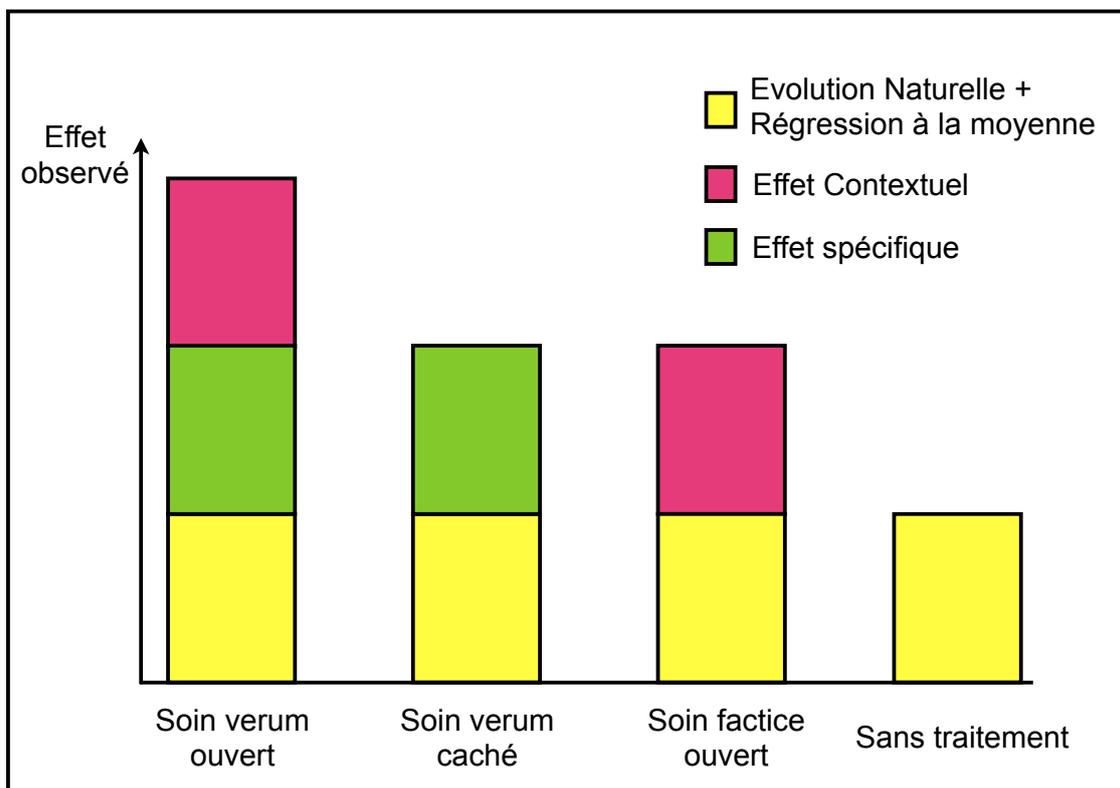


Fig n° 1 : Facteurs d'amélioration de l'état de santé des patients à l'échelle d'un individu en fonction du type de soin prodigué

2.1.5. Le nocebo : l'influence d'un contexte négatif

Le **nocebo** (du latin « *je nuirai* ») est classiquement décrit comme l'effet inverse du placebo. Selon Winfried Hauser & al (10) : « *The term "nocebo effect" covers new or worsening symptoms that occur during sham treatment e.g., in the placebo arm of a clinical trial or as a result of deliberate or unintended suggestion and/or negative expectations* »¹⁰. Il s'agit donc de l'apparition d'**effets indésirables** imputables au contexte du soin et non au traitement en lui-même. Ils distinguent « effet » de « réponse nocebo » qui serait due uniquement aux **attentes du patient** ou à une **communication négative** du soignant (donc sans traitement factice). Cette réponse peut donc se produire dans pratiquement toutes les situations cliniques.

Lorsqu'on compare deux groupes de patients, l'un qui est informé des effets secondaires possibles de son traitement et l'autre non, le groupe informé présente ces effets indésirables de manière plus importante statistiquement (10,11). Cela a notamment été montré dans un essai étudiant un médicament donné à des hommes présentant une hyperplasie prostatique bénigne : 43,6 % des patients informés ont décrit des effets secondaires indésirables (effets secondaires à caractères sexuels comme l'impuissance) contre seulement 15,3 % pour le groupe n'ayant pas été informé. Des résultats similaires ont pu être observés même lorsque le traitement donné était en réa-

¹⁰ « Le terme « effet nocebo » recouvre les nouveaux symptômes ou leur dégradation suite à un traitement factice, par exemple dans le groupe placebo d'un essai clinique, ou résultant d'une suggestion délibérée ou non et/ou d'une attente négative. »

lité **un faux**, un placebo (19). De la même manière, des effets néfastes peuvent apparaître suite à **l'annonce d'une maladie** et de son pronostic aux patients. C'est l'exemple type de l'effet nocebo (10,11).

2.1.6. Synthèse

Pour résumer, **l'effet contextuel du soin, est un phénomène interne au patient qui se produit suite à sa perception de l'action thérapeutique**. Ceci se produit donc dans la quasi-totalité des situations cliniques rencontrées par les soignants.

On peut diviser le soin en **trois dimensions** (voir fig n° 2), qui dans chaque cas clinique se répartissent différemment en fonction de nombreux facteurs. Ces trois dimensions sont :

- L'évolution naturelle de la maladie
- L'effet spécifique du traitement
- L'effet contextuel

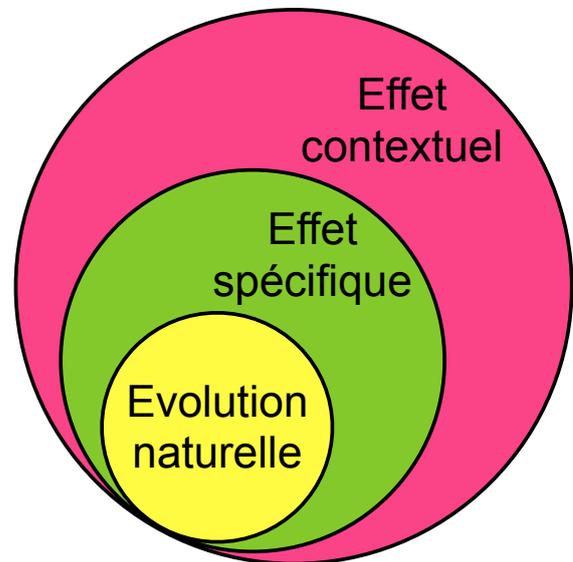


Fig n°2 : Les trois dimensions du soin

2.2. Historique

2.2.1. Un traitement de convenance pour le médecin

Utilisé à l'origine dans un contexte religieux (4), la première apparition du mot « placebo » dans le domaine médical date du XVIII^e siècle (12). Dans des écrits de 1772, William Cullen, un médecin britannique, donne un **traitement allégé** qu'il nomme « placebo » à un patient incurable. L'objectif de Cullen est de **faire plaisir** au patient et d'améliorer son **confort**. Il n'y a pas de notion ici de guérison ni de traitement : « *I own that I did not trust much to it, but I gave it because it is necessary to give a medicine, and as what I call a placebo.* »¹¹ Cullen va plus loin dans sa réflexion : de son point de vue, le soignant doit être doux, sympathique et être capable d'interpréter les « désordres » du patient afin d'orienter la prescription vers un traitement curatif ou un traitement placebo « pour faire plaisir ».

En 1954, « *The Humble Humbug* »¹² (13), décrit les usages et les compréhensions précédentes du placebo : « *a mean of reinforcing a patient's confidence in his recovery, when the diagnosis is undoubted and no more effective treatment is possible ; that for some unintelligent or ina-*

¹¹ « Je l'accorde, je n'y croyais pas beaucoup, mais je l'ai donné car il est indispensable de donner un traitement, et je l'ai appelé placebo. »

¹² « L'humble tromperie »

*dequate patients life is made easier by a bottle of medicine to comfort their ego ; that to refuse a placebo to a dying incurable patient may be simply cruel...*¹³. Le placebo est un outil utilisé à la **place d'un traitement curatif** par les médecins (dans la démarche très paternaliste de l'époque) dans des objectifs de confort, de tranquillité, d'accompagnement, pour **ne pas « ne rien donner »** à un malade. Un des seuls intérêts médicaux à l'époque était de faire la distinction entre une maladie à dimension somatique et une maladie à dimension psychologique.

2.2.2. La métamorphose du placebo

Malgré l'apparition de ce concept au XVIIIe siècle, ce n'est qu'après la seconde guerre mondiale qu'émerge l'effet placebo aux yeux de la communauté scientifique et médicale. En effet, c'est **le développement de l'Evidence Based Practice et des Essais Cliniques Contrôlés Randomisés (ECC) qui change tout en comparant un groupe vérum avec un groupe contrôle placebo**. Avant la mise en place systématique des ECC, les traitements médicaux étaient basés principalement sur les avis d'experts, les impressions cliniques et l'expérience du praticien. Dans une démarche de mise en place de traitements basés sur les preuves, une **méthodologie scientifique** de recherche clinique est alors élaborée (14), notamment grâce aux travaux d'Austin Bradford Hill (15). Cette méthodologie comprend principalement les notions suivantes : randomisation des groupes, traitement statistique des résultats et **double-aveugle** (traitement contre placebo).

Cette nouvelle manière d'utiliser le placebo marque un tournant dans la vision que se fait le monde médical de ces phénomènes. En effet ce qui servait de traitement « ne pouvant pas faire de mal » est devenu un phénomène aux pouvoirs surnaturels, capable de copier les effets de certains médicaments. En quelques années, « **l'Humble tromperie** » est devenue le « **Puissant Placebo** ».

