



Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie
pour Déficients de la Vue

Aile D - 8, avenue Rockefeller

69373 LYON CEDEX 08

Tél : 04 78 77 28 41 Fax : 04 78 77 28 80

NOM : Paez

Prénom : Nicolas

Formation : Masso-Kinésithérapie

Année : 3^{ème}

**L'effet placebo et son impact sur la prise en charge du
masseur-kinésithérapeute**

Travail écrit de stage : recherche bibliographique

Année universitaire 2017-2018



Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie
pour Déficients de la Vue

Aile D - 8, avenue Rockefeller

69373 LYON CEDEX 08

Tél : 04 78 77 28 41 Fax : 04 78 77 28 80

NOM : Paez

Prénom : Nicolas

Formation : Masso-Kinésithérapie

Année : 3^{ème}

**L'effet placebo et son impact sur la prise en charge du
masseur-kinésithérapeute**

Travail écrit de stage : recherche bibliographique

Année universitaire 2017-2018

Résumé

L'effet placebo est un sujet entouré de confusion mais qui a toujours suscité l'intérêt du domaine médical. L'avancée, récente, de la compréhension d'une partie des mécanismes de ce phénomène permet d'entrevoir son implication clinique. Le contexte de soin, bien que, toujours considéré comme un élément important du soin révèle, face à cette thématique, de nouveaux enjeux qui influencent grandement le succès thérapeutique. Face à ces éléments, il est essentiel, dans un premier temps, de se pencher sur ce sujet afin d'entrevoir les conséquences que cela peut engendrer sur la pratique du masseur-kinésithérapeute. Dans un second temps, il sera intéressant d'investiguer la possibilité d'optimiser les prises en charge afin d'améliorer leur qualité et leur efficacité grâce aux effets contextuels.

Mots clefs : Attentes, communication, guérison contextuelle, interaction, masso-kinésithérapie, nocebo, placebo

Abstract

The placebo effect is a subject surrounded by confusion but has always aroused the interest of the medical field. The recent progress in understanding some of the mechanisms of this phenomenon allows us to glimpse its clinical implication. The context of care, although still considered as an important element of care reveals, in the face of this theme, new issues that greatly influence therapeutic success. Faced with these elements, it is essential, at first, to look into this topic in order to see the consequences that this may have on the practice of the masseur-physiotherapist. In a second step, it will be interesting to investigate the possibility of optimizing the care in order to improve their quality and their effectiveness thanks to the contextual effects.

Key words : expectations, communication, contextual healing, interaction, physiotherapy, nocebo, placebo

Sommaire

1. Introduction :	1
2. Méthodologie de recherche :	3
2.1. Matériels et méthodes :	3
2.2. Les bases de données :	3
2.3. Les critères d'inclusion et d'exclusion :	3
2.4. Critères H.A.S :	3
3. Recherche bibliographique.....	4
3.1. Le placebo, une histoire entachée	4
3.2. Une redéfinition pour une renaissance	5
3.3. L'effet nocebo, un antagoniste à ne pas négliger.....	6
3.4. Les mécanismes impliqués dans la genèse de ces effets	7
3.4.1. Approche psychologique : des racines multiples et profondes	7
3.4.2. Les attentes et le conditionnement : fer de lance dans la genèse de ces effets	7
3.4.3. L'importance de la première rencontre	9
3.4.4. Aspect neurobiologique	10
3.5. Optimiser le contexte de soin afin d'améliorer les résultats thérapeutiques	11
3.5.1. La communication : un axe majeur, à développer	11
3.5.2. La communication verbale.....	11
3.5.2.1. Le cadrage positif de l'information	11
3.5.2.2. Les pièges linguistiques	12
3.5.3. La communication non verbale.....	14
3.5.4. La relation de soin	14
3.5.5. La confiance et l'empathie.....	15
3.5.5.1. Guider le patient et tenir en compte de son caractère unique.....	15
3.5.6. Le choix d'un traitement adapté au contexte	16
3.5.7. Des outils émergents au service des thérapeutes.....	17
3.6. La question de l'éthique	18
3.6.1. L'autonomie et les effets secondaires.....	18
3.6.2. Les interventions non spécifiques	19
4. Discussion	20
4.1. La pratique du masseur-kinésithérapeute à travers le prisme de l'effet placebo/nocebo	20

4.2.	Que pouvons-nous mettre en place dans notre pratique ?	22
4.2.1.	La première rencontre.....	22
4.2.2.	S'adapter le maître mot de l'effet contextuel.....	22
4.2.3.	Alliance thérapeutique.....	24
4.2.4.	Cibler pour mieux agir.....	24
4.3.	Les limites de la recherche	25
5.	Conclusion	25
6.	Références bibliographiques	27

1. Introduction :

Le travail de recherche bibliographique que j'ai tenu à présenter, dans le cadre de la réalisation de mon mémoire, a trouvé pour point de départ un stage effectué lors de ma deuxième année de formation, en cabinet libéral. Il s'est déroulé sur une durée de 5 semaines et j'ai pu à cette occasion découvrir le quotidien du travail que nous avons à effectuer en structure libérale. Au cours de cette période j'ai pu observer de nombreuses pathologies (cervicalgies, ménisectomies, lombalgies, capsulites rétractiles...) ainsi qu'une patientèle éclectique (adolescents, jeunes adultes, personne âgée...). Avec le temps et au fil des prises en charge, j'ai été interpellé et intrigué par l'un des outils à notre disposition : le laser. En effet, dans les nombreuses prises en charge quotidiennes, l'utilisation du laser pour des lésions ou symptômes très différents (douleur de l'épaule, lésions méniscales, œdème) et sur des zones corporelles tout aussi diverses m'a amené à me poser des questions sur l'efficacité d'une telle technique. De mon point de vue, il est difficile de concevoir qu'un outil puisse garder un même niveau d'efficacité sur autant de situations différentes.

Les patients que j'ai pu observer durant cette période semblaient néanmoins tous satisfaits de ce traitement, au point même de demander, pour quelques un, s'ils allaient bénéficier du laser à la fin de leur séance. Devant cet engouement et mon scepticisme je me suis demandé s'il n'existait pas des mécanismes sous-jacents qui intervenaient à travers nos outils ou encore nos techniques, et ce, pendant le déroulement même de nos séances ? Puis, dans un second temps, si ce que l'on appelle l'effet placebo était présent lors de la prise en charge du masseur-kinésithérapeute ? Le laser a été l'élément déclencheur de ce questionnement mais je n'ai pas souhaité explorer les preuves d'efficacité de cet outil souhaitant explorer directement l'effet placebo et ce qui l'entoure.

Au cours de notre cursus de formation, l'effet placebo n'est pas abordé ou tout juste évoqué de façon fugace sans détail aucun. De ce fait, nous ne savons pas comment ce mécanisme fonctionne ni même si il intervient de façon régulière dans notre travail. Dès lors, en l'absence de connaissance, il nous est difficile de répondre à ces interrogations. Afin de pallier ce manque, j'ai décidé d'investiguer la littérature pour trouver des éléments de réponse afin de cerner les enjeux de ce phénomène.

Bien souvent encore, l'évocation du placebo est associée dans l'esprit commun à des substances inertes, du charlatanisme, du mensonge ou encore à de la tromperie, ce qui peut en partie expliquer la réticence de certains à aborder cette thématique. « *Du point de vue de la bioéthique, l'effet placebo a une histoire entachée, car il est associé à la pratique paternaliste et trompeuse des médecins prescrivant des agents inertes ou des placebos «impurs»* » (Miller, Colloca, & Kaptchuk, 2009). En effet, avec de telles accusations à son encontre, l'effet placebo a engendré de nombreux débats quant à son utilisation notamment au niveau de l'éthique (Miller & Colloca, 2011).

Ces problèmes d'amalgame et de confusion sont en partie dus à une définition assez opaque de ces mécanismes et c'est pourquoi de nombreux articles leurs ont été dédiés afin de les redéfinir de façon plus claire mais aussi plus adaptée. Il est nécessaire, aussi, d'ajouter que lorsque nous évoquons l'effet placebo, il ne nous est pas possible d'omettre son antagoniste à savoir : l'effet nocebo. En effet si le premier est pressenti comme ayant la capacité d'engendrer des effets positifs sur les résultats des patients face au traitement, le second lui, engendrerait des effets négatifs (Testa & Rossetini, 2016). On devine dès lors, facilement, l'enjeu qui découle de cette thématique et le regain d'intérêt quant à la recherche. Depuis maintenant trente ans l'intérêt pour l'effet placebo n'a de cesse de croître parmi la communauté scientifique. Ainsi le nombre de citation sur PubMed pour « l'effet Placebo » est passé de 214 en 1977 à 1675 en 2006. (Miller & Kaptchuk, 2008). Face à la découverte de ces éléments, une problématique a émergé : L'effet placebo est-il pertinent dans la prise en charge du masseur kinésithérapeute ? Si oui, dans quelle mesure peut-il appliquer cet outil dans sa pratique quotidienne ? En effet s'il est possible d'optimiser nos soins par l'intermédiaire de ce facteur, il s'avère intéressant de le considérer et d'essayer de l'intégrer dans notre pratique tout en minimisant son antagoniste.

Le domaine médical a pu énormément progresser, durant les cent dernières années, grâce notamment à l'avènement ainsi que l'incorporation de la technologie (nouvelles techniques de chirurgie, progrès pharmacologiques, imagerie médicale...) dans le soin. La recherche s'est donc concentrée sur cet aspect et a quelque peu délaissé ce qui attire à l'environnement de soin. La question du placebo, ramène cette question de l'environnement au cœur du soin.

Il apparaît donc essentiel dans un premier temps, de bien définir les termes entourant ce sujet afin d'avoir une vision claire des enjeux et des mécanismes qui les composent. Une fois le cadre installé nous pourrons ensuite investiguer sa pertinence vis-à-vis de notre profession. Il est à noter que très peu d'écrits, à ce jour, font le lien entre ce sujet et la masso-kinésithérapie.

Les objectifs de ce travail sont :

- Investiguer les mécanismes de l'effet placebo et nocebo.
- Déterminer si ce phénomène joue un rôle sur la prise en charge du masseur-kinésithérapeute et si oui, comment ?
- Déterminer les perspectives cliniques qu'offrent ces effets.

Rappel des critères H.A.S :

NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE FOURNI PAR LA LITTERATURE	GRADE DES RECOMMANDATIONS
Niveau 1 - Essais comparatifs randomisés de forte puissance - Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision basée sur des études bien menées Preuve scientifique établie	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 - Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Études comparatives non randomisées bien menées - Études de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 - Études cas-témoin	C Faible niveau de preuve scientifique
Niveau 4 - Études comparatives comportant des biais importants - Études rétrospectives - Séries de cas - Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	D

2. Méthodologie de recherche :

2.1. Matériels et méthodes :

Il a été constitué pour ce travail, une revue bibliographique composée de 21 articles, en grande majorité de langue anglaise, éclairant différents points ou proposant un autre angle de vue sur un point particulier entourant la thématique.

2.2. Les bases de données :

Les bases de données consultées sont les suivantes : Pubmed, google scholar, EMBASE, Kinédoc et PEDro. Ces bases de données ont été utilisées grâce à des mots clefs permettant d'affiner au mieux les recherches.

2.3. Les critères d'inclusion et d'exclusion :

Le choix des articles s'est aussi porté sur les dates de parutions de ces derniers. Ce sujet ayant connu un regain d'intérêt, il semblait plus pertinent d'utiliser les dernières connaissances à ce jour. Ainsi la grande majorité des articles sélectionnés a moins de dix ans d'ancienneté et aucun article, paru avant les années 2000, n'a été incorporé dans cette revue. Les thématiques environnantes de l'effet placebo ont aussi été explorées comme la communication verbale et non verbale afin de répondre au mieux à la problématique. Les essais cliniques proposant de comparer une technique face à un placebo ont été exclus de la recherche ne répondant pas aux objectifs de cette recherche.

2.4. Critères H.A.S :

Les articles sélectionnés sont tous de langue anglaise, à l'exception d'un seul, ils n'ont donc aucune mention de grade H.A.S, Néanmoins, les articles choisis ont des structures de niveau 1 ou 2 (voir tableau critère H.A.S).

3. Recherche bibliographique

3.1. Le placebo, une histoire entachée

Nous allons donc, nous atteler, dans un premier temps à définir les termes composant ce sujet. Il est primordial, comme nous avons pu le constater, d'écarter tout mysticisme, amalgames ou autres éléments de confusions afin de redonner du crédit et de la pertinence à l'effet placebo dans le soin.

Premièrement, il nous faut distinguer le terme « placebo » de « l'effet placebo ». Le mot « placebo » trouve racine dans le latin et a pour étymologie « je plairais », Historiquement, il est associé à une pratique traditionnelle de la médecine. En effet, cette pratique consiste à prescrire un médicament inerte ou actif afin de soulager le patient alors même qu'il n'est pas censé modifier son état, du fait de son caractère non spécifique (impur) à la pathologie ou aux symptômes. L'objectif est donc, de satisfaire le patient en lui donnant un traitement de convenance (Miller & Kaptchuk, 2008). Cette façon de prescrire des placebo est associée à une vision paternaliste du soin, qui amoindrit l'autonomie du patient car c'est le médecin qui décide, en sa catégorie d'expert, de ce qu'il juge bon pour ce dernier (Miller et al., 2009).

Le second usage de ce terme provient de la recherche avec notamment les essais cliniques randomisés. Lors de ses essais cliniques, un placebo est utilisé comme témoin afin de prouver l'efficacité d'un traitement ou d'un médicament. Le placebo étant considéré comme inerte, lorsque le traitement n'engendre pas de résultat thérapeutique supérieur au placebo celui-ci est jugé comme peu efficace. (Miller & Kaptchuk, 2008). Cette technique est apparue, il y a longtemps, en dehors du domaine médical. En effet, c'est l'Eglise catholique qui fut la première à utiliser ce procédé, au XVI^{ème} siècle, et utilisait ainsi des reliques placebo dans certains cas de « possession ». Dans le cas où les personnes dites « possédées » réagissaient en se convulsant face à ces fausses reliques l'Eglise concluait alors qu'il s'agissait d'une fausse « possession ». Il faudra attendre le XVIII^{ème} siècle pour observer une application de cette technique au domaine médical (Finniss, Kaptchuk, Miller, & Benedetti, 2010).

Ainsi l'emploi du terme « placebo » a souvent une connotation négative puisqu'il est associé à des adjectifs tels que « inerte », « inactif » ou encore « impur ». Pourtant, les substances composant un placebo ne sont jamais totalement inertes ni même inactives puisqu'elles comportent des propriétés physiologiques qui leurs sont propres. De plus le fait qu'un placebo puisse apporter un effet positif sur l'état du patient rend là aussi caduque l'emploi de ses mots à son encontre (Miller & Kaptchuk, 2008).

Il est intéressant de se demander alors si l'effet placebo est uniquement lié à l'utilisation d'un placebo ? Ainsi ce sont les études ouvertes/cachés qui ont permis de dissocier clairement le placebo de l'effet placebo. Ces études reposent sur la mise en place de deux groupes distincts recevant chacun le même traitement mais de manière différente. Le premier groupe, dit « ouvert », se voit administrer le traitement par un thérapeute donc en présence d'un contexte de soin. Tandis que le second groupe, dit « caché », se voit administrer le traitement, sans contexte de soin, via une pompe informatisée par exemple.

L'effet placebo est ainsi la différence de résultat générée par ces deux manières d'administrer le traitement car le contexte psychosocial a été retiré dans l'administration cachée. Il est donc possible de développer un effet placebo et ce, sans l'intervention d'un traitement placebo. L'effet placebo peut donc opérer de façon synergique avec un traitement placebo mais aussi de façon indépendante (Finniss et al., 2010).

3.2. Une redéfinition pour une renaissance

Plusieurs auteurs ont souhaité, malgré les définitions existantes, redéfinir l'effet placebo sous d'autres appellations afin d'éclaircir son champ d'action et nous pouvons donc retrouver dans la littérature différents termes le désignant. Parmi eux : la guérison contextuelle et la guérison interpersonnelle :

- La guérison interpersonnelle est présentée dans l'article « The placebo effect: illness and interpersonal healing » de Miller et Al 2009.

Pour les auteurs, chaque individu possède, en lui, sa propre « pharmacie interne » cependant ils mentionnent également que les effets placebo nécessitent l'intervention d'une personne extérieure afin d'être enclenchés. Cette pharmacie, regroupe les mécanismes d'auto-guérison (que sont par exemple la lutte contre l'infection lors d'une plaie, la libération d'opioïde endogène lors d'une douleur..) mais ils ne fonctionnent pas de façon automatique comme par exemple lorsque nous faisons face à la douleur. Cette dernière a en effet plusieurs fonctions :

- Elle nous sert de signal d'alerte et nous indique qu'il nous faut nous reposer ou d'arrêter d'endommager notre corps.
- Elle a aussi un rôle lorsque nous faisons face au danger et que notre survie est en jeu. Dans ce cas de figure, le signal d'alerte de la douleur peut être annulé face à ce danger immédiat car il est nécessaire de se libérer de la douleur afin de survivre.

Nous avons donc besoin d'un déclencheur émotionnel d'espoir de soulagement pour activer cette auto-guérison. Le corps médical endosse ainsi le rôle de catalyseur qui peut amener l'espoir de soulagement nécessaire pour enclencher par la suite les effets placebo.

- La guérison contextuelle quant à elle est décrite dans l'article « The power of context : reconceptualizing the placebo effect » de Miller & Kaptchuk, 2008.

« La guérison résultant de la rencontre clinique consiste en un lien de causalité entre l'interaction clinicien-patient (ou une composante particulière de l'interaction) et l'amélioration de l'état du patient. Cet aspect de la guérison qui est produit, activé ou amélioré par le contexte de la rencontre clinique, distincte de l'efficacité spécifique des interventions de traitement, est la guérison contextuelle ».

Selon les auteurs, plusieurs facteurs interviennent dans cette guérison contextuelle comme l'environnement du contexte clinique, la communication du clinicien ou encore la manière d'administrer le traitement.

Ces deux définitions mettent en avant l'importance de l'interaction du patient avec le contexte du soin. Cette interaction serait donc un facteur qui peut enclencher les effets placebo mais aussi nocebo ? Ainsi, chaque protagoniste du cadre de soin aurait un rôle à jouer dans la création des effets contextuels ?

3.3. L'effet nocebo, un antagoniste à ne pas négliger

Nous allons maintenant définir les termes de « nocebo » et « effet nocebo ». Ces deux mots sont en effet indissociables de cette thématique « placebo » lorsque nous parcourons la littérature et nous renvoient tous à la même notion : ils forment l'antagoniste de l'effet placebo. Ils désignent donc les effets nocifs/négatifs de ce dernier (Benedetti & Amanzio, 2011). Le mot nocebo prend son étymologie du latin lui aussi et signifie « je nuirais » (Testa & Rossetini, 2016). La littérature concernant ce sujet est bien moins conséquente car il est plus complexe pour la recherche d'expérimenter dans ce domaine du fait des problèmes éthiques que cela peut engendrer. Ce phénomène est particulièrement important et ne peut être négligé puisqu'il est capable de rendre une stimulation non douloureuse en stimulation nociceptive. En effet, une expérience menée sur 116 personnes à l'aide notamment de stimuli électriques a démontré que l'effet nocebo avait la capacité de produire des effets allodymiques et hyperalgésique (L. Colloca, Sigaud, & Benedetti, 2008). De plus, l'effet nocebo est spécifique au patient et individualisé ce qui rend sa maîtrise complexe dans les prises en charges pour les thérapeutes (Fortunato, Wasserman, & Menkes, 2017).

Tout comme l'effet placebo, l'environnement thérapeutique et le contexte psychosocial influent sur l'effet nocebo. Ils agissent sur l'esprit, le cerveau et le corps du patient (Luana Colloca & Finniss, 2012). On comprend dès lors l'importance de minimiser ce facteur au maximum lors des prises en charge.

A la lumière de ces définitions, l'effet placebo et nocebo sont donc associés au contexte de soin et apportent des effets positifs ou négatifs sur les résultats de soin. En dehors de certaines conditions de recherche, toutes les prises en charge sont effectuées dans un cadre psychosocial et ce cadre peut donc activer et modifier des effets placebo ou nocebo (Finniss et al., 2010). Dès lors les phénomènes placebo et nocebo semblent incontournables. Ainsi il est intéressant de se demander ce qui se cache dans ce terme qu'est le « contexte de soin » pouvant donner vie à ces effets lors des prises en charge ? La compréhension de ces mécanismes peut ainsi permettre aux thérapeutes d'exploiter ce potentiel à leur avantage et ne pas subir les désagréments qui incombent aux nocebo.

3.4. Les mécanismes impliqués dans la genèse de ces effets

3.4.1. Approche psychologique : des racines multiples et profondes

Les phénomènes placebo et nocebo sont donc des réponses psycho-neurobiologiques qui par leur biais font intervenir des changements comportementaux et neurophysiologiques (Testa & Rossettini, 2016). Ainsi de nombreux facteurs agissent dans l'ombre et amènent ces effets lors des prises en charge, parmi eux nous pouvons citer : les attentes, le conditionnement, l'apprentissage, la motivation, l'observation sociale, la récompense, les expériences antérieures, le désir ou encore la modulation de l'anxiété (Finniss et al., 2010; Testa & Rossettini, 2016). Ces différents éléments peuvent intervenir dans les réponses qu'expriment les protagonistes du soin et ainsi influencer sur le traitement en terme de résultat ou sur la maladie même (Testa & Rossettini, 2016). Il apparaît dans la littérature que les **attentes et le conditionnement** sont les deux facteurs majeurs qui génèrent l'apparition de ces effets. Nous allons donc les définir et explorer leurs champs d'action.

3.4.2. Les attentes et le conditionnement : fer de lance dans la genèse de ces effets

Les attentes (ou l'espérance/croyance) constituent, donc, l'un des deux principaux mécanismes le plus étudié pour comprendre l'effet placebo. Elles sont considérées comme reposant sur un phénomène conscient et donc corrélées à l'engagement cognitif (Benedetti & Amanzio, 2011). Il est possible de définir ce mécanisme comme étant une anticipation consciente d'un résultat positif ou négatif spécifique (Benedetti & Amanzio, 2011; Bystad, Bystad, & Wynn, 2015; Finniss et al., 2010). Ainsi il s'agit de la projection, que ce fait une personne, sur un résultat à venir. L'impact de ces attentes est tellement puissant qu'elles peuvent dans certains cas (attentes négatives) neutraliser les effets pharmacologique d'un médicament (Bystad et al., 2015). Ces attentes sont particulièrement sensibles aux suggestions verbales.(Benedetti & Amanzio, 2011; Bystad et al., 2015; Nelson, Tan, & Cyna, 2017).

Les suggestions verbales : Les signes verbaux entraînent une modulation des attentes. Par exemple, il a été démontré au cours d'une étude, qu'appliquer une crème analgésique placebo sur une partie du corps de plusieurs patients en leur conférant des informations verbales différentes, influencera la perception du soulagement éprouvée par ces patients. Dans le premier cas il a été dit au patient que la crème était très efficace, dans le second que son efficacité était modérée et dans le dernier qu'elle était faible. Les patients ont ainsi exprimé trois réponses de soulagement différentes, induites par une nuance dans les mots employés, et ce, pour une même crème placebo (Benedetti & Amanzio, 2011). Ainsi véhiculer une information enthousiaste, optimiste a plus d'impact, qu'une information transmise de façon neutre (Bystad et al., 2015).

De ce fait toutes les informations positives, neutres ou négatives modifient la force de la réponse de l'effet placebo (Bystad et al., 2015). Ainsi nous pouvons considérer que les

informations amenées par le cadre du soin (environnement, thérapeute, traitement) mais aussi celles apportées par les patients génèrent des attentes fortes ou faibles qui impactent le résultat thérapeutique. En effet, il n'est pas rare de croiser des patients qui viennent consulter leur thérapeute en ayant fait en amont des recherches sur leurs pathologies ou leurs symptômes, grâce notamment à internet. Ces informations sont-elles justes ? Sont-elles comprises par le patient ? Est-ce qu'elles vont influencer positivement ou négativement sur les soins ? Il est donc primordial de savoir quelles informations ont reçu les patients avant de venir de venir à leur consultation (Luana Colloca & Finniss, 2012).