En 1955, H.Beecher publie la première revue de littérature sur le sujet : « *The Powerful Placebo* » (16). Sa méthode consiste à comparer le pourcentage de patients ayant répondu de manière significative à un traitement placebo dans quinze essais cliniques, sur 1082 patients. Il en ressort un nombre qui restera dans l'histoire et qui donnera au placebo son caractère magique : en moyenne, **35 % des patients répondent positivement à un traitement placebo**. De plus, selon Beecher, le placebo peut non seulement influencer la psychologie du patient mais aussi « *produce gross physical change* »¹⁴, « *objective changes at the end organ which may exceed those attributable to potent pharmacological action* »¹⁵. Le **placebo magique** est né. Celui qui guérit aussi bien, voire mieux qu'un traitement standard.

¹³ « Un moyen de renforcer la confiance du patient dans son rétablissement, quand le diagnostic est certain et qu'il n'y a plus de traitement efficace possible ; pour des patients inintelligents ou incompetents la vie est plus facile avec une bouteille de médicament pour conforter leur égo ; ainsi refuser un placebo à un patient mourant est simplement cruel...

¹⁴ « Produire des modifications physiques grossières »

¹⁵ « Des changements objectifs sur les organes qui peuvent dépasser ceux attribuables à l'action pharmacologique »

Il met au point un modèle additif qui considère le placebo comme stable, unique et constant. L'amélioration de l'état de santé des malades serait donc due aux principes actifs d'un traitement additionné à l'effet placebo commun.

La publication de Beecher fait émerger une **énigme** aux yeux du monde scientifique et « *boost* » l'intérêt de la communauté scientifique pour ce phénomène (5).

2.2.3. Polémiques actuelles

À de nombreuses reprises, « *The Powerful Placebo* » a été critiqué pour ne pas considérer l'évolution naturelle de la maladie, la régression à la moyenne et les autres éléments de confusions (5) (voir 2.1.3 Eléments de confusion). Ainsi, de nouvelles méthodes de revue de littérature sont apparues. La principale vient de l'organisme **Cochrane**, portée par deux danois : A.Hrobjartsson et PC.Gøtzsche. Cette dernière a été réactualisée trois fois dont la plus récente date de 2010 (2). La première d'entre elles intitulée « *Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment.* »¹⁶ (17) publiée en 2001, a eu un fort impact dans le monde scientifique : ils démontrent **l'inexistence du placebo dans la quasi-totalité des situations cliniques**. Beecher est bien loin, ses « 30 % » d'efficacité aussi...

Les revues Cochrane intègrent des ECC (dont le placebo est un outil de comparaison) dans lesquels **un groupe placebo et un groupe sans traitement sont comparés** afin de prendre en compte la régression à la moyenne et l'évolution naturelle. Leurs conclusions sont sans appel : « *We did not find that placebo interventions have important clinical effects in general. However, in certain settings placebo interventions can influence patient-reported outcomes, especially pain and nausea...* »¹⁷(publication actualisée de 2010 (2)).

Ces revues sont elles aussi critiquées. En 2002, une publication de L.Vase & al « répond » à la première revue de Hrobjartsson et Gøtzsche (2001) (18). Vase compare les résultats d'études utilisant le placebo comme seul outil de contrôle de l'efficacité d'un traitement (études majoritairement utilisées par Cochrane) avec des études dont le but même était l'investigation des mécanismes de la placebo-analgésie. Dans ces deux types de publications, ce sont toujours les groupes placebo et les groupes sans traitement qui sont comparés. Vase montre que **l'amplitude de la réponse à un traitement placebo est plus importante dans les études étudiant le phénomène** que dans les ECC. Ils expliquent leurs conclusions par la différence d'instructions données aux patients dans les deux types d'études : la différence de contexte. En effet, dans un ECC, le patient reçoit des informations plutôt neutres : il est susceptible de recevoir un bon traitement ou un placebo. Il a donc 50 % de chances de n'avoir qu'un faux soin. À l'inverse, dans la recherche sur le contexte, le patient est prévenu qu'il va recevoir un analgésique, parfois même un « puissant » analgésique... La **projection vers le futur** de ces patients est donc très différente.

¹⁶ « Le placebo est-il impuissant ? Une analyse d'essais cliniques comparant placebo et pas de traitement. »

¹⁷ « Nous n'avons pas trouvé aux interventions placebo des effets cliniques importants en général. Néanmoins, dans certaines conditions, les interventions placebo peuvent influencer les symptômes subjectifs, spécialement la douleur et la nausée. »

En 2006, Hrobjartsson et Gøtzsche répondent à Vase & al en réalisant à leur tour l'ensemble de l'étude en utilisant les mêmes données (cordialement fournies par Vase). Dans cette publication, ils pointent les erreurs méthodologiques et statistiques faites par l'équipe de Vase. Leur conclusion reste inchangée : «*At present, there is no reliable evidence of a general important effect of placebo intervention, although a moderate analgesic effect is possible.* »¹⁸ (19). Ces auteurs considèrent que les preuves de l'efficacité du placebo citées par Vase ne sont pas suffisamment solides (biais, méthodologie, randomisation, insu...) et qu'une conclusion ne pourra être faite que lorsqu'il y aura des ECC de bonne qualité sujet.

Une autre critique du travail des deux danois vient de F.Benedetti (5). Il leur reproche non pas leur méthodologie statistique mais leur manière **d'appréhender le phénomène de placebo**, qui selon lui invalide leurs conclusions. Tout d'abord, les éléments de cette revue ne permettent pas d'étudier avec précision le **contexte du soin** dans chaque étude incluse (et donc les éléments susceptibles d'induire l'effet placebo) : la communication du soignant, les attentes du patient... De plus, étudier l'effet placebo dans toutes les situations cliniques est absurde. Cela reviendrait à étudier l'effet de la morphine dans toutes les situations cliniques : on ne retrouverait presque pas d'effets en général, sauf dans certaines conditions ou certains symptômes très précis. La revue Cochrane ne prend pas en considération **l'hétérogénéité du phénomène** d'effet contextuel de par ses nombreux facteurs d'influence et ses différents mécanismes neurologiques (voir 2.3 Mécanismes). Hrobjartsson et Gøtzsche prennent donc un raccourci en considérant le placebo comme homogène et uniforme. Ainsi, ils passent à côté de la nature même de l'effet contextuel. Leur revue de littérature ne peut donc pas rendre compte de la meilleure manière de ce qu'il est réellement.

Essai contrôlé contre placebo et recherche fondamentale (ou essai clinique spécifiquement mené) étudiant la part du contexte dans un soin sont donc deux manières d'aborder l'effet placebo. D'après F.Benedetti, les ECC (utilisés par Hrobjartsson et Gøtzsche) ne sont pas le bon moyen d'étudier l'effet contextuel (5). En effet, les **biais** étant trop nombreux (voir 2.1.3 Eléments de confusion) l'étude en laboratoire de ces phénomènes permet de contrôler avec précision tous les biais possibles en choisissant un **modèle expérimental approprié**.

2.3. Mécanismes

Comment un effet peut-il se produire chez un patient alors même qu'il lui est administré une **substance inerte** ? Comment une **simple information** peut-elle rendre un traitement plus efficace ?

Il y a plusieurs réponses données par les chercheurs à ces questions. Plusieurs réponses, donc **plusieurs effets placebo**.

2.3.1. Approche psychologique

¹⁸ « À l'heure actuelle, il n'y a pas de preuve de l'effet d'interventions placebo en général, même si un effet analgésique modéré est possible. »

2.3.1.1. L'espérance du bénéfice.

Le principal mécanisme induisant l'effet placebo ayant été étudié est l'**attente optimiste** : une anticipation du bénéfice du soin, une projection vers le moment d'efficacité du traitement.

L'attente ou espérance (plutôt conscient(7)) correspond aux **projections** que se fait le patient vers le futur : « *expectations of future responses following administration of a placebo* »¹⁹ (4). Par exemple, un patient à qui l'on injecte une substance inerte mais à qui l'on dit qu'il s'agit d'un antalgique puissant, va probablement expérimenter un soulagement de sa douleur. L'attente de la diminution de la douleur suite à la prise en charge a induit la réponse placebo. Dans l'exemple cité, c'est une transmission d'information qui a permis la mise en place de l'espérance.

Plus forte est l'attente, plus la réponse placebo le sera elle aussi. Ainsi, la réponse placebo sera plus importante suite à une chirurgie que suite à un soin de routine ; plus importante aussi si la substance est injectée en intra veineuse que si elle est prise per os (7,5).

Ce mécanisme se met en place à partir du moment où le patient reçoit des « **signes** », des stimuli sensoriels qui, suite à leur **décodage** / leur interprétation, créent ces attentes ou les renforcent (20,21) (voir fig 3). Plusieurs types de signes peuvent être perçus :

- La **communication** adoptée par le soignant et l'entourage ainsi que l'ensemble des informations dont dispose le patient sont susceptibles d'induire des attentes (20).

Tout d'abord, il a pu, comme de nombreux patients, se renseigner sur sa pathologie par des voies « détournées » : **internet, voisins, amis...** Combien de patients arrivent maintenant en soins avec une vision plus ou moins précise et parfois erronée de leur maladie ou de leur traitement ? « J'ai vu sur un forum que... », « un ami m'a dit que... », « J'ai un proche qui a le **même problème** que moi et... » ? Toutes ces informations piochées dans des contextes pas toujours scientifiques ou pertinents créent donc des **attentes** chez le patient : amplitude de douleur, durée de traitement, pronostic fonctionnel et même efficacité du thérapeute ou du centre de soins. En effet, une personne s'adressant à un MK car « Ma voisine vous a **chaudement recommandée** car vous l'avez **grandement soulagée** de son mal de dos. » aura des attentes bien plus fortes que quelqu'un qui choisi son thérapeute car « Vous étiez le plus proche. ».