Les attentes sont donc différentes d'un individu à un autre et font intervenir le contexte socio-culturel puisqu'elles dépendent de la compréhension des informations reçues. Leur caractère modulable implique lui que c'est un phénomène dynamique et non pas figé dans le temps (Cormier, 2017).

L'attente de récompense : Il existerait un autre type d'attente différent du premier évoqué un peu plus haut. Certains auteurs évoquent l'idée que nous posséderions dans notre cerveau un système de récompense. Celui-ci fait intervenir des zones spécifiques (mésolimbique et mésocorticale) ainsi qu'une sécrétion de dopamine lorsqu'il s'active. L'association de ces deux événements procure alors à l'individu des sensations agréables en réponse à l'assouvissement de facteurs vitaux (manger, boire...) dans l'optique d'une répétition de ces actions. Le bénéfice thérapeutique attendu peut donc être associé à la récompense qui enclenchera la réponse placebo en retour (Benedetti & Amanzio, 2011; Finniss et al., 2010; Testa & Rossetini, 2016).

Les attentes interagissent sur d'autres facteurs tels que :

Les émotions : Il a été démontré que les émotions telles que la peur ou l'anxiété interagissaient avec les attentes. De ce fait, le niveau d'anxiété/peur est associé lui aussi à la création d'effet placebo et nocebo. Les attentes positives ont ainsi la capacité de diminuer ce niveau d'émotion et favoriser donc l'apparition de l'effet placebo. Les attentes négatives, elles entraînent des effets inverses et s'associent alors au nocebo (Bystad et al., 2015; Finniss et al., 2010).

D'autres facteurs comme le désir (sentiment de vouloir que quelque chose se produise ou non), l'auto efficacité (croyance de contrôle de la maladie avec l'idée de faire le bon choix pour ressentir une amélioration comme résister à la douleur par exemple) ou encore la rétroaction auto-renforcée (le fait de percevoir des signes d'amélioration de la maladie et les assimiler à l'idée d'un traitement efficace) ont montré qu'à des niveaux élevés ils participaient aussi à la création d'attentes (Benedetti & Amanzio, 2011; Finniss et al., 2010).

Il est aussi cité que la personnalité peut influencer positivement ou négativement sur les attentes comme par exemple les personnes qui sont de nature optimiste ou non.

Le conditionnement dit classique : C'est le deuxième mécanisme impliqué dans ces effets. Il est associé au travail du physiologiste Russe Ivan Pavlov. Au cours de ses travaux, ce chercheur, a pu démontrer que l'association répété d'un stimulus neutre à un stimuli

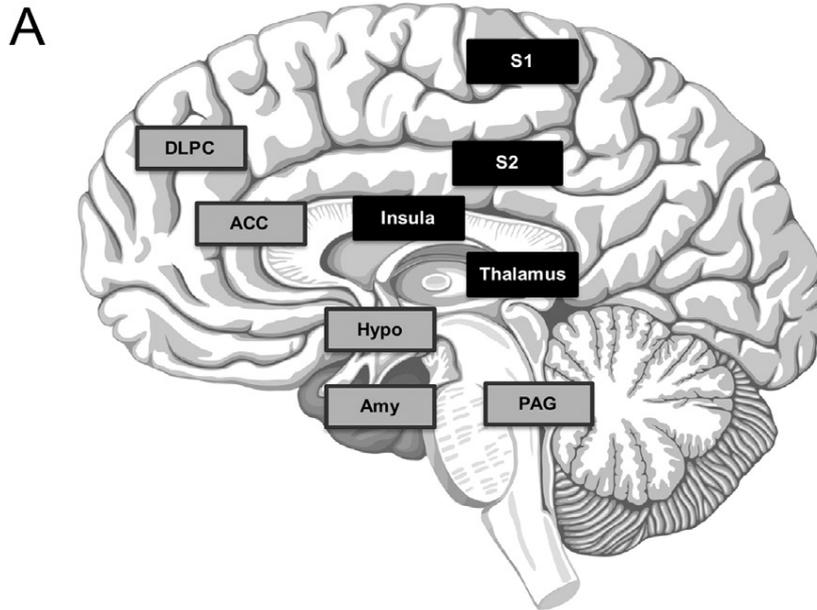
inconditionné pouvait conférer à ce stimulus initialement neutre la capacité de déclencher une réponse qui était spécifique au stimuli inconditionné. Ce stimuli inconditionné devient, ainsi, conditionné (Benedetti & Amanzio, 2011; Finniss et al., 2010). Dès lors, les éléments du cadre clinique comme les blouses, les odeurs ou encore le lieu même peuvent eux aussi intervenir comme des stimuli initialement neutre enclenchant des réponses thérapeutiques positives ou négatives. Par exemple, un patient qui a effectué des chimiothérapies peut être pris de nausées lorsqu'il sent l'odeur associée à l'hôpital (effet nocebo). Ce mécanisme repose donc sur un apprentissage effectué par l'individu. Les expériences antérieures des patients sont ainsi associées à des expériences sensorielles agréables ou désagréables amenant par la suite des effets placebo et nocebo. Ainsi l'histoire personnelle de l'individu entre en jeu dans ce mécanisme et nous indique donc de par sa nature pourquoi les effets placebo et nocebo sont individualisés et spécifiques à chacun. Il n'est donc pas surprenant qu'un même traitement puisse à la fois avoir une grande efficacité sur un patient ayant eu des expériences positives relative à ce type de traitement et peu d'efficacité sur un autre patient avec un vécu différent. Ainsi le conditionnement à la capacité de renforcer le potentiel de l'effet placebo (Finniss et al., 2010). Dans de nombreuses études un protocole de conditionnement est ainsi établi afin de modifier notamment les réponses des patients face à la douleur.

L'observation sociale : elle représente une forme différente d'apprentissage opérant grâce à l'observation d'un résultat thérapeutique sur une tierce personne (Finniss et al., 2010). Par exemple, lors d'une prise en charge dans une salle de rééducation, le fait que les patients puissent observer les progrès d'autres patients face à une technique de rééducation induit chez les observateurs une attente positive. Lorsque ces derniers profiteront de cette technique à leur tour, son efficacité sera renforcée par ces attentes

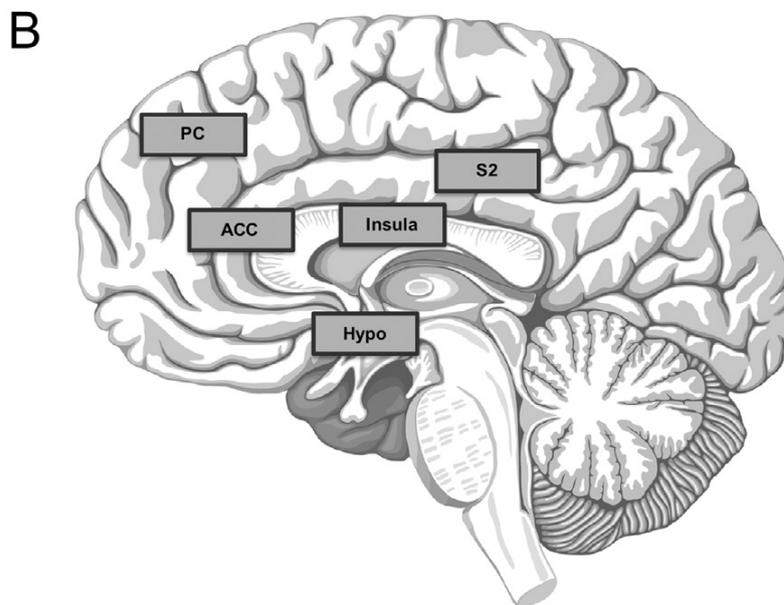
3.4.3. L'importance de la première rencontre

Ces deux principaux mécanismes sont abordés à travers les différents articles de manière dissociée. Pourtant le conditionnement, inconscient, qui a dans un premier temps été étudié sur les animaux a montré toute sa complexité lorsqu'il s'agissait d'exclure l'aspect cognitif, donc les attentes chez les êtres Humains. Les attentes et le conditionnement seraient donc intriqués dans l'élaboration des effets contextuels. Les recherches évoquent que la première rencontre est primordiale, car le conditionnement suivrait le niveau d'attente généré par celles-ci (Finniss et al., 2010). Ainsi plus les attentes seraient fortes après cette entrevue, plus les effets placebo à venir seraient forts. Lorsque le patient éprouve un bénéfice lors de la première rencontre (face à une technique par exemple), le conditionnement se mettra alors en place ce qui favorisera les résultats du traitement (face à cette même technique). L'idée qui va se créer chez le patient est que si cela a marché une fois, cela devrait se reproduire les fois suivantes, il y a donc bien un apprentissage.

Schéma des zones du cerveau mises en jeu (Testa & Rossetini, 2016)



Légende Figure A : zones du cerveau actives (grisées) et inactives (noires) lors de l'analgésie placebo.



Légende Figure B : zones du cerveau actives lors de l'hyperalgésie nocebo. ACC = Cortex cingulaire antérieur ; Hypo = Hypothalamus ; Amy = amygdale ; PAG= substance grise périaqueducal ; S1 = Cortex somatosensoriel primaire ; S2 = Cortex somatosensoriel secondaire ; PC = Cortex préfrontal ; DLPC = Cortex préfrontal dorsolatéral.

3.4.4. Aspect neurobiologique

La recherche en neurologie sur la thématique de l'effet placebo a permis de mettre en lumière les différents neurotransmetteurs que les effets placebo et nocebo mettent en jeu. Parmi eux : les opioïdes endogènes, la dopamine, les cannabinoïdes, l'ocytocine, et la vasopressine pour le placebo et la cholécystokinine, la dopamine et les antagonistes opioïdes comme la naloxone pour le nocebo (Testa & Rossetini, 2016).

Les réponses placebo interviennent ainsi dans les voies de la douleur, la dépression respiratoire, la diminution de la fréquence cardiaque et la diminution de l'activité bêta adrénergique (Finniss et al., 2010). Néanmoins la recherche s'est concentrée sur le phénomène de l'analgésie placebo et a ainsi permis au cours de cette dernière décennie de clarifier certains points à ce sujet.

Dans le cadre de l'analgésie placebo nous avons donc des mécanismes opioïdes ou non opioïdes qui se mettent en place. Ainsi lors d'une analgésie placebo ce sont ces neurotransmetteurs qui sont sécrétés dans le cerveau des patients. Ces effets placebo analgésiques peuvent cependant être inversés par la naloxone qui est l'antagoniste de l'opioïde endogène, et inhibés par la cholécystokinine. La libération d'opioïde est localisée à des endroits spécifiques du corps et comme cette spécificité peut être inversée par la naloxone il s'agit bien d'opioïde endogène localisée plutôt que généralisée (Finniss et al., 2010). Cependant il faut noter que d'autres mécanismes sont présents car un blocage de ces opioïdes (via la naloxone) peut toutefois produire un effet placebo. Ces mécanismes autres que ceux utilisant les opioïdes ne sont jusque à présent pas encore élucidés et la recherche continue d'explorer ce domaine (Benedetti & Amanzio, 2011; Finniss et al., 2010).

Les progrès technologiques et notamment ceux de l'imagerie ont permis de cartographier les zones en jeux lors de ces phénomènes. Une étude utilisant la tomographie par émission de positrons a pu ainsi comparer les zones qui s'activaient lors de l'analgésie opioïdes exogènes et l'analgésie placebo (endogène). Il s'est révélé que les zones activées se juxtaposaient. Par la suite les recherches complémentaires qui ont suivi ont permis de montrer qu'un médicament (facteur pharmacologique) ou un placebo (facteur psychologique) activaient les mêmes récepteurs dans le cerveau (Benedetti & Amanzio, 2011). Le soulagement de la douleur via un effet placebo peut donc être similaire à celui que peut engendrer un médicament. Ainsi l'analgésie placebo est corrélée avec l'activation de plusieurs zones du cerveau comme le cortex préfrontal, le cortex cingulaire antérieur, le cortex préfrontal dorsolatéral, l'hypothalamus, l'amygdale, la substance grise périaqueducule et entraîne une diminution de l'activation des zones liées à la douleur : le thalamus, l'insula et le cortex somatosensoriel (Testa & Rossetini, 2016).

Le phénomène nocebo pour sa part n'a pas pu être exploré en profondeur au niveau neurologique par rapport à des questions éthiques. La cholécystokinine serait néanmoins le facteur dominant de l'hyperalgésie nocebo et est liée à des mécanismes d'anxiété anticipative (Finniss et al., 2010). En effet l'anxiété anticipative est induite par les suggestions négatives et enclenche par la suite la sécrétion de la cholécystokinine (Benedetti & Amanzio, 2011).

Ce phénomène est quant à lui en lien avec l'activation du cortex cingulaire antérieur, le cortex préfrontal, l'insula et l'hippocampe (Testa & Rossetini, 2016).

3.5. Optimiser le contexte de soin afin d'améliorer les résultats thérapeutiques

Les mécanismes abordés précédemment font donc entrer en jeu plusieurs composantes inhérentes aux prises en charge. Néanmoins, elles peuvent être l'objet d'une attention particulière afin d'être prises en compte et intégrées dans les stratégies de soin. Cette optimisation du contexte de soin peut aboutir à l'amélioration des résultats de soin mais aussi celle de l'expérience des patients auprès des thérapeutes.

3.5.1. La communication : un axe majeur, à développer

La communication est le point central dans la création d'attente positive ou négative, dès lors il est essentiel pour les thérapeutes de maîtriser cette compétence. Elle comporte deux versants : le verbal et le non verbal. Tous deux participent à l'apparition des effets contextuels. La communication du thérapeute est par ailleurs une compétence qui est jugée importante par les patients (Beck, Daughtridge, & Sloane, 2002).

3.5.2. La communication verbale

La communication verbale est pour certains thérapeutes quelque chose d'intuitif tandis que pour d'autres c'est une compétence qui demande à être développée grâce notamment à l'expérience acquise sur le terrain ou à l'aide de formation spécifique par exemple. En améliorant la communication verbale auprès du patient il est possible de créer des attentes positives d'une part et de diminuer les attentes négatives d'autre part mais cela permet aussi de transmettre un message thérapeutique clair et positif (Bishop et al., 2017).

3.5.2.1. Le cadrage positif de l'information

Afin d'endiguer autant que possible les effets nocebo éventuels, il est possible via la communication d'apporter un cadrage positif de l'information auprès du patient. Ce cadrage permet de concentrer l'attention du patient vers une direction positive. Il est possible par exemple d'indiquer au patient qu'il recevra un analgésique pour soulager sa douleur après une opération afin de le conforter dans l'idée d'un soulagement à venir. Il a aussi été mis en évidence lors d'une étude, menée sur des patients ayant subi une opération, qu'évaluer le score de douleur ou de confort avait une incidence différente. Les personnes qui ont été consultées pour évaluer leur douleur ont demandé plus fréquemment un analgésique que ceux interrogés sur leur confort (Nelson et al., 2017).

Le cadrage permet donc de réorienter les informations données aux patients vers des notions positives pour éviter, diminuer les effets nocebo.

3.5.2.2. Les pièges linguistiques

La communication peut néanmoins trahir la volonté du thérapeute de ne pas nuire à ses patients. En effet, sans le vouloir, un thérapeute peut amener des informations négatives aux patients et ainsi induire des effets nocebo. Ainsi, au-delà des suggestions verbales négatives, il existe des « pièges verbaux » qui sont fréquemment utilisés par les soignants et qui perturbent les perceptions des patients. Parmi ces pièges, le fameux « cela va piquer » de l'infirmière bien que sans mauvaise intention entraîne une augmentation de la douleur et modifie aussi le comportement lié à la douleur comme les mouvements ou la vocalisation (Nelson et al., 2017). Ces erreurs linguistiques peuvent être contournées en modifiant le lexique usuel des thérapeutes.

Paul W. Schenk expose dans « Just breath normally : Word choices that trigger Nocebo responses in patients » six autres pièges verbaux et propose des exemples pour éviter ce type de situation :

- Le piège du « juste » : ce mot peut être utilisé pour énoncer une consigne lors d'un exercice qui semble facile à suivre. Or le patient peut prendre cette instruction au sens restrictif et penser qu'il s'agit ici de la seule consigne importante. Lors d'un exercice dire à un patient « penser juste à contracter votre quadriceps » aura pour effet de focaliser l'attention du patient sur cette composante au détriment des autres indications comme le maintien de sa posture globale et donc nuire à l'exécution même de l'exercice qui sera fait avec de possibles compensations. Afin d'éviter ce type de situation il est donc souhaitable d'utiliser d'autres formulations comme « souvenez-vous de... ».
- Le piège du « normalement » : il est fréquent de demander aux patients de « respirer normalement » ou encore de « marcher normalement » or ce sont des activités qui se font de façon autonome et sans contrôle volontaire de la part de l'individu. Le fait d'attirer l'attention du patient sur cette composante va nuire au déroulement de l'activité puisque celle-ci n'aura plus rien d'autonome mais sera faite de façon volontaire. L'auteur préconise de détourner l'attention du patient sur une autre activité comme compter ou lire quelque chose de façon silencieuse afin que le thérapeute puisse observer ce qu'il souhaite sans modification induite par un contrôle volontaire de la part du patient.
- Le piège du « essayez de » : ce type de formulation est associé à une notion d'échec. Lorsqu'un thérapeute dit au patient « vous allez essayer de faire deux séries de dix répétitions sur cet exercice » cela laisse entendre que le thérapeute n'est pas certain

- que le patient puisse réaliser complètement l'exercice et laisse donc place à l'idée d'un échec possible. Il est donc souhaitable d'éviter l'emploi de cette formulation et de la remplacer plutôt par : « il est important de », « prenez l'habitude de » ou encore « s'il vous plait ».
- Le piège du « Ne...pas » : La négation est couramment utilisée par les thérapeutes avec des phrases comme « ne pensez pas à votre douleur » ou « ne contractez pas vos muscles » ou encore « ne tombez pas ». Or, cette formulation amène généralement l'effet inverse de celui escompté par exemple en demandant : « ne pensez pas à un éléphant pendant les dix prochaines secondes » il sera complexe pour la personne d'enlever cette image de son esprit pour le temps restant. Il est donc souhaitable d'utiliser autant que possible des formulations positives comme « Relâchez-vous », « Détendez-vous » ou encore « Je vous sécurise ».
- Le piège du « ...mais... » : L'utilisation de ce terme renvoie souvent à l'idée que la seconde partie de la phrase est différente de la première par exemple : « Cette crème est très efficace sur les hématomes mais je ne sais pas si cela fonctionnera sur vous ». Ce terme peut actualiser, rejeter ou encore dévaloriser ce qui le précède, ainsi lorsqu'un thérapeute dit « je sais que vous avez attendu longtemps mais j'ai eu un problème dans mes horaires de rendez-vous » il laisse entendre à son auditeur que son énervement n'est pas justifié du fait de la seconde partie de la phrase.
- Le dernier piège est basé sur la mauvaise interprétation et certaines figures de styles employées. En tant que soignant nous avons une autorité aux yeux du patient et celle-ci peut engendrer de mauvaises interprétations, du stress ou de l'anxiété quant aux phrases que l'on emploie. Plus un patient est angoissé et stressé plus la possibilité d'une mauvaise interprétation est grande. Il ne faut donc pas hésiter à expliquer en détail ce que l'on souhaite transmettre au patient plutôt que de laisser une place à la mauvaise interprétation. Exemple « Vous avez une infection, prenez bien votre traitement ou vous resterez malade », si le patient ne relie pas le « ou » conditionnel au reste de la phrase il peut être amené à penser qu'il restera de toute façon malade. Il sera donc préférable de dire « Voici votre traitement pour supprimez l'infection, à mon avis vous devriez commencer à vous sentir mieux d'ici quelques heures », cette version clarifie le propos et ajoute une suggestion positive afin de rassurer la patient. Ces mauvaises interprétations sont d'autant plus fréquentes lors prises en charge avec des enfants, il ne faut pas hésiter à prendre du temps pour bien expliquer les choses afin qu'il ne subsiste pas d'incertitude ou d'incompréhension pour le patient ou sa famille.

Les mots choisis par le corps soignant ont donc une incidence sur le décodage que fait le patient des informations reçues. L'adaptation du vocabulaire permet de faire face à la diversité des patients (âge, culture, milieu social) et véhicule un message thérapeutique positif.

3.5.3. La communication non verbale

Cette autre composante de la communication comporte tous les aspects non linguistiques. Ces éléments se composent entre autres de la posture, le ton de la voix, le décodage des expressions du visage ou encore le temps d'expression. La plupart des interactions et des communications entre les êtres humains sont non verbales (Riess & Kraft-Todd, 2014). Intégrer l'analyse de la communication non verbale dans les prises en charge permet de contrôler d'une part l'image que renvoie le thérapeute au patient mais aussi d'améliorer la compréhension de ce dernier (van Hartingsveld et al., 2010).

L'impact de ce type de communication a été mis en évidence dans le domaine de la recherche. En effet, lors d'un essai randomisé, si un praticien sait qu'il va fournir le médicament actif il peut trahir le secret auprès du patient par ses expressions comme un sourire, tandis que dans le cas où il délivre un placebo il peut avoir des expressions plutôt vides. C'est pourquoi la recherche met en place des essais en double aveugle afin de supprimer cette interaction (Mast, 2007).

Dans le soin, la mauvaise interprétation des expressions émotionnelles non verbales est reliée à diverses causes de déshumanisation comme : la perte d'identité individuelle des patients, la mécanisation (le fait d'identifier le patient à une partie de son corps ou à un système mécanique), la réduction de l'empathie ou encore le désengagement moral. D'un autre côté la maîtrise de cet aspect améliore la satisfaction du patient, l'observance et la prise de décision partagée (Riess & Kraft-Todd, 2014). Parmi les éléments qui sont associés à une communication non verbale de qualité on peut retrouver par exemple :

- Les hochements de tête du thérapeute lorsque le patient s'exprime.
- Une posture ouverte du thérapeute, c'est-à-dire que ses bras et ses jambes ne sont pas croisés.
- L'orientation du corps vis-à-vis du patient : il est conseillé de se placer à la même hauteur et à proximité du patient car une orientation à 45° et jusqu'à 90° par rapport au patient est associé à de mauvais rapports entre les deux parties (Beck et al., 2002).

Ce type de communication peut affecter autant le soignant que le soigné et participe à la création d'une relation de soin de qualité. Les perceptions ainsi que les comportements du patient sont associés à des réponses subconscientes de signaux verbaux et non verbaux provenant de l'environnement. Dès lors, un patient stressé est plus réceptif et sensible aux suggestions amenées par la communication verbale et non verbale qui peuvent modifier ses perceptions et son comportement indépendamment de tout effort ou raisonnement conscient (Nelson et al., 2017).

3.5.4. La relation de soin

La relation de soin est le moteur de toute prise en charge et le phénomène de la guérison contextuelle permet de l'entrevoir sous un jour nouveau. En effet, la qualité de cette relation permet entre autres de véhiculer des attentes positives, qui rappelons-le est un mécanisme

fondamental dans la genèse des effets placebo (Cormier, 2017). Dès lors l'amélioration de ce lien a aussi le potentiel d'agir sur l'efficacité des soins prodigués en installant un cadre positif.

3.5.5. La confiance et l'empathie

La confiance et l'empathie sont essentielles au développement de toute relation de soin, mais ces termes sont complexes à définir. Ils font intervenir des éléments cognitifs, affectifs et comportementaux. La confiance permet d'accéder à une meilleure observance du soin, une amélioration des symptômes, et une augmentation de la satisfaction des patients (Fuertes, Toporovsky, Reyes, & Osborne, 2017).