Les **soignants** sont les interlocuteurs privilégiés : « ... *certainly doctors and nurses are a very important component of the context, as they transmit a lot of information to the patient through their words, attitudes and behaviours.* »²⁰ (5) (il pourrait être rajouté ici : « *médecins, infirmières et rééducateurs* »). Le patient recevra la majorité des informations sur la maladie et le soin via les **professionnels de santé** qui le prennent en charge. Les explications sur la réponse normale au traitement, son efficacité, sa durée d'action, le protocole, les effets secondaires possibles, mais aussi les représentations de chacun, les histoires rapportées, induiront automatiquement une attente chez le patient : « Je vais vous installer un appareil antalgique qui

¹⁹ « L'attente de la futur réponse suivant l'administration d'un traitement »

²⁰ « Il est certain que les médecins et les infirmières sont une composante très importante du contexte, ils transmettent beaucoup d'informations aux patients au travers de leurs mots de leurs attitudes et de leurs comportements. »

s'appelle le TENS. Ces petites électrodes vont perturber les signaux que vos nerfs envoient au cerveau. Ainsi, vous devriez ressentir un soulagement dès les premières minutes du soin. J'ai d'ailleurs utilisé ce même outil chez quelqu'un ayant la même pathologie que vous et cela a très bien marché ! Néanmoins, cela ne fonctionne pas sur du long terme : dans quelques heures la douleur réapparaîtra. ». Une simple explication comme celle-ci est porteuse de nombreuses **attentes positives ou négatives** que l'on transmet au patient. La projection vers le futur plus ou moins bénéfique du patient sera à pondérer en fonction du crédit qu'il accorde à son thérapeute.

Si l'on effectue un soin à un patient sans qu'il en connaisse le but, ce mécanisme de projection, d'anticipation, ne peut se faire (comme dans les soins cachés).

L'information donnée au patient est importante : par exemple, l'effet d'un bronchoconstricteur chez des patients asthmatiques a été plus important lorsqu'il a été donné avec l'information qu'il s'agissait d'un bronchoconstricteur que d'un bronchodilatateur (22). Les suggestions verbales utilisées dans de nombreuses études font partie de ce type de signaux envoyés au patient.

- **L'observation sociale** peut elle aussi induire ces attentes. Il a été montré que **voir un tiers expérimenter un bénéfice augmentera l'efficacité du même soin chez l'observateur** (23). Il est à noter que plus le tiers présente des bénéfices importants, plus l'effet placebo sera important chez l'observateur.
- Le **conditionnement** (plutôt inconscient(7)), historiquement décrit par **Pavlov**, correspond à l'association d'un **stimulus conditionné** (SC) avec un **stimulus non conditionné** (SNC) (4,20). Répétée, cette association peut résulter en la capacité du SC (par exemple : une pilule ronde et bleue) d'induire l'effet du SNC (le principe actif à l'intérieur). Par exemple, un individu « habitué » à traiter ses maux de tête par un médicament ou un procédé spécial sera susceptible d'être soulagé suite à l'absorption d'une pilule rigoureusement identique mais ne contenant aucun principe actif : « Ce médicament m'a soigné par le passé, il me soignera donc encore cette fois » (25).

Les stimuli conditionnés peuvent être de nature très différente : une couleur, une forme, une personne, une heure de la journée, un son (c'est l'exemple classique du chien qui salive uniquement en réponse au son d'une cloche) ... La mise en place du conditionnement tient en la capacité du patient à **associer les perceptions qu'il a des changements dans son corps avec un ou plusieurs éléments de l'environnement** : « Je suis soulagé depuis que vous m'avez massé ».

Dans le conditionnement, un **processus d'apprentissage** du bénéfice se met en place. Il a été montré que ce mécanisme **mime** l'effet de la molécule utilisée comme SNC (morphine, immunosuppresseur cyclosporine A, dopamine-agonist apomorphine, hormone de croissance, cortisol...) (21,26). Cet effet est renforcé par l'efficacité ressentie par le patient lors de la **première exposition** et par le **nombre de ces expositions** (21). De nombreuses études ont par ailleurs démontré l'efficacité supérieure du conditionnement sur les suggestions verbales pour induire un effet placebo (26).

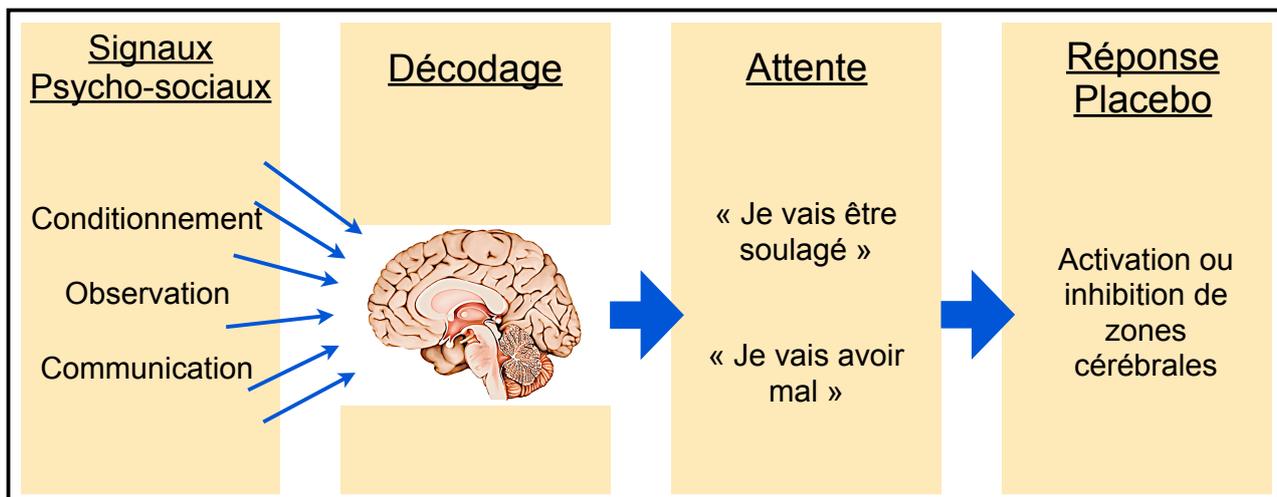


Fig n° 3 : Le mécanisme du placebo

Dans certaines publications, une conception quelque peu différente est présentée : les « phénomènes d'apprentissages » sont dissociés des mécanismes d'attente. L'apprentissage (la modification d'un comportement suite à une expérience) dans le cadre de l'effet placebo recouvre le conditionnement et l'observation.

L'anticipation module principalement l'**anxiété** : une attente positive diminuera l'anxiété du patient ce qui augmentera sa tolérance à la douleur. Une attente négative aura l'effet inverse.

L'effet contextuel, au travers des attentes, peut aussi être induit par d'autres moyens. On peut citer la personnalité et l'état psychologique du patient, le prix d'un traitement, la marque du médicament, la sévérité des symptômes ressentis et enfin les **croyances** du patient et du soignant (25).

Sur ce dernier point, Mireille Rosselet-Capt dans son livre « *Les fabuleux pouvoirs de l'effet placebo* » (25), cite deux oeuvres de I.Wrickramasekera. Une première expérience montre une différence d'efficacité de 37 % (de 33 % à 70 %) entre une relation thérapeutique « en double aveugle » et une relation dans laquelle, soignant et patient **croient tous les deux dans le traitement**. Dans la seconde, il est montré que l'efficacité d'un appareil à ultrasons (sensé diminuer les douleurs musculaires) est la même, que la machine soit allumée ou non, dans le cas où **malade et thérapeute croient qu'elle est en fonction**.

Lors d'une situation clinique, tous les éléments cités se mélangent. Des éléments banals tel que la blouse blanche, la vue d'une seringue, le comportement du soignant, un panneau « Hôpital », une croyance, la confiance dans un thérapeute s'associent afin de créer un contexte global aux yeux du patient, qui réveille en lui des attentes. Ainsi, c'est **l'ensemble des éléments de communication, d'observation et de conditionnement** qui participent à l'élaboration de l'effet placebo au travers du mécanisme d'anticipation.

2.3.1.2. Le conditionnement comme renforcement de l'attente

La limite entre attente et conditionnement peut paraître floue. En effet, dans de nombreuses publications, ils sont tous deux dissociés et présentés comme les deux principaux mécanismes du placebo. Cette confusion est due au fait qu'il existe deux versants du conditionnement (26).

Le premier, le versant « **pavlovien** » inconscient : le mime de l'effet d'une technique ou d'un médicament, suite à l'association répétée entre ce médicament et un signal reçu par le patient.

Le second correspond en la capacité du conditionnement à **renforcer l'anticipation**. L'interaction entre ces mécanismes est montrée par des études comme celles de Voudouris & al (1989, 1990) et Kirsch (1997) (26). Des volontaires subissent des stimuli douloureux en présence d'une fausse crème anesthésiante (les stimuli sont de faible intensité afin de faire croire en l'effet de la crème). Ils sont ensuite répartis en deux groupes : le premier est **informé de la supercherie** contrairement au second. Une deuxième stimulation douloureuse est donnée suite à cette information : le premier groupe n'a plus expérimenté d'analgésie. Le conditionnement seul n'a donc pas suffi à induire l'effet placebo, mais il a permis de **renforcer l'anticipation** de soulagement des patients (26). De même, il a été montré que des suggestions verbales d'hyperalgésie suite à une procédure d'analgésie conditionnée bloquaient le mécanisme de soulagement conditionné mais induisaient aussi de l'hyperalgésie. Donc, **le conditionnement est effectif seulement si le contexte du soin crée une attente allant dans le même sens.**

2.3.1.3. Le potentiel de la première rencontre

Lorsqu'un patient rencontre pour la première fois un soignant, un traitement, une prise en charge, il a dans une très grande majorité des cas des attentes, apparues au cours de son **histoire personnelle** : représentations sur sa maladie ou son symptôme, représentations sur la kinésithérapie, objectifs qu'il veut atteindre,... Les processus de conditionnement ne peuvent être élaborés puisque le patient n'a pas encore expérimenté les effets du traitement : « *...expectancy is first, conditioning follows...* ²¹ » (4).