Au cours d'une étude, sur trois groupes de patients atteints de côlon irritable menée sur trois semaines le rôle de cette relation de soin a pu être mis en évidence. Les trois groupes étaient composés ainsi : groupe 1 : patients sur liste d'attente, groupe 2 : patients qui reçoivent un traitement d'acupuncture placebo avec aiguilles rétractables et groupe 3 : patients qui reçoivent l'acupuncture placebo et une relation de soin rassurante, empathique. A la suite de ces différents traitements, les résultats pour le soulagement de la douleur ont été respectivement de 28% pour le premier groupe, 44% pour le second et 62% pour le troisième et il est à noter que les mêmes pourcentages ont pu être établis après encore 3 semaines de suivi supplémentaires. La relation soignant/soigné permet donc d'apporter une plus-value significative en termes d'efficacité lorsqu'elle est associée à un traitement et cet effet à la capacité de perdurer dans le temps (Laurence N Benz & Flynn, 2013).

Afin d'établir une relation de soin basée sur la confiance, il est nécessaire de mettre en place une communication positive, rassurante, chaleureuse et empathique, qui prend en compte les émotions du patient. La confiance est dépendante de la perception qu'à le patient envers ce qui lui apporte son soignant (Fortunato et al., 2017). Cette relation, ainsi établie, est capable de réduire l'anxiété, apporte un sentiment de soutien/compassion et améliore les résultats du soin comme l'observance et la satisfaction envers le traitement (van Osch, van Dulmen, van Vliet, & Bensing, 2017). Ce lien pose ainsi les bases d'un cadre thérapeutique positif propice à la collaboration entre les deux parties et pouvant ainsi profiter de la guérison contextuelle.

3.5.5.1. Guider le patient et tenir en compte de son caractère unique

La guérison contextuelle met donc l'accent sur les sphères biopsychosociales et il est donc fondamental de proposer une prise en charge qui se veut centrée sur le patient (Bystad et al., 2015). Ce type de prise en charge permet de respecter le caractère unique du patient et vise à optimiser les bénéfices thérapeutiques via des actions (traitement, communication par exemple) qui prennent en compte les besoins spécifiques de la personne (Cormier, 2017).

Les patients ont tous un vécu qui leur est propre et viennent donc avec des informations qu'ils ont pu recevoir par divers biais (consultation médicale, internet, avis d'amis...). Au cours de la première consultation, investiguer ses informations et les corriger si besoin sera l'occasion

de réorienter les attentes de façon positives. L'approche éducative peut permettre des rencontres informatives dans ce sens et ainsi valoriser le traitement mis en place. Il est essentiel que le patient comprenne ce que le thérapeute met en place et les objectifs qui sont souhaités via les traitements (Bystad et al., 2015).

A travers la relation de soin, le thérapeute apporte un soutien au patient et le fait de rassurer, encourager et parler positivement du traitement entretiennent un niveau d'attente fort (Benedetti & Amanzio, 2011).

Le thérapeute a donc à charge de contrôler les informations transmises au patient, tant celles amenées hors du cadre de soin que celles qu'il lui transmet. Encadrer, réorienter tout en restant réaliste et mesurer les informations et les attentes favorise une efficacité optimum de la prise en charge (Cormier, 2017).

3.5.6. Le choix d'un traitement adapté au contexte

Les effets contextuels amènent les thérapeutes à réfléchir d'une façon différente sur les traitements, techniques ou outils qu'ils mettent en place pour soigner un patient. Il est en effet nécessaire de prendre en compte les paramètres spécifiques des patients afin d'élaborer un traitement efficace mais il est tout aussi important que le thérapeute soit convaincu de ce qu'il fait et met en place.

Croire en nos outils : Lorsqu'un praticien ne croit pas au traitement qu'il propose sa communication peut être influencée et ainsi entraîner une modification des attentes du patient. Il est donc bénéfique que le praticien dise qu'il croit au traitement et le communique au patient (Bishop et al., 2017). D'autre part, Benson a rapporté dans une étude (pour soulager l'angine de poitrine) que lorsqu'un thérapeute utilise une méthode à laquelle il croit, l'efficacité de celle-ci était de 70 à 90% et l'action thérapeutique sur le patient a aussi été démontrée. Mais à partir du moment où il a été démontré aux thérapeutes que le traitement était sans valeur leur efficacité a chuté de 30-40% (Schenk, 2008). Ainsi, disposer de preuves scientifiques pertinentes, sur les outils de soin, permet au thérapeute de se rassurer quant à ses choix, d'augmenter l'efficacité de ses techniques mais aussi de fournir des informations de qualité au patient (Bishop et al., 2017).

Composer avec les expériences antérieures du patient : Proposer une technique qui est reliée à une expérience négative pour le patient augmente le risque d'échec rencontré par cette technique. De ce fait il est intéressant d'investiguer les antécédents du patient en termes de prise en charge afin de situer ses expériences vécues. Cet interrogatoire poussé peut permettre au thérapeute de choisir des techniques qui ne sont pas chargées d'attentes négatives ou de réorienter ses attentes par un discours éducatif (Bishop et al., 2017).

Tenir compte des attentes envers un traitement : Afin que le traitement soit efficace, il est nécessaire que le patient ait des attentes positives sur le traitement. (Cormier, 2017; Laurence N Benz & Flynn, 2013). Une étude s'est intéressée à évaluer les attentes des patients avant traitement (attente de soulagement, attente d'amélioration fonctionnelle et de la qualité de

vie). Dans un second temps ces résultats ont été comparés à ceux après traitement et il ressort que les patients ayant eu des attentes optimistes ont eu de meilleurs résultats thérapeutiques (Cormier, 2017).

Poser le diagnostic et divulguer des informations claires : Le simple fait de poser un diagnostic et de donner des informations claires constituent déjà un traitement. L'annonce du diagnostic permet de diminuer l'anxiété du patient tandis qu'un discours clair permet d'être rassurant, ces deux éléments permettront d'instaurer des attentes positives chez le patient (Bystad et al., 2015; Testa & Rossetini, 2016).

3.5.7. Des outils émergents au service des thérapeutes

Les effets contextuels sont particulièrement complexes à maîtriser du fait de leur diversité et des nombreux paramètres qu'ils font intervenir. Cependant plusieurs outils commencent à voir le jour afin de guider les thérapeutes mais aussi leur permettre d'objectiver ou contrôler ces divers aspects.

Depuis peu, une littérature commence à se mettre en place afin de déterminer les traitements ayant un fort taux nocéobogénique. Un patient recevant un traitement faisant partie de cette catégorie pourra par exemple bénéficier d'un suivi plus prononcé de la part de son thérapeute (consultation téléphonique par exemple) afin de contrôler l'impact nocebo et d'évaluer la pertinence de continuer ou non ce traitement (Fortunato et al., 2017).

Il est aussi possible d'évaluer les attentes des patients envers un traitement ou une technique via des échelles spécifiques. Ces échelles, nouvelles, sont pour la plupart utilisées en début de traitement (van Hartingsveld et al., 2010). Ces échelles numériques ou catégorielles peuvent être mises en place pour quantifier le soulagement de la douleur attendu, l'attente d'amélioration, de dégradation, ou l'absence de changement (Cormier, 2017).

Dans l'article « E.M.P.A.T.H.Y.: A Tool to Enhance Nonverbal Communication Between Clinicians and Their Patients, Riess Helen et Kraft-Todd Gordon présentent un outil sous l'acronyme « E.M.P.A.T.H.Y » afin d'aider les thérapeutes à comprendre la communication non verbale et son évaluation :

- E (eye contact) Le contact visuel : C'est le premier élément qui nous informe que l'on a été remarqué par une autre personne. Le contact visuel a différentes significations selon la culture. Un contact visuel important marque l'engagement. Des études sur la neuro-imagerie indiquent que le contact visuel agit sur l'excitation physiologique et les relations avec les autres. Le contact visuel est important pour établir une collaboration entre deux parties.
- M (muscle of facial expression) Les muscles de l'expression faciale : L'empathie est corrélée au décodage des expressions faciales. Les expressions permettent de prédire le comportement prosocial (comportement dirigé vers une personne afin de l'aider)

- P (Posture) : permet d'envoyer un signal positif ou négatif d'émotion, Les postures dominantes peuvent modifier les niveaux endocriniens (stress par exemple) Il est recommandé d'adopter une posture qui transmet un respect mutuel et l'ouverture comme s'asseoir à la hauteur des yeux du patient.
- A (affect) émotions : Les communications non verbales sont majoritairement subconscientes cependant il est recommandé d'effectuer une évaluation consciente de l'état émotionnel du patient. Cette analyse permet d'aider le thérapeute dans la compréhension du schéma émotionnel du patient.
- T (tone of voice) Le ton de la voix : Nombre de plainte pour faute professionnelle sont liées au ton de la voix (lorsque celle-ci montre des signes de dominance). Il a été démontré qu'un ton de voix chaleureux n'était pas relié à ce type de plainte, démontrant l'impact de la modulation du ton de la voix.
- H (hearing the whole patient) Entendre le patient dans son intégralité : ce mécanisme propose de contextualiser les émotions du patient à l'aide des indicateurs non verbaux. L'auteur propose de placer l'analyse des indicateurs dans le contexte narratif et social du patient. Une étude a pu montrer qu'un couplage spatial et temporel des activités de l'interlocuteur et de l'auditeur se mettait en place lorsque les personnes se comprenaient mais que ce couplage disparaissait lorsque ces personnes ne se comprenaient pas pleinement.
- Y (your response) Notre réponse : Ici, il faut s'interroger sur la façon de répondre au patient (via les signaux non verbaux) car cela permet de diminuer et d'éviter les sentiments de colère, de détachement et de frustration des patients. Il est donc nécessaire d'adapter notre réponse.

3.6. La question de l'éthique

3.6.1. L'autonomie et les effets secondaires

La thématique placebo a beaucoup souffert d'amalgames et cela explique, en partie, la réticence de certains thérapeutes à explorer ce domaine et l'utiliser dans l'exercice de leur métier. D'un point de vue éthique, plusieurs questions se posent : est-ce que la prescription de médicament factice est acceptable ? Le thérapeute doit-il mentir aux patients pour leur bien ? L'effet placebo peut-il être utilisé sans porter préjudice au patient ?

Ainsi, deux modèles de soin s'opposent dans la thématique placebo : le modèle paternaliste et celui du consentement éclairé. Le modèle paternaliste ou de bienfaisance ne se préoccupe pas de promouvoir l'autodétermination du patient grâce à une autorisation autonome de décisions de traitement. Il communique les informations (jugement clinique expert) afin de promouvoir les meilleurs intérêts médicaux pour les patients. Le consentement éclairé quant à lui redonne de l'autonomie au patient puisque ce dernier est informé des choix à sa disposition ainsi que de la balance bénéfique/risque du traitement. Ainsi le consentement est indispensable dans la pratique clinique mais provoque un débat lorsqu'il est associé à cette thématique (Miller et Colloca, 2011).

Actuellement, une diminution de l'autonomie est possible seulement lorsque le patient est reconnu comme n'ayant plus la capacité de décider ou lorsqu'il est dans une détresse extrême. Mais dans ces cas se sont donc les problèmes mentaux ou psychologiques qui permettent cette acceptation éthique (Fortunato et al., 2017).

Nous avons pu voir précédemment que la communication d'informations au patient peut générer l'apparition d'effet nocebo. Ainsi le dilemme éthique repose sur la limite entre l'autonomie et la non malfaisance (Fortunato et al., 2017; Miller & Colloca, 2011). Il a été démontré qu'annoncer les effets secondaires d'un traitement au patient accroît leurs risques d'apparitions (Fortunato et al., 2017). Dès lors la balance bénéfique/risque des traitements est modifiée par les informations que le patient reçoit. Il y a donc une impasse puisque la responsabilité morale des thérapeutes est engagée lorsqu'ils induisent des effets nocebo en communiquant certaines informations mais aussi lorsqu'ils veulent limiter ces effets négatifs en limitant la divulgation.