La première rencontre est dite « critique » pour la suite du soin. En effet, plus l'attente est élevée, plus l'effet placebo est élevé et donc potentiellement, plus le conditionnement le sera lui aussi (4). Il a été démontré que l'effet du traitement initial influençait l'amplitude de l'effet placebo survenant lors des rencontres suivantes (14). Si le patient expérimente un bénéfice suite à la première technique ou injection, les suivantes feront intervenir le conditionnement ce qui renforce leur action. Dans cette optique, le thérapeute fait office de « professeur » (20), dans le sens où c'est lui qui **attire l'attention du patient sur le lien entre un élément du contexte et le bénéfice vécu par la personne.**

2.3.2. Approche Neurologique

La réponse analgésique associée au contexte d'un soin n'est **pas uniquement un mécanisme psychologique**. Le placebo c'est « dans la tête » mais aussi dans le cerveau : **une au-**

²¹ « ...l'attente est première, le conditionnement suit... »

thentique réponse spécifique est mise en place dans le système nerveux. À l'heure actuelle, deux types de réponses neurologiques sont bien identifiées : il s'agit de la sécrétion des neurotransmetteurs **opioïdes endogènes** (comme l'endorphine, inhibiteur du signal douloureux) et **DO-PA**.

Il a été démontré qu'une réponse placebo pouvait être en partie ou entièrement expliquée par une libération d'opioïdes endogènes par le système nerveux. Plusieurs méthodes (4) ont été utilisées : injection de naloxone (antagoniste des opioïdes), injection de cholecystokinine ou CCK (inhibiteur de l'antalgie opioïdique), neuro-imagerie (PET, IRM fonctionnel) (27)... Les résultats de ces études montrent que l'administration d'un antalgique placebo **active les régions du cerveau** responsables de la sécrétion de ces neurotransmetteurs.

L'autre « voie » est celle activant les zones responsable de la sécrétion de dopamine. Ce versant a notamment été étudié chez les patients souffrants de la **maladie de Parkinson**, caractérisée principalement par une dégénérescence de ces zones (locus niger, faisceaux negro-striés). L'effet placebo permet une amélioration de leurs capacités physiques mais de manière très transitoire.

À l'inverse, il a été montré que **l'effet nocebo inhibe ces mécanismes** et active la sécrétion de CCK via une **augmentation de l'anxiété**, ce qui facilite la transmission de la douleur (10).

2.3.3. La place des mots dans l'effet nocebo

Les mécanismes psychologiques développés précédemment ne sont pas uniquement responsables de bénéfices chez les patients (analgésie, soulagement de l'anxiété...). Malheureusement, l'effet inverse peut être observé : les attentes négatives et les apprentissages (ou conditionnement) peuvent induire de nouveaux symptômes ou en aggraver (28). **C'est l'effet Nocebo**.

On retrouve un effet négatif nocebo dans les études Open-Hidden. Les patients informés de l'arrêt du traitement antalgique expérimentaient une douleur supérieure à ceux dont l'arrêt était caché. L'attente de la douleur a induit l'aggravation de ce symptôme.

Les mécanismes psychologiques d'induction de ce phénomène sont les mêmes que ceux de l'effet placebo : **anticipation et information** (attente négative), **première expérience négative** (conditionnement) et **observation de résultats négatifs chez un tiers** (28).

L'induction d'un tel effet est **particulièrement sensible aux paroles** que peuvent prononcer les soignants (10).

En effet, un patient est dans un **état mental d'hyper-suggestibilité**, plus ou moins marqué (10,29,30) : « *The more anxious or distressed a patient is, the more likely she or he is to misinterpret figures of speech.* »²². On retrouve aussi l'appellation « **Transe** » (35). Cet élément « stress / anxiété » induit donc qu'un patient au bloc opératoire, quelques minutes avant une intervention chirurgicale sera dans un état différent de celui d'un patient opéré il y a plusieurs mois. Ainsi, le moind-

²² « Plus un patient est anxieux ou stressé, plus il est susceptible de mal interpréter les figures de langage »

dre mot, le moindre geste, la moindre expression observée par le patient sera interprété (consciemment ou non). Dans cet état de conscience, les personnes sont sujettes à mal comprendre le sens des paroles dites par l'encadrement soignant. Ces « **suggestions négatives** » (voir Tableau I) involontaire peuvent se retrouver sous plusieurs formes verbales (exemples traduits de (10)) :

Tableau I : Suggestions verbales susceptibles de déclencher un effet nocebo

Type de discours	Exemple	Interprétation possible par le patient
Incertitude	« Essayons », « Essayez de », « Cela peut »	L'échec est possible
Jargon médical	« Le résultat de vos examens est revenu négatif »	Je suis malade.
Ambiguïté	« Vous allez vous endormir, cela sera bientôt fini »	Je vais bientôt mourir.
Insistances sur le négatif	« Cela fait toujours mal »	Je vais forcément avoir mal
Focalisation de l'attention	« Signalez si vous ressentez de la douleur »	Il est possible que je ressente de la douleur
Négations inefficaces	« Vous n'avez pas besoin de vous en faire »	J'ai peut être des raisons d'être inquiet
Minimisation	« Cela ne va saigner qu'un peu »	Ça va saigner

A propos du jargon et des ambiguïtés : une étude comparant les définitions de mots médicaux données par les patients et celles données par les médecins montre une variabilité entre celles-ci. Par exemple, des mots comme « arthrite » ou « bronchite » furent bien définis pour plus de 80 à 90 % des patients, alors que des mots comme « médicament » ou « diarrhées » étaient mal définis par plus de la moitié d'entre eux (30). L'utilisation de mots médicaux doit donc être faite avec prudence, au risque de déclencher un effet nocebo par le simple fait de ne pas avoir la même définition entre thérapeute et malade.

Les mots en eux-mêmes comptent donc. En effet, il a été montré que l'utilisation de **mots négatifs ou évoquants de la douleur** (« mal, mauvais, douleur, piquer... ») lors de l'explication d'une procédure augmentait la douleur et l'anxiété des patients.

Un essai clinique sur cette interaction « mots / douleur aiguë » s'est porté sur 140 patientes enceintes, lors de l'accouchement (à terme ou par césarienne) (31). Juste avant l'anesthésie péridurale (un acte douloureux) prodiguée à ces femmes, une de ces deux phrases leur est dite : *“You are going to feel a big sting and burn in your back now, like a big bee sting; this is the worst*

part of the procedure. ”²³ ou “*We are going to inject the local anesthetic that will numb the area where we are going to do the epidural/spinal anesthesia and you will be comfortable during the procedure.* ”²⁴. Immédiatement après la péridurale, une évaluation de la douleur par EVA est réalisée. **En moyenne, les patientes ayant reçu la phrase contenant des suggestions négatives ont exprimé une EVA de 2 points plus importante que celles ayant reçu la phrase positive et sécurisante.** Cette étude montre que lors d’un soin susceptible de générer de la douleur aiguë, **nos mots sont importants.** Ainsi, expliquer en détail aux patientes ce qu’elles allaient ressentir a augmenté leur douleur alors que des suggestions positives ont permis une sédation significative lors du soin.

Lors d’une autre étude, expérimentale celle-ci, des stimuli douloureux tactiles ou électriques étaient associés à des suggestions verbales. Une communication négative, anxiogène, a **transformé les stimulations indolores en douleur** et les **stimulations faibles en douleur intense** (26). Une suggestion nocebo peut donc produire une hyperalgésie ainsi que des phénomènes allodymiques.

2.3.4. L’effet d’une relation de soutien

Un ECC portant chez 262 patients atteints du syndrome du colon irritable a cherché à identifier les différentes composantes du placebo (32). Cet essai a comparé trois groupes de malades : un groupe contrôle sans traitement, un groupe bénéficiant d’un soin d’acupuncture placebo (avec des aiguilles rétractables, ne pénétrant pas la peau) et enfin un dernier combinant ce soin avec une **communication positive du soignant.** Cette relation faisait intervenir l’attention, la confiance, la réassurance et les silences respectueux. Au bout de trois mois, les patients rapportèrent un soulagement significatif dans respectivement 28 %, 44 % et 62 % des cas. **L’accompagnement du soignant a grandement potentialisé l’efficacité d’une technique, pourtant factice.** Cette étude nous permet de prendre conscience de l’efficacité que peut avoir l’effet placebo lorsqu’on associe les différentes composantes afin d’élaborer un contexte le plus favorable possible : utilisation d’une technique de soin, environnement (lieu), une communication thérapeutique adaptée...

2.3.5. Mentir n’est pas nécessaire

Classiquement, la levée de l’insu (la découverte par le patient que son traitement est factice) supprime l’effet contextuel du soin. Ainsi, pour qu’un traitement placebo fonctionne, **il faut mentir au patient.** Ted J Kaptchuk, un médecin de Harvard, lassé de cette composante « mensonge » a publié une ECC dans lequel lui et son équipe comparent un groupe sans traitement avec un groupe dans lequel ils donnèrent un placebo ouvert associé à des suggestions positives rationnelles (33). Le traitement est donc bien **identifié comme inerte** aux patients mais il est accompagné d’explications (de manière standardisée aux patients des deux groupes avant leur randomisation)

²³ « Vous allez sentir une grosse piqûre et une brûlure dans votre dos maintenant, comme la piqûre d’une grosse abeille ; c’est le plus dur de la procédure. »

²⁴ « Nous sommes en train de vous injecter l’anesthésique local qui va engourdir la zone dans laquelle nous allons faire la péridurale et vous allez être confortable lors de la procédure. »

sur le placebo : « il a été montré que l'effet placebo produit des améliorations significatives dans leur pathologie (le syndrome du colon irritable) via les processus d'auto-guérison ».

Après trois semaines de traitement, le groupe à qui il a été donné un placebo présentait une **amélioration significative de son état général** (« *global improvement score* ») comparativement au groupe sans médicament. Donner une pilule de sucre en expliquant l'effet placebo aide donc plus les patients que de ne rien donner.

Kaptchuk conclut en expliquant que son étude suggère que **les patients sont consentants pour prendre un traitement placebo ouvert et que celui-ci peut avoir des effets bénéfiques**. Selon lui il faut donc poursuivre ce genre de travaux afin de déterminer la meilleure manière d'administrer ce genre de prise en charge aux patients.

3. Perspectives Cliniques

«...manual therapists should take measures to maximize the placebo effect within their interventions. »²⁵ (34)

L'effet placebo est là, **omniprésent**. Dans toutes nos prises en charge, les attentes du patient s'activent et induisent des réponses. Il est donc pertinent de nous questionner sur la manière dont nous pouvons optimiser nos soins au travers du **contexte qu'un kinésithérapeute peut élaborer autour du traitement**.

A quoi peut nous servir le placebo ? Pourquoi élaborer un contexte favorable ?

Voici un exemple. Lors de mon parcours de stage, il m'a été donné de participer à la prise en charge de patients en **phase post-opératoire suite à une intervention chirurgicale lourde** (PTG, PTH, PTE, traumatologie...). L'un des principaux versants du soin masso-kinésithérapique dans un tel contexte est la **mobilisation précoce**. En effet, cette mobilisation cherche à drainer la zone, prévenir l'apparition de fibrose, entretenir une mobilité articulaire ainsi que des glissements tissulaires... Or, cette population est sujette à des **douleurs importantes** dues au contexte particulier : voie d'abord chirurgicale, drains, pansements, médications, dimension émotionnelle forte (hospitalisation, traumatisme, peur...), peur de la douleur et du mouvement. Ainsi, en élaborant un contexte favorable, **l'effet spécifique des mobilisations précoces tendra à augmenter**. En réduisant l'anxiété et donc la douleur, les muscles péri-articulaires tendront à se relâcher, la participation du patient augmentera. Le MK pourra donc masser plus profondément, associer des mobilisations spécifiques, augmenter les amplitudes explorées ou encore demander une composante active plus importante... Le contexte positif qu'un MK peut élaborer permet d'entrer plus facilement et plus rapidement dans **un cercle vertueux avec son patient**.

Construire un contexte positif, favorable, peut donc permettre au kinésithérapeute d'optimiser l'effet spécifique de ses techniques.

Cette partie du mémoire a une portée la plus pratique possible. Deux grands thèmes sont développés :

- Comment se servir de l'effet placebo au vu de ses mécanismes ? Ou, comment utiliser l'effet contextuel sur le fond ?
- Comment élaborer le contexte de soin optimal autour du patient ? Ou, comment mettre en forme sa communication avec le patient pour favoriser au mieux l'apparition d'un bénéfice ?

²⁵ « ...les thérapeutes manuels devraient prendre des mesures pour maximiser l'effet placebo dans leurs interventions. »

3.1. Pratique clinique, placebo et éthique

Dans une très grande majorité des publications portant sur l'effet contextuel, une partie ou un paragraphe est consacré à la **dimension éthique** de ce phénomène. En effet, c'est la qualité de l'insu qui conditionne l'apparition d'un effet placebo (7). Or cet insu est en contradiction avec le paradigme moderne de la santé qu'est le **consentement éclairé**. C'est pour cela que par exemple, lors d'un ECC, **le patient doit être informé** qu'il recevra un vérum ou un faux traitement.

L'effet nocebo pose lui aussi des questions éthiques : faut-il informer les patients de tous les effets secondaires possibles alors même que cela va induire leur apparition chez certains d'entre eux ?

Les problématiques principales à propos du placebo traitent de la question de la **prescription dans la pratique clinique** de ce types de médicaments. Faut-il en donner ? Dans quelles conditions ? Est-il éthique d'utiliser ce procédé pour réaliser des économies ?

Ces considérations qui préoccupent la majorité des spécialistes du placebo sont loin de la problématique de ce mémoire qui cherche à trouver des moyens pour **optimiser les soins de routine** (et non pas à réaliser des soins factices (34)). Identifier et exploiter l'effet placebo dans ce cadre de l'optimisation du contexte de soin non seulement éthique mais aussi « *clinically relevant* »²⁶ (4).

Trois éléments éthiques sont tout de même à considérer (34) :

- Présenter une technique comme une « garantie » de soulagement (afin de maximiser l'attente) n'est pas éthique. Un soignant ne peut donc pas affirmer avec certitude du résultat d'un soin. **Il se doit de garder une certaine mesure** dans la présentation de son traitement.
- Le contexte doit être mis en place autour de **techniques validées par l'Evidence Based Practice**. Il est donc peu éthique d'optimiser l'effet placebo autour d'une technique inerte ou dont l'effet spécifique n'est pas prouvé.
- Il n'est évidemment pas éthique de mentir à un patient dans l'unique but d'augmenter son attente.

3.2. Première(s) rencontre(s)

3.2.1. Explorer pour corriger

Avant même la prise en charge masso-kinésithérapique, **le patient porte en lui de nombreuses attentes**. En effet, il vient avec toute une histoire, toute une expérience. Ces différentes attentes, positives ou négatives, sont donc susceptibles d'améliorer ou de dégrader le soin. Il est donc intéressant **d'explorer lors du bilan initial** ou des différents échanges les croyances et les représentations du patient (25,34).

Différents champs peuvent être interrogés (en posant des **questions ouvertes**) :

²⁶ « Cliniquement pertinent »

- A t-il déjà été pris en charge par un kinésithérapeute ? Pour quelle pathologie ? Comment s'est déroulé la rééducation ?
- Que pense t-il / que sait-il, de sa maladie / de son traitement ?
- Comment en est-il venu à prendre rendez-vous avec le thérapeute ?

Cet interrogatoire a pour objectif de faire émerger, de « *dépister* », les différentes attentes du patient (25). **Celles qui sont positives peuvent être renforcées, celles qui sont négatives peuvent être corrigées ou diminuées.**

Voici deux exemples vécus lors du parcours de stage :

- Mr N : Retraité hospitalisé en Rééducation suite à une pose de PTG, l'autre genou ayant subi **la même intervention trois ans plus tôt**. « La rééducation il y a trois ans s'est très bien déroulée. Je n'ai pas eu de douleur, en dix jours c'était réglé ».

Cette forte attente positive a été renforcée par un discours comme celui-ci : « Ah oui, très bien ! Mettons tout en oeuvre pour que cela se passe aussi bien que la dernière fois alors. ».

- Mr F : Jeune homme de 28 ans, victime d'un AVP à moto cinq mois auparavant, polytraumatisé, ayant subi un traumatisme particulièrement important au niveau de sa cheville droite avec section des tendons releveurs, fracture bi-maléolaire ouverte et section du nerf fibulaire superficiel. Il souffre notamment d'une restriction de mobilité de son premier rayon (due à des adhérences péri-cicatricielles), d'une perturbation de sa sensibilité plantaire ainsi que de douleurs cutanées importantes à types d'allodynies. Au cours d'une séance de rééducation il raconte : « C'est drôle, j'ai un ami qui a **exactement le même problème que moi**. Il a eu son accident il y a cinq ans et il a toujours des problèmes de sensibilité et des douleurs importantes. ».

Cette attente négative a été corrigée en expliquant que : « Votre ami et vous avez peut être des atteintes qui se ressemblent mais toutes les lésions sont différentes. De plus, chaque personne a des potentiels de rétablissement, de cicatrisation et d'adaptation propre, surtout quand il s'agit de lésions nerveuses. Cela ne fait que cinq mois que vous avez subi votre accident et vous venez tout juste de rentrer chez vous, il y aura encore des améliorations dans les semaines et les mois à venir. »

3.2.2. Informer pour projeter

« Manual therapists may wish assess or enhance (within ethical limits) patient expectation for manual therapy interventions in order to maximize clinical outcomes. »²⁷ (34)

L'information que possède le patient à propos du soin est primordiale. **Sans information, pas d'attente et donc pas d'effet contextuel** (voir 2.1.4 Le contexte du soin étudié via les études « Open-Hidden »). Ainsi, il est dans l'intérêt du MK de prendre quelques instants pour expliquer la technique qu'il va réaliser : son mécanisme, son objectif, ses caractéristiques, surtout si cette technique a un but antalgique.

Ces informations vont permettre au patient de se **projeter, d'anticiper le soulagement** et donc d'activer les phénomènes de placebo. De plus, **maximiser le premier effet d'une technique**

²⁷ « Les thérapeutes manuels peuvent évaluer ou améliorer (avec des limites éthiques) les attentes du patient pour les interventions de thérapie manuelle afin de maximiser les résultats cliniques »

est intéressant pour le thérapeute car la prise en charge va ensuite profiter du phénomène de conditionnement.

Par exemple, avec Mr N : « Je vais commencer par vous masser au niveau des adducteurs et au niveau de l'extérieur de la cuisse. Après une opération comme la vôtre, ces deux zones se contractent pour protéger le genou, or cette protection n'est plus nécessaire et nous gêne. Un massage comme celui que je m'appête à faire va permettre de détendre les différents tissus et de libérer le genou. Ainsi, vous serez plus confortable lors de la mobilisation et de la marche qui vont suivre. ». Présentation, explication, objectif, projection.

Au-delà de l'information, il est recommandé **d'augmenter l'attente du patient en suggérant l'efficacité positive de l'intervention** (34). Cela peut se faire si le patient n'a que peu d'espoir à propos d'une technique en particulier (qui pourrait pourtant parfaitement s'adapter à sa pathologie) ou bien pour optimiser l'attente positive déjà présente. L'attente peut être améliorée via plusieurs biais :

- Rationnel : « Il a été prouvé que... », « Cette technique a montré son efficacité dans telle pathologie. »
- Emotionnel : « Vous allez voir, cela va bien vous soulager. », « J'adore utiliser cette technique, elle fonctionne vraiment bien. »
- Relationnel : « Cela a très bien marché avec un autre patient », « Je l'utilise moi-même pour...»