La littérature propose plusieurs idées afin de réduire ce problème. Tout d'abord utiliser le cadrage de l'information pour limiter l'apparition d'effets secondaires, c'est-à-dire proposer une annonce positive. Par exemple, divulguer au patient le pourcentage de personnes qui n'ont pas eu d'effets secondaires plutôt que le pourcentage de personnes touchées. Le cadrage positif a entraîné une baisse de l'apparition des effets secondaires. Ce processus permet de diminuer l'impact nocebo tout en évitant de tromper le patient car les informations fournies sont justes (Miller & Colloca, 2011). La seconde idée proposée est que la « non divulgation » des effets secondaires puisse devenir éthique pour certains traitements comportant un potentiel nocebogénique élevé. Ce procédé entraîne donc une diminution de l'autonomie du patient puisque celui-ci reçoit une information filtrée. Néanmoins, Fortunato et al, la justifient en indiquant que l'autonomie ne devrait pas primer sur la non-malfaisance. Cette « non divulgation » serait néanmoins encadrée d'un suivi actif (consultation téléphonique par exemple) afin de recueillir tout changement d'état du patient (détection d'effet secondaire). Ces entretiens permettraient alors de jauger la pertinence de maintenir le traitement (Fortunato et al., 2017).

3.6.2. Les interventions non spécifiques

La seconde question que pose le placebo est : qu'est-ce que le thérapeute doit dire au patient face aux interventions non spécifiques fonctionnant grâce à l'effet placebo ? Des essais contrôlés ont mis en évidence dans le cadre de la lombalgie qu'une intervention d'acupuncture traditionnelle avait de meilleurs résultats thérapeutiques qu'un traitement traditionnel. Dans un second temps, il a été démontré qu'une intervention d'acupuncture factice (avec un aiguilletage superficiel et sur des points de non acupuncture) avait des résultats similaires à l'acupuncture traditionnelle. Alors que faire ? Recommander ce type de traitements alors qu'ils sont reconnus comme étant peu spécifique à la pathologie ? Divulguer l'information que le traitement n'a pas plus d'impact qu'un placebo réduirait les attentes du patient et donc l'efficacité du traitement. De ce fait transmettre une information sélective peut constituer une

solution à ce problème. Les auteurs recommandent ainsi de continuer à recommander ce type de traitement tout en s'appuyant sur les résultats d'essais cliniques soulignant leur efficacité placebo, tout en ne donnant pas l'information que ces traitements sont peu spécifiques afin de préserver les attentes (Miller & Colloca, 2011).

A ce jour, aucun consensus n'a été trouvé afin de répondre pleinement aux problèmes éthiques que l'effet placebo amène (Fortunato et al., 2017). Néanmoins il est à noter, que l'effet placebo lorsqu'il est utilisé comme adjuvant au meilleur traitement possible, sans tromperie, ne constitue pas un problème éthique (Bystad et al., 2015). Il faut donc faire la part des choses entre ce qui peut être exploité afin d'améliorer les soins et ce qui peut exposer les thérapeutes à des situations inconfortables en terme d'éthique.

4. Discussion

4.1. La pratique du masseur-kinésithérapeute à travers le prisme de l'effet placebo/nocebo

Nous avons pu constater grâce à la littérature que l'impact de l'effet placebo était omniprésent dans le domaine médical. Par conséquent, ce phénomène ne peut pas être laissé dans l'ombre car son influence en termes de résultats sur les patients est conséquente. L'effet contextuel est inhérent aux prises en charge et seul certains cas de recherche sont épargnés (Finniss et al., 2010). Notre profession et notre travail quotidien de prise en charge est donc lui aussi sujet à l'impact de ce contexte de soin.

La thématique de la guérison contextuelle propose une optimisation du cadre de soin afin de répondre à la problématique qu'engendre les effets nocebo. C'est par ce biais de maîtrise des différents paramètres propres au placebo/nocebo qu'il est possible d'entrevoir l'amélioration et le renforcement de nos outils de soins et par conséquent de nos résultats thérapeutiques (Laurence N Benz & Flynn, 2013). Cependant, il ne faut pas se tromper, l'effet placebo n'a pas le pouvoir de guérir des pathologies telles que le cancer néanmoins il peut agir sur les symptômes d'une maladie et ainsi permettre une amélioration de l'état de santé des patients (Miller & Colloca, 2011). Il faut donc voir l'effet placebo comme un adjuvant non négligeable au traitement mis en place et non pas comme une solution miracle.

En tant que masseur-kinésithérapeute, nous bénéficions d'un lien privilégié avec les patients car nous sommes à leur contact au quotidien ce qui nous offre la possibilité d'agir sur ce contexte de soin de manière positive et ainsi limiter l'influence nocebo. En effet notre profession consacre deux fois plus de temps à communiquer avec le patient qu'à le traiter (Testa & Rossetini, 2016). Aussi paradoxal que cela puisse sembler, malgré ce temps conséquent passé à communiquer avec les patients, nous ne bénéficions pas ou peu de formation ou de cours sur cette thématique (Riess & Kraft-Todd, 2014). Il est donc complexe pour un étudiant ou un masseur-kinésithérapeute tout juste diplômé d'éviter les erreurs verbales ou d'imaginer la portée que peuvent avoir nos mots.

Parmi les champs étudiés via le phénomène placebo, nous retrouvons la douleur. L'exacerbation ou la diminution de cette dernière est un sujet de préoccupation qui nous concerne directement puisque nous faisons face à cette douleur au travers les pathologies de nos patients. Utiliser les principes de l'effet placebo pour le soulagement de la douleur nous apporte donc un nouvel outil mais nous permet aussi de mieux comprendre ce qui peut altérer nos prises en charge (attentes négatives, anxiétés, mauvaises interprétation de ce que nous faisons...). Il est parfois difficile de prendre du recul et de savoir pourquoi un traitement n'obtient pas les effets escomptés alors que tous les critères semblaient réunis pour que cela fonctionne. Le caractère dynamique des attentes implique une analyse et une remise en question quotidienne afin de maintenir le patient dans des conditions optimum au cours de sa prise en charge (Cormier, 2017).

Le masseur-kinésithérapeute n'a pas dans ses attributions la capacité de prescrire des médicaments. Les problèmes éthiques concernant la légitimité de proposer des traitements factices ne nous touche donc pas directement.

Indirectement nous pouvons néanmoins être impactés car le patient peut être suivi au cours de nos prises en charge par le corps médical et donc avoir une médication. Les patients peuvent donc être amenés à solliciter notre conseil ou avis quant à leurs traitements médicaux. Cette situation peut s'avérer problématique dans le cadre d'un traitement placebo car elle nous place entre le médecin et le patient. Devons-nous renforcer les attentes du patient vis-à-vis de ce traitement factice ? Ou devons-nous divulguer toutes les informations que nous possédons sur le sujet afin de respecter l'autonomie du patient au risque de réduire ses attentes au néant ? Transmettre une information sélective, pour préserver les attentes, est envisageable mais n'est pour le moment pas reconnu en termes d'éthique (Miller & Colloca, 2011). Mentir ou duper le patient peut nous placer dans une situation qui met en péril la confiance que place le patient envers nous et donc désamorcer la relation de soin. D'autre part, on peut aussi se demander ce qu'il en est pour nos outils ou techniques n'ayant peu ou pas de niveau de preuve de leurs spécificités sur les pathologies ? Devons-nous continuer à les promouvoir ? Fonctionnent-ils grâce à l'effet placebo (nos croyances envers ces outils, les attentes du patient) ? Certaines questions restent en suspens mais amènent une nouvelle approche réflexive sur nos actes et notamment en ce qui concerne l'élaboration du traitement.

Dans le cadre d'un traitement non placebo, un renforcement pluridisciplinaire peut être mis en place par notre communication et ainsi aider les autres professions qui interviennent. Par exemple, si le patient nous questionne à propos de sa médication nous pouvons lui indiquer par une suggestion positive qu'elle est efficace et que nous avons vu d'autres patients être soulagés grâce à ce traitement. Il convient cependant dans cette approche de rester mesuré et réaliste afin de ne pas créer des attentes irréalistes envers ces mêmes traitements (Cormier, 2017).

4.2. Que pouvons-nous mettre en place dans notre pratique ?

4.2.1. La première rencontre

La première entrevue avec le patient est un moment critique, de son succès dépend la mise en place du conditionnement. En effet lors de ce premier contact si le patient reçoit des signaux positifs (via la communication verbale, non verbale par exemple) alors il va développer des attentes fortes. Ces attentes positives influenceront par la suite le succès de nos techniques au cours de cette même séance. Lors des rendez-vous suivants, le phénomène d'apprentissage propre au conditionnement (que l'on peut schématiser par : si cela a marché une fois sur moi cela va se reproduire) s'installera et fera perdurer ce phénomène de renforcement de nos outils (Finniss et al., 2010). Une attention particulière est donc requise lors de cette rencontre afin de bénéficier de ce conditionnement et de ses retombées.

Au cours de cette première étape, nous devons donc faire l'état des lieux des informations que le patient a en sa possession mais aussi essayer autant que possible d'installer un cadre positif afin d'insuffler des attentes positives. Pour cela, il peut être judicieux d'explorer plusieurs éléments :

- Est-ce la première prise en charge masso-kinésithérapique du patient ?
- Quelles sont les informations qui lui ont été transmises concernant sa pathologie ?
- Quelles sont ses attentes vis-à-vis du traitement ?

Ce type de questions peut nous permettre d'avoir une vision de l'état d'esprit et des attentes du patient par rapport à notre profession et à son futur traitement. Cela nous permet dans le cadre d'attentes positives de les renforcer et dans le cadre négatif de réorienter et de clarifier certains points.

Cette première rencontre est donc le socle sur lequel se construit la relation de soin mais permet aussi la genèse d'effets contextuels. Il est donc essentiel d'envoyer des signaux positifs afin d'optimiser la suite de la prise en charge et de bénéficier d'effets contextuels positifs.

4.2.2. S'adapter le maître mot de l'effet contextuel

La thématique de l'effet placebo propose de prendre en compte le caractère unique du patient afin d'améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge. Pour ce faire plusieurs éléments du cadre de soin nécessitent d'être adaptés en fonction de la personne :

- Adapter le traitement : plusieurs éléments peuvent être pris en compte dans notre pratique lorsque nous élaborons le traitement afin qu'il corresponde au patient. Tout d'abord il est intéressant d'investiguer les expériences antérieures de la personne afin d'orienter le choix de nos techniques/outils. En effet, si le patient a eu une expérience négative avec une technique il serait souhaitable de choisir un autre procédé afin d'éviter l'échec, ou de moduler les attentes du patient en recadrant les bénéfices/propriétés de la technique via un discours éducatif (Bishop et al., 2017).

Outre les expériences passées, interroger les attentes du patient envers le traitement peut aussi être un moyen pour nous guider dans le choix des outils que nous allons mettre en place. Il est ainsi utile d'explorer le niveau d'attente du patient car c'est un facteur prédictif de l'efficacité du traitement (Cormier, 2017). Nous pouvons donc utiliser des questions (comme vu précédemment) lors du bilan initial du patient ou au cours de la prise en charge car il ne faut pas oublier que les attentes sont dynamiques et peuvent donc varier tout au long du processus de soin.

Enfin, il est important de valoriser nos outils et techniques de traitement aux yeux du patient afin d'augmenter leurs attentes et donc de renforcer leurs efficacités. Pour ce faire, nous pouvons nous documenter sur nos outils afin de pouvoir communiquer des informations claires au patient mais aussi afin de renforcer nos propres croyances sur l'efficacité de ce que nous mettons en place (Bishop et al., 2017).

- Adapter la communication : nous avons pu constater au cours de cette recherche, que la communication avait une place centrale dans la création d'effet contextuel. Il est essentiel d'être vigilant dans le choix de nos mots afin d'éviter les erreurs de communication mais aussi dans le but de s'adapter à chaque patient. En effet les effets contextuels font intervenir la dimension socio culturelle des individus et il est donc nécessaire que notre discours puisse être compris de façon claire par tous afin d'éviter toute mauvaise interprétation (Bishop et al., 2017; Cormier, 2017).

Benedetti et Amanzio proposent même que les suggestions négatives soient abandonnées et remplacées par des suggestions positives afin de limiter autant que possible la création d'effet nocebo (Bystad et al., 2015). Par exemple on peut remplacer « cette technique va agir contre votre douleur » par « cette technique va vous procurer un soulagement ». Notre communication verbale mais aussi non verbale doit insuffler de l'espérance au patient en le dirigeant vers des pensées positives (instructions claires, sentiment d'être compris, message thérapeutique positif) afin de profiter d'effets contextuels positifs et de créer un environnement propice au soin.

- Adapter le lieu de soin : l'environnement dans lequel se déroule le soin influe lui aussi sur les perceptions du patient et modifie donc les résultats thérapeutiques. Afin de rendre le lieu du soin agréable, il est possible de travailler sur la sphère sensorielle du patient. Ainsi, incorporer des lumières naturelles, un niveau sonore faible, des musiques douces ou relaxantes, une température ajustée ou encore l'utilisation d'arômes sont autant de moyens à notre disposition afin d'améliorer le cadre thérapeutique. En outre d'autres éléments sont perçus comme importants aux yeux du patient comme la signalétique (panneaux avec des instructions faciles à lire), les points d'informations ou encore l'accessibilité du lieu (Testa & Rossetini, 2016). L'environnement est donc un élément à prendre en considération lors des prises en charge afin de placer le patient dans les meilleures dispositions pour recevoir son soin.

Les effets placebo et nocebo demandent donc une adaptation continue de l'ensemble des paramètres qui interagissent avec la prise en charge afin de répondre à la diversité de la patientèle et des cas de figures rencontrés. Le patient est donc le point central de la prise en charge qui détermine nos actions afin de le placer dans les meilleures conditions possibles.

4.2.3. Alliance thérapeutique

La relation de soin est essentielle au bon déroulement de la prise en charge, instaurer une alliance thérapeutique entre le thérapeute et le patient permet de renforcer ce lien. Cette alliance repose sur l'établissement d'un accord entre les deux parties du soin dans le but de définir des objectifs de traitement, ce qu'il faut mettre en place pour les atteindre ainsi que la confiance et la sympathie nécessaire entre les parties. Etablir un tel lien permet au patient de devenir acteur de son soin en participant à l'élaboration d'un plan de traitement basé sur ses besoins et donc d'améliorer grandement l'observance, la satisfaction ou encore les résultats thérapeutiques (Fuertes et al., 2017). Le patient ne « subit » plus son traitement mais collabore avec son thérapeute, lui donnant notamment son point de vue sur les moyens de parvenir aux objectifs. Ce travail en synergie donne une place centrale au patient et permet une meilleure compréhension des soins qu'il reçoit.

4.2.4. Cibler pour mieux agir

Certaines pathologies comme les affections chroniques nous laissent parfois sans armes, De ce fait, il peut être particulièrement intéressant de s'attacher à optimiser les effets contextuels dans ce cas de figure puisque les techniques et la médication éprouvent, elles, des limites dans le traitement de ses affections. Rappelons que les patients ayant des attentes de résultats fortes voient leur état s'améliorer davantage que ceux ayant des attentes plus faibles et cela peu importe le traitement proposé (Cormier, 2017).

Dès lors, adopter une attention particulière au contexte et notamment à la relation de soin par le biais de notre communication, de l'écoute, l'empathie ou encore le soutien peut nous permettre d'améliorer la condition de ces personnes. Cette approche des patients douloureux chroniques vise donc à travers ces éléments à augmenter la satisfaction envers le traitement, augmenter l'observance ainsi qu'à insuffler de l'espoir tout en réduisant les composantes néfastes comme l'anxiété (Cormier, 2017; Nelson et al., 2017). La guérison contextuelle permet d'entrevoir des pistes à exploiter afin d'aider les patients dans la gestion de la douleur chronique.

4.3. Les limites de la recherche

La plus grande limite de ce sujet émane du fait qu'il n'existe pas ou peu de preuve associée au domaine de la masso-kinésithérapie. L'essentiel des articles parcouru à travers les différents moteurs de recherche (PubMed, Pedro, Google scholar entre autre) proviennent du domaine médical. Néanmoins comme nous avons pu le constater ce domaine nous affecte aussi en tant que soignant et ne peut donc pas être mis de côté par notre profession. Il semble que la recherche dans le domaine de la masso-kinésithérapie s'attache à l'aspect technique du soin en investiguant notamment l'emploi de nos outils (quelles techniques privilégier pour les pathologies, sur quel laps de temps, combien de fois, à quelle phase de la prise en charge...) et s'intéresse moins à ce qui attrait au contexte du soin. Il a donc fallu transposer le contenu de ces articles au domaine de la masso-kinésithérapie afin d'apporter des exemples concrets à exploiter dans notre quotidien.

La deuxième limite provient de l'état d'avancée actuel du sujet. Bien que ce phénomène soit connu depuis longtemps certains mécanismes ne sont pas totalement élucidés. La recherche investigate entre autre toujours les différents neurotransmetteurs qui agissent lors de l'apparition du phénomène placebo/nocebo. Il est donc important de rester vigilant sur les prochaines avancées de ce phénomène afin d'en mesurer le plein potentiel. Il n'est donc pas possible à l'heure actuelle d'être catégorique sur le fonctionnement de ces effets.

La troisième limite provient de la grande diversité des paramètres à prendre en compte (la communication verbale/non verbale, les attentes, le vécu du patient, nos croyances envers nos outils, le caractère optimiste, pessimiste du patient...). La thématique placebo propose d'investiguer en profondeur plusieurs champs afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins, or, les thérapeutes voient leurs effectifs diminuer et donc leur temps avec les patients s'amoinrir. Il peut donc apparaître un peu utopique de pouvoir contrôler autant de paramètres à travers les consultations néanmoins certains éléments comme la communication ne demande pas de concession au niveau du temps, alloué par patient, afin d'être mis en place.

5. Conclusion

L'effet placebo propose de rendre le soin plus humain en prenant en compte toutes les caractéristiques qui font que nous sommes tout un chacun unique. Les avancées dans ce domaine n'en sont encore qu'à leur balbutiement car il demeure toujours des zones d'ombre notamment dans les mécanismes neurobiologiques. Des outils commencent, néanmoins, à se mettre en place afin de nous aider à objectiver nos résultats (notamment l'évaluation des attentes) mais sont pour le moment assez peu fiables et demandent à être améliorés (van Hartingsveld et al., 2010). Cependant, le travail fourni par les différents chercheurs/auteurs nous propose des pistes nouvelles à intégrer dans nos prises en charge afin d'améliorer leurs qualités et leur efficacités.

La communication est un domaine qui a une place centrale dans notre métier et sa maîtrise est particulièrement appréciée par les patients. Il apparaît donc judicieux de s'intéresser de près à ce sujet, surtout après avoir eu connaissance de son impact en termes de relationnel mais aussi en termes de résultats. A titre personnel, ce travail m'a permis de prendre conscience de la multitude de facteurs qui gravitent autour d'une prise en charge et de leur influence sur notre travail. En effet, la thématique de l'effet placebo propose au masseur kinésithérapeute de développer ce que l'on peut nommer « l'art de la kinésithérapie » c'est-à-dire les rituels de soin, la communication, la relation et tous les autres facteurs qui gravitent autour du soin pur pour former le contexte de soin.

L'adaptation du soin est nécessaire pour répondre à la mixité culturelle présente dans notre société mais aussi pour faire face à la diversité des patients que nous rencontrons (âge, sexe, condition sociale...) afin d'assurer une prise en charge optimale. En effet, de par cette diversité, il ne nous est pas possible de mettre en place une prise en charge qui puisse être appliquée quel que soit le cas de figure rencontré et escompter des résultats thérapeutiques harmonieux. La guérison contextuelle constitue ainsi un adjuvant à nos traitements et permet de nous faire prendre du recul sur nos actes afin de dépister des éléments à améliorer (communication, évaluation des attentes, expériences antérieures du patient...) pour être plus efficient.

La thématique de l'effet placebo de par ses mécanismes représente une occasion de mettre en avant notre rôle d'éducateur à la santé. Il est primordial que le patient comprenne sa pathologie ainsi que les objectifs de nos outils de traitement afin qu'il s'implique en devenant acteur de son soin mais aussi qu'il ait en sa possession des informations claires et justes pour ne pas développer des effets nocebo. Nous pouvons donc agir sur ces éléments en investiguant les informations reçues par le patient avant de nous consulter et même au cours du soin afin de clarifier certains points si nécessaire.

Il a été démontré que toutes les prises en charge sont associées à un contexte de soin mis à part certains cas de recherche (Finniss et al., 2010) . De ce fait, il peut être intéressant de parcourir des essais cliniques relatifs au domaine de la masso-kinésithérapie afin d'explorer la possibilité d'un biais en lien avec les effets du contexte de soin. En effet, s'il apparaît simple dans le domaine médical d'exclure le contexte, de par la nature de certains traitement (médicaments, pompe informatisée par exemple), il semble complexe d'éliminer ce biais dans notre profession puisque la plupart des traitements que nous proposons requièrent notre intervention physique. De ce fait on peut se demander si les effets contextuels impactent aussi les recherches dans notre profession ? Afin de déterminer la spécificité d'une intervention il est essentiel que les paramètres du contexte de soin soient contrôlés afin de limiter leur influence. En effet sans maîtrise de ces éléments il est impossible d'affirmer qu'un traitement est spécifique et qu'il ne bénéficie pas de l'apport d'un effet placebo.

6. Références bibliographiques

- Beck, R. S., Daughtridge, R., & Sloane, P. D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 15(1), 25-38.
- Benedetti, F., & Amanzio, M. (2011). The placebo response: How words and rituals change the patient's brain. *Patient Education and Counseling*, 84(3), 413-419.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.04.034>
- Bishop, F. L., Coghlan, B., Geraghty, A. W., Everitt, H., Little, P., Holmes, M. M., ... Lewith, G. (2017). What techniques might be used to harness placebo effects in non-malignant pain? A literature review and survey to develop a taxonomy. *BMJ Open*, 7(6), e015516.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015516>
- Bystad, M., Bystad, C., & Wynn, R. (2015). How can placebo effects best be applied in clinical practice? A narrative review. *Psychology Research and Behavior Management*, 8, 41-45. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S75670>
- Colloca, L., Sigaudo, M., & Benedetti, F. (2008). The role of learning in nocebo and placebo effects. *Pain*, 136(1), 211-218. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.02.006>
- Colloca, Luana, & Finniss, D. (2012). Nocebo effects, patient-clinician communication, and therapeutic outcomes. *JAMA*, 307(6), 567-568. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.115>
- Cormier, S. (2017). L'apport des attentes du patient à la gestion de la douleur chronique. *Douleurs*. Consulté à l'adresse <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/1169380/resultatrecherche/10>
- Finniss, D. G., Kaptchuk, T. J., Miller, F., & Benedetti, F. (2010). Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *The Lancet*, 375(9715), 686-695.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61706-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61706-2)
- Fortunato, J. T., Wasserman, J. A., & Menkes, D. L. (2017). When Respecting Autonomy Is Harmful: A Clinically Useful Approach to the Nocebo Effect. *The American Journal of Bioethics: AJOB*, 17(6), 36-42. <https://doi.org/10.1080/15265161.2017.1314042>
- Fuertes, J. N., Toporovsky, A., Reyes, M., & Osborne, J. B. (2017). The physician-patient working alliance: Theory, research, and future possibilities. *Patient Education and Counseling*, 100(4), 610-615. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.018>
- Laurence N Benz, & Flynn, T. W. (2013). Placebo, Nocebo, and Expectations: Leveraging Positive Outcomes. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 43(7), 439-441.
<https://doi.org/10.2519/jospt.2013.0105>