3.3. Alliance et Mirroring

L'alliance entre patient et thérapeute est un élément fondamental. Créer ce lien est un des objectifs principaux du soin. Une information claire et une bonne connaissance du parcours de soin sont nécessaires afin d'élaborer un ou plusieurs objectifs thérapeutiques pertinents. Sur ces bases saines, les deux parties « s'allient » et peuvent **construire**, notamment via la **meilleure adhésion** du patient au traitement (35,36).

Il s'agit donc ici de la **personnalisation du soin**. C'est une considération quelque peu « classique », mais, ce n'est pas le genou de Mr N qui est rééduqué mais bien le patient dans sa globalité, avec ses problématiques propres. Si le patient sent qu'il est pris en charge de manière singulière, la rééducation n'en sera que meilleure.

Le **mirroring** est une technique à la fois verbale et non verbale qui renforce grandement l'alliance (36). Elle consiste à « copier » le sujet de manière à envoyer des signaux au patient qui lui seront familiers afin **d'activer les neurones miroirs** (35). Plusieurs voies peuvent être utilisées :

- Les **mots** : reformuler ce que vient de dire un patient et réutiliser ses propres mots.
- Le **para-verbal** : réutiliser les intonations, les rythmes, la hauteur...
- Le **non verbal** : reproduire les mimiques, les petits gestes, se positionner comme le patient (avec les limites que cela peut avoir dans l'exercice de la masso-kinésithérapie)
- La **respiration** : (cette forme de mirroring est appelée « *pacing* ») elle consiste à synchroniser la respiration du sujet et du thérapeute.

3.4. Choisir une technique

Suite à la première rencontre, au bilan, vient **le moment du soin** en lui-même. Lorsque plusieurs techniques sont possibles (soins antalgiques par exemple), les connaissances sur l'effet placebo nous permettent d'orienter notre choix sur la ou les techniques les plus susceptibles de fonctionner :

- **Utiliser une technique qui a déjà fonctionné** pour le patient. Par exemple, appliquer un TENS chez un sujet qui a déjà expérimenté un soulagement avec ce matériel sera plus susceptible d'être efficace. En effet, le phénomène de conditionnement est mis en place et l'attente est importante : « Cela m'a soulagé la dernière fois, cela me soulagera à nouveau ».
- **Utiliser une technique dans laquelle le patient porte une attente importante** (34). Un essai clinique chez des sujets lombalgiques, comparant le massage et l'acupuncture, a montré que l'efficacité d'une technique était corrélée à l'attente que le patient portait sur la technique. Ainsi, les sujets qui s'attendaient à un plus gros bénéfice avec le massage étaient plus susceptibles d'expérimenter un soulagement avec le massage qu'avec l'acupuncture (37).
- **Utiliser une technique dans laquelle le thérapeute croit**. La croyance du soignant est un élément important dans un soin (25). C'est pourquoi les ECC se font en « double-aveugle » : un thérapeute qui pratique une technique en laquelle il ne croit pas aura peu de chances de fonctionner. Ainsi, lorsque plusieurs possibilités s'offrent au MK, autant utiliser celle dans laquelle le plus de croyance est portée.

Choisir une technique est donc une histoire de **compromis** entre de nombreux éléments : les indications et contre-indications thérapeutiques mais aussi l'histoire du sujet, ses attentes et les croyances du soignant.

3.5. Éléments de communication avec le patient : menaces et opportunités.

« Le langage verbal de base (...) est notre meilleur allié et notre pire ennemi » (35)

Les deux parties précédentes sont dédiées à l'utilisation du placebo sur le fond, mais la forme peut elle aussi nous aider à améliorer nos prises en charge. C'est via notre **communication avec les patients, les mots** que nous employons, que pourra se construire le contexte favorable.

Comme cela a été abordé dans « 2.3.3 La place des mots dans l'effet nocebo », les éléments de langage qui sont utilisés par les soignants ont un retentissement fort sur l'état des patients. Bien communiquer avec le patient a deux objectifs complémentaires : **éviter l'apparition d'un effet nocebo et favoriser l'apparition d'un effet placebo**.

L'erreur de communication la plus commune, la plus ancrée dans nos habitudes est **l'utilisation de négations** : « Ne... pas ». Dans cette partie, seront présentés quelques éléments de langage qu'il

ne faut pas faire. Cela pourrait donc paraître paradoxal dans un mémoire qui s'attache à améliorer la manière de transmettre une information, néanmoins, dans la majorité des situations de vie, il est difficile d'éviter un obstacle si on ne sait pas où il se situe...

3.5.1. Pièges verbaux.

Dans un contexte de soin, les difficultés de communication apparaissent du fait de l'**état mental particulier** dans lequel le patient peut se trouver. En effet, plus il sera stressé ou anxieux, plus sa capacité à comprendre les interventions du soignant de manière « rationnelle » sera troublée. Ainsi les répercussions du moindre « écart » de langage (même avec de bonnes intentions) seront importantes du fait des difficultés de « traductions » des messages qui leur sont envoyés (10-29-30-35).

Dans « *Just breathe normally : Word choices that trigger nocebo responses in patients. Six traps and how to avoid them* »²⁸ (29), P.Schenk présente six pièges verbaux susceptibles d'être mal interprétés par le malade (les exemples proposés ne proviennent pas de l'article de P.Schenk mais apportés afin de mettre ces pièges en contexte kinésithérapique).

Voici cinq pièges verbaux présentés dans « *Just Breathe Normaly* », susceptibles d'induire des effets indésirables si ils sont mal interprétés par le malade :

- « *Juste* » : un mot que l'on utilise lorsqu'une indication au malade est considérée comme **facile**. Or, le patient peut le prendre au **sens restrictif** du terme. Une phrase simple comme « Pensez juste à vos étirements. », dite en fin de séance peut être interprétée comme « Ne pensez *que* à vos étirements », les autres exercices proposés peuvent sembler secondaires (renforcement musculaire, relaxation, marche...).

Afin d'éviter ce petit mot, il est recommandé tout simplement de ne pas l'utiliser et de lui préférer plutôt des formulations de type : « Souvenez vous de... ».

- « *Normalement* » : ce mot est utilisé lorsqu'un soignant veut observer un phénomène **comme il se produirait s'il n'était pas là**. C'est le cas lorsque l'on demande « Respirez normalement » ou « Marchez normalement ». Une telle formulation **focalise l'attention** de la personne sur sa marche ou sa respiration, induisant donc un contrôle volontaire. Or qu'y a-t-il de plus naturel et automatique que ces fonctions ? Le fait même de focaliser son attention sur sa marche ou sa respiration va donc en perturber le déroulement, par le **passage d'un contrôle automatique à un contrôle volontaire**. Ainsi, pour observer une respiration normale il n'y a rien de pire que de demander au patient de respirer normalement !

Il est recommandé tout simplement de ne pas utiliser ce mot ou de détourner l'attention de la personne du phénomène que l'on souhaite observer. L'auteur suggère de proposer au patient une autre activité à faire : décompter ou lire silencieusement une carte sur laquelle est imprimé un texte.

²⁸ « Respirez juste normalement : le choix des mots qui déclenchent des effets nocebo chez les patients. Six pièges verbaux et comment les éviter »

- « *Essayez* » / « *Cela peut* » : ces formulations sont porteuses de la suggestion d'échec. Un patient à qui l'on dit « Nous allons essayer cette technique. » peut comprendre dans cette phrase l'existence d'un potentiel échec. De même, « Essayez de faire vos étirements » peut indiquer que le thérapeute ne pense pas que le patient réussisse la tâche.

Ce type de langage peut être remplacé par des formules du type « Il est important que... », « Habituez vous à... », « S'il vous plait... ».

- « *...mais...* » : génère l'idée que la première partie de la phrase est **différente** de la seconde partie (« La majorité des patients apprécie cet exercice, mais je ne suis pas sûr que cela sera votre cas. »), cependant, ce mot peut aussi **dévaloriser ce qui le précède**. Par exemple dans « Je vous ai fait mal, mais je ne pouvais pas faire autrement. », le patient peut comprendre que la seconde partie de la phrase est plus importante que la première. Ici, le fait que le thérapeute n'était pas en « pouvoir » de faire de manière plus confortable prend le dessus sur la souffrance du patient.

- « *Ne... pas* » : **les négations font partie des pires pièges de langage qu'un soignant peut faire** : « *S'il n'y avait qu'un seul objectif à atteindre pour améliorer la communication thérapeutique, il serait que tout message doit être formulé sous une forme affirmative* » (35). En effet, l'esprit ne comprend pas la négation. Ainsi, quand une négation est utilisée, **il est très probable que le contraire se produise** : « Ne pensez pas à un éléphant ! ». Il en est de même dans des contextes de soin : « N'oubliez pas de travailler sur votre ballon ! », « Ne contractez pas votre bras ! », « Vous ne tomberez pas ». Dans ce dernier exemple, le patient à qui on dit une telle phrase n'avait peut-être pas peur de tomber, ou l'impression qu'il allait perdre l'équilibre. Ainsi, « Vous ne tomberez pas » ne fait que suggérer au patient qu'il a un risque de chute : « Pourquoi le kiné me dit-il cela ? J'ai des raisons d'avoir peur de tomber ? ».

Il faut donc, au maximum utiliser des formulations positives. « Exercez vous sur votre ballon cette semaine », « Laissez votre bras se relâcher », « J'assure votre sécurité lors du transfert / de la marche »...

Les négations sont aussi à éviter lors de l'explication d'un exercice à un patient.

3.5.2. Suggestions positives

Notre langage ne se résume pas à quelques petits mots, autour de ces formulations il y a **l'ensemble des suggestions que portent nos phrases**. Il y a des suggestions positives et des suggestions négatives. Dans le cadre de la communication thérapeutique il est recommandé d'utiliser au maximum le langage positif (29,35). Ce sont les mots qui portent des messages de confort, de bien-être, de protection, de sécurité, ou encore d'énergie qu'il faut employer.

En effet, il a notamment été montré qu'une consultation positive obtient des résultats cliniques supérieurs à une consultation neutre ou négative.

Voici quelques exemples de communication positive face à leur alter-égo négatif (tableau II),

malheureusement souvent employés dans un contexte de soin par habitude (et avec de bonnes intentions) :

Tableau II : Exemples de suggestions

Suggestion positive	Suggestion négative
Avez vous suffisamment chaud ?	Avez vous froid ?
Ceci est un traitement qui va vous rendre plus confortable .	Ceci est un traitement contre la douleur .
Occasionnellement après un traitement comme celui-ci, certains patients peuvent expérimenter de la douleur, mais je suis sûr que vous serez agréablement surpris par la rapidité à laquelle cela est en train de guérir (29). (Utilisation intentionnelle du « mais »)	Il se peut que vous ressentiez de la douleur après ce genre de traitement.
Je place mes mains comme ceci afin de rendre la mobilisation plus confortable pour moi et donc pour vous.	Je place mes mains ainsi pour ne pas vous faire mal et ne pas vous lâcher .
Pour la réalisation de cet exercice, tous les éléments de sécurité ont été mis en place.	Vous ne tomberez pas lors de cet exercice.

Il est à noter que **les minimisations de messages négatifs ne fonctionnent pas**. Ajouter « pas beaucoup », « un petit peu » ou encore « presque pas » n'aura pas l'effet recherché, c'est à dire limiter l'apparition d'une douleur par exemple. « Vous n'aurez presque pas mal » transmet le message suivant au patient : « Vous allez avoir mal ». Ce genre de petite phrase peut déclencher un effet nocebo en favorisant l'apparition d'une douleur ou en augmentant son intensité.

Ces exemples sont à pondérer. En effet, prises seules, ces petites phrases et ces petits mots peuvent induire des réponses indésirables. Néanmoins, associées dans le contexte global, **elles peuvent être « noyées » dans des suggestions positives**, ce qui va diminuer leur influence.

Voici un exemple, avec le piège « essayer ». Dans le premier cas, il est mélangé avec des suggestions très positives, dans l'autre avec des suggestions plutôt néfastes :

- « Nous allons essayer cette technique / cet exercice / ce protocole. Je l'ai utilisé récemment avec deux patients atteints de pathologies très semblables à la vôtre. Cela a fonctionné à merveille et j'ai bon espoir que cela sera de même avec vous. »
- « Je ne sais pas trop ce que vous avez Monsieur / Madame. Nous allons essayer cette technique et nous verrons bien. »

Une erreur verbale peut donc être rattrapée. **Néanmoins, il est tout de même recommandé d'en utiliser le moins possible afin encore une fois, d'optimiser la communication.**

3.5.3. Ouverture : La communication non verbale et le modèle SURETY

Classiquement, la communication est divisée en trois dimensions :

- **Verbale** : les mots qui composent nos phrases
- **Non verbale** : nos gestes, nos mimiques, notre visage, notre positionnement corporel, l'espace et la distance (1).
- **Para-verbale** : l'intonation des mots (niveau sonore, rythme...)

Ces différents canaux se répartissent de manière non homogène dans la transmission d'un message. En effet, « 70 % du message passerait par le relationnel, c'est-à-dire la forme et les indicateurs non-verbaux ; 30 % seulement par le contenu du message. » (1)

Ainsi, afin de faire passer un message, la **dimension non verbale** est à prendre en compte avec attention. La majorité des publications sur le sujet viennent des professions infirmières et aides-soignantes. La communication thérapeutique est une problématique au cœur de ces métiers et de leur enseignement.

L'acronyme **SURETY** reprend les six éléments non verbaux utilisés par les infirmières dans leur pratique courante (38) :

- « S » pour « **Sit at an angle of the patient** »²⁹ : le positionnement de face peut créer une confrontation, un affrontement alors qu'être à côté de quelqu'un est très impersonnel (comme dans une salle d'attente ou dans le train). Ainsi, se **positionner légèrement sur le côté** du patient est l'idéal pour créer une zone confortable de travail. Cette considération peut être utilisée par le MK notamment lors de la phase d'interrogatoire d'un bilan.
- « U » pour « **Uncross legs and arm** »³⁰ : se tenir les bras et les jambes croisés est généralement vu comme une posture défensive, comme un désintérêt, voire même comme un sentiment de supériorité. En **décroisant bras et jambes**, on indique à l'interlocuteur que l'on est **ouvert et réceptif à ce qu'il va nous dire**.
- « R » pour « **Relax** » : le soignant doit trouver la **position appropriée** entre la détente totale (inadaptée quand le patient parle de choses importantes) et paraître trop concerné (par exemple en fronçant les sourcils fortement). Il faut tout de même être plutôt « **relax** ».
- « E » pour « **Eye Contact** »³¹ : **regarder quelqu'un dans les yeux montre que l'on est attentif** à ce qu'il dit. Il ne s'agit pas de fixer la personne, ce qui est perturbant, ni de laisser aller son regard vers sa montre ou la fenêtre, ce qui montre clairement un manque d'intérêt.

²⁹ « S'asseoir à un angle du patient »

³⁰ « Décroiser les bras et les jambes »

³¹ « Contact oculaire »

- « T » pour « **Touch** » : élément prépondérant dans la profession de MK, **le toucher permet de communiquer la compassion, l'empathie, la compréhension**. Les « *zones sûres* » sur lesquelles un toucher (hors contexte de soin) peut être approprié : l'épaule, la main et l'avant-bras. Un geste aussi simple qu'une main posée sur l'épaule d'un patient à la fin d'une séance peut transmettre de nombreux messages positifs.
- « Y » pour « **Your Intuition** » : « *Le point final de la communication non-verbale* », celui qui régit les cinq précédents. En effet, les autres points développés sont sujets à des ajustements, des compromis, des adaptations en fonction de la situation. La communication n'est pas une série de recettes mais un « *art* » que chacun construit en fonction de son expérience personnelle, de sa sensibilité... L'intuition du professionnel de santé est donc une ressource importante dans laquelle il doit croire afin d'élaborer la bonne communication avec un patient en particulier.

4. Discussion

Dans ce mémoire, plusieurs points principaux ont été développés :

- L'effet placebo est **la part du contexte** qu'il y a autour d'une situation de soin,
- C'est un phénomène complexe et multi factoriel,
- Les symptômes à dimension subjective importante comme **l'anxiété et la douleur** sont préférentiellement susceptibles de répondre à un traitement factice,
- Cette réponse apparaît lorsque le patient se **projette, anticipe, attend** le soulagement,
- **La communication qu'utilise le soignant** est un élément prépondérant dans l'élaboration du contexte du soin,
- Des outils simples permettent au MK d'améliorer sa relation avec le patient, notamment l'utilisation préférentielle de **phrases et de suggestions positives**,
- D'autres permettent d'utiliser l'effet placebo dans l'intérêt de la rééducation : **explorer les attentes, choisir la technique la plus propice, informer et augmenter l'espérance du sujet**.

Plusieurs limites de ce Travail Ecrit de Fin d'Etudes (TEFE) sont à signaler.

Sur le fond tout d'abord, les éléments exposés sont pensés dans le cadre d'une relation soignant/soigné « idéale » dans laquelle **le sujet ne présente pas ou peu de troubles de la communication** (comme une aphasie...) ou **cognitifs** (démence, traumatisme crânien...). Il a notamment été montré chez des patients présentant une maladie d'Alzheimer que **la composante contextuelle d'un soin était fortement réduite** (comparaison entre un soin avec et sans blouse blanche) (25). Or, ce profil de patient est rencontré fréquemment dans l'exercice de la masso-kinésithérapie : contextes gériatriques, déficiences mentales, séquelles d'AVC ou d'AVP... Avec ces patients, une communication adaptée et spécifique est à mettre en place dans un premier temps avec pour objectif **la transmission et la compréhension d'informations simples. Il faut, dans ces situations, comprendre et se faire comprendre pour créer la relation**. Les problématiques de communication avec une personne atteinte de démence grave ou d'aphasie importante seront

donc différentes de celles posées chez un patient « sain » dans ce domaine³². Les éléments cités dans le présent TEFÉ **peuvent être mis en place dans un second temps**, une fois que la communication est établie **voire même ne pas pouvoir être utilisés du tout** en cas de troubles majeurs (explorer les attentes d'une personne dans un état de coma profond paraît peu pertinent). Néanmoins, des considérations comme le **SURETY** ou les **pièges verbaux** peuvent être utilisés dans la plupart des situations cliniques et ne feront qu'**améliorer une relation** entravée par les différentes difficultés relationnelles du patient.

Une autre limite concerne la démarche de recherche bibliographique mise en œuvre. L'effet placebo est un phénomène qui est **largement étudié**. Le nombre de publications sur le sujet est très important et il est évident que la totalité des articles et ouvrages existants n'ont pas pu être lus pour réaliser ce TEFÉ (d'où le caractère « non systématique » de la revue présentée). De plus, lors de la recherche, **trouver des articles portant effectivement sur des phénomènes contextuels est peu aisé**. En effet, le mot clé placebo associé à une pathologie ou une technique (par exemple : « Placebo + lombalgie ») dans un moteur de recherche comme « Pubmed » ou « PEDro » fera émerger en priorité des **publications de type « ECC double aveugle contre placebo »** et donc non pertinentes dans le cadre de ce mémoire. Ainsi les articles utilisés dans ce mémoire ont été obtenus via les références bibliographiques des publications étudiées. La multitude des références et les obstacles dans la recherche bibliographique créent le risque d'avoir « manqué quelque chose ».

Enfin, la limite majeure de ce mémoire est le **manque de preuves et de publications dans le domaine de la masso-kinésithérapie**. Pour réaliser ce travail, il a été nécessaire de faire des **transpositions** de domaines médicaux (anesthésie, psychothérapie) et infirmiers. En effet, il semble que la démarche relativement nouvelle « d'Evidence Based Practice » en rééducation focalise les MK et les physiothérapeutes du monde principalement sur le fond des prises en charge : quelle manœuvre effectuer ? Combien de fois ? Dans quelle temporalité ?... La forme du soin, le contexte (ce qui pourrait être appelé par transposition « *l'art de la MK* ») sont quelque peu oubliés... Evidemment cela diminue considérablement la portée de ce mémoire qui en reste au stade des « perspectives » (comme son titre l'indique), des questionnements, des réflexions...

En guise d'ouverture, cette carence d'essais cliniques en rééducation pourrait être palliée via différentes procédures de recherche. En voici une proposition. Le type d'étude qui semble être le plus intéressant à mettre en œuvre concerne la **communication employée par un MK lors d'un soin douloureux**. L'étude concernant la péridurale chez les femmes juste avant l'accouchement (voir 2.3.3 La place des mots dans l'effet nocebo) paraît être reproductible et d'un grand intérêt. Imaginons une situation de **douleur aiguë** (une mobilisation précoce postopératoire, type PTG) et deux phrases ; **l'une positive et l'autre neutre**.

Juste après le soin, une évaluation de la douleur est effectuée par une EVA.

³² Un tel sujet mérite à lui seul un mémoire entier, comme celui de F. Legall en 2011 : « *Adapter sa communication quand le patient présente des troubles du langage : quels moyens pour le masseur-kinésithérapeute ?* ».

Ce genre d'étude permettrait une première approche, permettant d'évaluer **dans quelle mesure la communication d'un MK influe sur le ressenti douloureux du patient.**

5. Conclusion

L'ensemble des éléments de ce mémoire font émerger **deux grands types** de situations cliniques.

Dans la première, **le patient présente des symptômes pour lequel il a été montré l'efficacité de l'effet contextuel** : la douleur principalement mais aussi l'anxiété, l'asthme et la maladie de Parkinson (sur du court terme)... Avec ces patients, élaborer un contexte de soin favorable va permettre de traiter plus rapidement leur symptôme, par exemple en **favorisant au maximum les effets de techniques antalgiques.**

À l'inverse, un MK peut être confronté à des sujets dont les symptômes sont plus « **organiques** » : un encombrement bronchique, une limitation d'amplitude, une adhérence, un trouble de l'équilibre... Chez ces malades, le contexte ne traitera pas directement leurs déficits. Néanmoins, **une communication optimale peut nous permettre d'améliorer l'effet de nos techniques** en augmentant la participation, en rassurant, en accompagnant... Par exemple en expliquant au mieux un exercice musculaire, en permettant un relâchement efficace du sujet, ou encore en sécurisant le patient dans le cadre d'un relevé de sol ou d'exercices d'équilibrations.

Le 5 mars 2013, l'**Académie Nationale de Médecine** rend un rapport sur les thérapies complémentaires (dont l'ostéopathie et la médecine manuelle) dans lequel une partie est consacrée à l'effet placebo (39). Dans ce rapport, il est indiqué que le mécanisme d'action le plus « plausible » de **la médecine manuelle repose sur l'effet contextuel** (malgré la difficulté de créer des interventions factices pour ces techniques (5,28,39)). Voici la conclusion du rapport sur l'effet placebo : « *Remarquons que l'assimilation des Thérapies Complémentaires parmi les plus pratiquées à un placebo ne les disqualifie pas, mais leur confère au contraire, compte tenu des intermédiaires neurobiologiques aujourd'hui connus de l'effet placebo, les données scientifiques qui leur faisaient jusqu'à présent défaut, et laisse entrevoir un moyen objectif d'apprécier leur action.* ».

Dans l'intérêt du patient, un MK doit activer toutes les ressources qu'il a à sa disposition. Ainsi, optimisons le contexte et soignons notre communication ! La dimension contextuelle existe et participe au soulagement des patients, alors, pourquoi ne pas s'en servir et intégrer ces problématiques à nos prises en charges ? Cela ne « *disqualifie* » pas le soin donné par le thérapeute, bien au contraire...

6. Références Bibliographiques

1. **Abric JC**. Psychologie de la communication, théories et méthodes. Armand Colin 2008.
2. **Hróbjartsson A, Gøtzsche PC**. Placebo interventions for all clinical conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD003974.
3. **Miller F, Kaptchuk T**. The power of context : reconceptualizing the placebo effect. *J R Soc Med*. 2008 : 101: 222–225.
4. **Finniss G**. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *The Lancet*. 2010 ; 375, Issue 9715, 686 – 695, 20
5. **Benedetti F**. Placebo effect, understanding the mechanism in health and disease. Oxford University Press ; 2009.
6. **Kleist P**. Quatre effets, phénomènes et paradoxes de la médecine. Leur signification et leurs racines historiques. *Forum Med Suisse*. 2006 ; 6:1023–1027
7. **Berthelot JM**. The placebo effect in rheumatology. New data. *Joint Bone Spine* 2011;78:32–6.
8. **Berthelot JM & al**. The Hawthorne effect: Stronger than the placebo effect? *Joint Bone Spine* 2011.
9. **Colloca L & al**. Overt versus covert treatment for pain, anxiety, and Parkinson's disease. *Lancet Neurol* 2004; 3: 679–84
10. **Häuser W, Hansen E, Enck P**. Nocebo phenomena in medicine: their relevance in everyday clinical practice. *Dtsch Arztebl Int* 2012 ; 109(26): 459–65.
11. **Colloca L et Finiss D**. Nocebo Effects, Patient-Clinician Communication, and Therapeutic Outcomes. *JAMA*. 2012 Feb 8 ; vol 307, No.6
12. **Kerr CE, Milne I, Kaptchuk TJ**. William Cullen and a missing mind-body link in the early history of placebos. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2008 Feb ;101(2):89–92.
13. **Anon**. The humble humbug. *Lancet* 1954 ; ii: 321.
14. **Hill AB**. The clinical trial. *N Engl J Med*. 1952 ; 247:113 –119
15. **Stolberg HO, Norman G, Trop I**. Randomized controlled trials. *Am J Roentgenol*. 2004 ; 183 (6): 1539–44. PMID 15547188
16. **Beecher HK**. The Powerful Placebo. *JAMA*. 1955 ; 159:1602–6.
17. **Hróbjartsson A, Gøtzsche PC**. Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo treatment with no treatment. *New Engl J Med*. 2001;344:1594–602.
18. **Vase L, Riley JL3rd, Price DD**. A comparison of placebo effects in clinical analgesic trials versus studies of placebo analgesia. *Pain*. 2002 ; 99:443–52.
19. **Hróbjartsson A, Gøtzsche PC**. Unsubstantiated claims of large effects of placebo on pain: serious errors in meta-analysis of placebo analgesia mechanism studies. *J Clin Epidemiol*. 2006 ; 59:335–7.
20. **Colloca L & Miller F**. How placebo responses are formed : a learning perspective. *Phil. Trans. R. Soc. B*. 2011 ; 366, 1859–1869
21. **Meissner K & al**. The placebo effect : Advances from different methodological approaches. *J Neurosci*. 2011 Nov 9 ; 31(45): 16117–16124.

22. **Luparello TJ, Leist N, Lourie CH & Sweet P.** The interaction of psychologic stimuli and pharmacologic agents on airway reactivity in asthmatic subjects. *Psychosom Med.* 1970 ; 32, 509–513.
23. **Colloca L, Benedetti F.** Placebo analgesia induced by social observational learning. *Pain.* 2009 ; 144:28–34.
24. **Colloca L, Benedetti F.** How prior experience shapes placebo analgesia. *Pain.* 2006 ; 124, 126–133.
25. **Rosset-Capt M.** Les fabuleux pouvoirs de l'effet placebo. Guérison et auto-guérison. Jouvence éditions ; 2012.
26. **Benedetti & al.** How placebo changes patient's brain. *Neuropsychopharmacology Reviews.* 2011 ; 36, 339–354
27. **Scott DJ, Stohler CS, Egnatuk CM, Wang H, Koeppe RA, Zubieta JK.** Placebo and nocebo effects are defined by opposite opioid and dopaminergic responses. *Archives of General Psychiatry.* 2008 Feb ; 65(2):220–31
28. **Colloca L & al.** The nocebo effect and its relevance for clinical practice. *Psychosom Med.* 2011 Sep ; 73(7): 598–603
29. **Schenk P.** Just breathe normally : Word Choices that Trigger Nocebo Responses in Patients. *AJN March.* 2008 ; Vol. 108, No. 3
30. **Iandolo C.** Guide pratique de la communication avec le patient. Techniques art et erreurs de la communication. Masson 2006.
31. **Varelmann D, Pancaro C, Cappiello EC, Camann WR.** Nocebo-induced hyperalgesia during local anesthetic injection. *Anesth Analg.* 2010 ; 110: 868–70.
32. **Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE, et al.** Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ.* 2008 May 3 ; 336 (7651):999–1003.
33. **Kaptchuk TJ, Friedlander E, Kelley JM, Sanchez MN, Kokkotou E, et al.** Placebos without Deception: A Randomized Controlled Trial in Irritable Bowel Syndrome. *PLoS ONE* . 2010 ; 5(12): e15591.
34. **Bialosky J & al.** Placebo responses to manual therapy : something out of nothing? *Journal of Manual and Manipulative Therapy.* 2011 ; VOL. 19 NO. 1
35. **Bernard F, Viroit C.** Hypnose, douleur aiguë et anesthésie. Arnette 2010.
36. **Bernard F, Musellec H, Gaertner E.** La communication dans le soin. Hypnose médicale et techniques relationnelles. Arnette 2013.
37. **Kalauokalani D, Cherkin DC, Sherman KJ, Koepsell TD, Deyo RA.** Lessons from a trial of acupuncture and massage for low back pain : patient expectations and treatment effects. *Spine (Phila Pa 1976).* 2001 ; 26:1418–24.
38. **Stickley T.** From SOLER to SURETY for effective non-verbal communication. *Nurse Education in Practice* 11. 2011 ; 395-398
39. **Bontoux D, Couturier D & Menkès CJ.** Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins. 2013 Mar 5 ; Rapport de l'Académie Nationale de Médecine.