- Mast, M. S. (2007). On the importance of nonverbal communication in the physician–patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 315-318. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.005>
- Miller, F. G., & Colloca, L. (2011). The placebo phenomenon and medical ethics: rethinking the relationship between informed consent and risk-benefit assessment. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 32(4), 229-243. <https://doi.org/10.1007/s11017-011-9179-8>
- Miller, F. G., Colloca, L., & Kaptchuk, T. J. (2009). The placebo effect: illness and interpersonal healing. *Perspectives in biology and medicine*, 52(4), 518. <https://doi.org/10.1353/pbm.0.0115>
- Miller, F. G., & Kaptchuk, T. J. (2008). The power of context: reconceptualizing the placebo effect. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101(5), 222-225. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2008.070466>
- Nelson, H., Tan, S. G. M., & Cyna, A. M. (2017). Words That Hurt, Words That Help! In *Pain Medicine* (p. 563-565). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-43133-8_150
- Riess, H., & Kraft-Todd, G. (2014). E.M.P.A.T.H.Y.: A Tool to Enhance Nonverbal Communication Between Clinicians and Their Patients. *Academic Medicine*, 89(8), 1108. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000287>
- Schenk, P. W. (2008). ‘Just Breathe Normally’: Word Choices that Trigger Nocebo Responses in Patients Six language traps and how to avoid them. *AJN The American Journal of Nursing*, 108(3), 52. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000312257.41249.65>
- Testa, M., & Rossetini, G. (2016). Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes. *Manual Therapy*, 24(Supplement C), 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.math.2016.04.006>
- van Hartingsveld, F., Ostelo, R. W. J. G., Cuijpers, P., de Vos, R., Riphagen, I. I., & de Vet, H. C. W. (2010). Treatment-related and Patient-related Expectations of Patients With Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review of Published Measurement Tools. *The Clinical Journal of Pain*, 26(6), 470. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3181e0ffd3>
- van Osch, M., van Dulmen, S., van Vliet, L., & Bensing, J. (2017). Specifying the effects of physician’s communication on patients’ outcomes: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 100(8), 1482-1489. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.009>

Annexes

Sommaire

Fiches de lecture

Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review	1
The placebo response: How words and rituals change the patient's brain.....	2
What techniques might be used to harness placebo effects in nonmalignant pain A literature review and survey to develop a taxonomy.....	4
How can placebo effects best be applied in clinical practice? A narrative review	8
The role of learning in nocebo and placebo effects.....	11
Nocebo effects, Patient-Clinician communication, and therapeutic outcomes.....	14
L'apport des attentes du patient à la gestion de la douleur chronique.....	16
Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects.....	20
When Respecting Autonomy Is Harmful: A Clinically Useful Approach to the Nocebo Effect.....	22
The physician-patient working alliance : Theory, research and future possibilities	25
Placebo, Nocebo, and Expectations: Leveraging Positive Outcomes	27
On the importance of nonverbal communication in the physician–patient interaction.....	29
The placebo phenomenon and medical ethics: Rethinking the relationship between informed consent and risk–benefit assessment.....	31
The placebo effect: illness and interpersonal healing.....	35
The power of context: reconceptualizing the placebo effect	37
Words That Hurt, Words That Help!.....	39
E.M.P.A.T.H.Y.: A Tool to Enhance Nonverbal Communication Between Clinicians and Their Patients.....	41
« Just breath normally » : Word choices that trigger Nocebo responses in patients. (Six langage trap and how to avoid them).....	43
Enhance placebo, avoid nocebo : How contextual factors affect physiotherapy outcomes	45
Treatment-related and Patient-related Expectations of Patients With Musculoskeletal Disorders A Systematic Review of Published Measurement Tools.....	47
Specifying the effects of physician's communication on patients' outcomes: A randomised controlled trial	49

Auteurs	Beck Rainer S., Daughtridge Rebecca, Sloane Philip D.
Titre	Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review.
Type de document	Article de revue
Source	The Journal of the American Board of Family Practice
Date de parution	Janvier 2002
Nb de pages	25-38 (13)
Plan	Background Methods Result Conclusion
Commentaire	<p>Mots clefs : communication, comportement verbaux, comportement non verbaux, thérapeute, patient.</p> <p>Résumé :</p> <p>La relation de soin est au cœur de toute prise en charge et s'avère encore plus importante lorsqu'il s'agit de douleur chronique. La communication du thérapeute est jugée comme étant une compétence importante par les patients.</p> <p>Après analyse de la littérature, l'article relate 22 comportements verbaux en lien avec un effet positif sur le traitement. D'un autre côté 36 comportements verbaux ont été reliés à un effet négatif. 16 comportements non verbaux ont été recensés ayant des implications dans les résultats des traitements des patients ou sur les caractéristiques de ces derniers de manière positive ou négative.</p> <p>Limites : Aucun consensus pour les outils servant à évaluer les comportements de communication.</p>

Auteurs	Benedetti Fabrizio, Amanzio Martina
Titre	The placebo response: How words and rituals change the patient's brain
Type de document	Article de revue
Source	Patient Education and Counseling
Date de parution	Septembre 2011
Nb de pages	413-419 (6)
Plan	<p>Abstract</p> <p>Introduction</p> <p>The psychological explanation</p> <p>The neurobiological explanation</p> <p>Nocebo hyperalgesia</p> <p>Placebo response in Parkinson's disease</p> <p>Placebo response in psychiatric disorders and drugs addiction</p> <p>Implications for clinical practice</p> <p>Implications for clinical trials</p>
Commentaire	<p>Mots clefs : placebo, nocebo, expectation, conditioning, medical practice, clinical trials</p> <p>Résumé : La littérature sur le placebo propose souvent deux termes : effet placebo et réponse placebo. Il convient dès lors de définir les différences entre ces mots. L'effet placebo est considéré comme le bras placebo dans un essai clinique, il comprend le phénomène biologique placebo et d'autres facteurs comme l'amélioration naturelle de la maladie, la régression à la moyenne, des biais, des erreurs de jugement. La réponse placebo quant à elle relève du phénomène biologique et est étudiée dans des protocoles expérimentaux qui lui sont propres. Le terme de nocebo répond au placebo et désigne les effets nocifs de ce dernier. L'effet nocebo est lié aux attentes négatives.</p> <p>La psychologie a développé plusieurs théories pour expliquer ces phénomènes. La première assimile l'effet placebo à un conditionnement classique tel que décrit par Pavlov. Ainsi certains éléments du cadre de soin (odeur, blouse...) peuvent agir comme stimuli conditionnés et induire des réponses thérapeutiques. Un conditionnement peut ainsi apporter une réponse placebo plus importante.</p> <p>La seconde théorie est basée sur les attentes (mécanisme d'anticipation positif ou négatif), elles-mêmes se référant à plusieurs facteurs (émotion, expérience antérieure, instruction verbale...).</p> <p>La recherche placebo en neurologie a permis de clarifier certains points notamment sur les mécanismes de l'analgésie placebo. La sécrétion d'opioïdes endogènes est le facteur clef de l'analgésie placebo. Cependant d'autres mécanismes sont aussi mis en place car un blocage de ses opioïdes peut néanmoins produire un effet placebo. Ces mécanismes autres ne sont pour le moment pas connus et la recherche doit continuer d'investiguer ce point.</p>

	<p>Les progrès de l'imagerie a permis de cartographier les zones en jeux lors de ces phénomènes. Une étude utilisant la tomographie par émission de positrons a comparé les zones qui s'activaient lors de l'analgésie opioïdes (exogènes) et placebo et il s'est révélé que les zones activées se chevauchaient. Les nombreuses études qui ont suivi ont permis de montrer qu'un médicament (pharmacologie) ou qu'un placebo (psychologie) activaient les mêmes récepteurs dans le cerveau. Pour l'effet opposé (nocebo) c'est la cholécystokinine qui entre en jeu (l'anxiété anticipatoire induite par des suggestions négatives enclenche la sécrétion). Les mêmes zones du cerveau sont activées pour le phénomène placebo et nocebo.</p> <p>Dans la pratique c'est l'optimisation du contexte psychosocial qui doit être utilisée pour apporter des effets placebo. Pour ce faire l'amélioration du lien soignant/soigné peut être un outil, le fait d'encourager la patient, parler positivement du traitement, développer la confiance, rassurer, soutenir les relations, respecter le caractère unique du patient... sont des moyens à notre disposition pour arriver à ce but. La communication non verbale permet aussi d'induire des effets positifs/négatifs et ne peut donc pas être négligée.</p>
--	--

Auteurs	Felicity L Bishop, Beverly Coghlan, Adam WA Geraghty, Hazel Everitt, Paul Little,Michelle M Holmes, Dionysis Seretis, George Lewith
Titre	What techniques might be used to harness placebo effects in nonmalignant pain A literature review and survey to develop a taxonomy
Type de document	Article de revue
Source	BMJ Open
Date de parution	Mai 2017
Nb de pages	13
Plan	Abstract Introduction Methods Results Discussion
Commentaires	<p>Mots clefs : techniques, procédure, placebo, éthique, champs clinique</p> <p>Résumé :</p> <p>Des études ont démontré que des facteurs autres que les substances actives peuvent entrer en jeu lors d'un traitement et apporter des résultats significatifs sur les symptômes, douleur non maligne plus spécifiquement. L'effet placebo fait intervenir des changements physiologiques et ou psychologiques. Les attentes, éléments clef dans cet effet, peuvent naitre de suggestions verbales ou d'expériences antérieures.</p> <p>Cet effet placebo a un pouvoir tout aussi important que le traitement dit actif et s'étend tout au long de la prise en charge grâce à l'interaction soignant/soigné. Bien souvent ce phénomène est peu exploité car les thérapeutes pensent qu'il est nécessaire de tromper le patient pour les faire intervenir, ce qui est faux. En effet il n'est pas nécessaire de prescrire un placebo pour faire intervenir l'effet placebo, un opioïde (analgésique) prescrit aura un effet spécifique propre à son principe actif d'une part, et des composants psychologiques, dont les attentes, d'autre part. Ce principe s'applique aussi pour les interventions physiques, chirurgicales et psychothérapiques.</p> <p>Néanmoins, il a été démontré à travers des études sur le côlon irritable et la dépression que la prescription ouverte de placebo induit des effets placebo significatifs et ce malgré le dilemme éthique.</p> <p>Cet article a pour but de proposer des techniques et procédures, qui amènent un effet placebo, facilement applicable sur le terrain et éthiquement acceptable.</p> <p>Pour cet article, sept revues récentes ont été sélectionnées, basées sur l'avis d'experts afin de pouvoir faire émerger les informations sur les interventions amenant des effets placebo et des études expérimentales en laboratoire. Ces revues sont liées directement (exemple mécanisme</p>

du placebo) ou indirectement (essai clinique utilisant un placebo comme témoins) à l'étude de ce phénomène.

Une liste initiale de 43 procédures, pouvant faire intervenir l'effet placebo, a été établie et classée dans cinq catégories liées au contexte de soin :

- Caractéristiques propres du patient/ ses croyances
- Caractéristiques propres du thérapeute/ ses croyances
- Relation soignant/soigné
- Environnement du lieu de soin
- Caractéristiques du traitement superficiel

Les procédures ont par la suite été comparées afin de fusionner celles qui étaient similaires. L'étude s'est concentrée sur des mécanismes psychologiques fondamentaux : l'espérance de réponse, le conditionnement, l'apprentissage social, l'affect, la motivation, la diminution de l'anxiété.

Chacune des interventions a été examinées afin de déterminer dans quelle mesure elles pouvaient produire un effet placebo via un ou plusieurs des mécanismes psychologiques cités. A la suite de cela 25 procédures ont été conservées et l'équipe multidisciplinaire a ensuite réfléchi à des applications cliniques possibles.

Afin de valider la taxonomie, les chercheurs de références (auteurs de publications majeures, médecins généralistes) ont été interrogés et 5 autres procédures se sont ajoutées au classement portant leurs nombres à 30.

- Caractéristiques et croyances du patient :

Il a été retenu 5 interventions qui agissent sur les caractéristiques ou croyances du patient de manière à favoriser un effet placebo.

- La sélection de patients susceptibles de bénéficier d'une intervention par rapport à leur antécédent vis d'un traitement semblable (apparence, pharmacologie, modalité...). Exemple : sélectionner des patients qui n'ont pas eu de résultats négatifs vis-à-vis d'un traitement identique par le passé, afin d'éviter l'attente d'échec).
- La création d'attente positive.
- La diminution d'attente négative.
- La transmission d'un message thérapeutique positif.

Ces 3 procédures demandent une communication claire du thérapeute afin d'encourager les patients à attendre des effets bénéfiques envers les traitements et exclure des attentes négatives ou effets secondaires.

- Adapter l'intervention en fonction du contexte socioculturel du patient.

Ces outils ont pour but d'amener des effets placebo en modifiant les attentes du patient.

- Caractéristiques et croyance du praticien :

Il a été retenu 2 procédures dans ce domaine :

- Le praticien doit s'attendre à un effet bénéfique envers le traitement qu'il prodigue au patient. Exemple : si un praticien ne croit pas au traitement cela peut influencer sa communication et ainsi modifier les attentes du patient. Il est donc important que le praticien dise qu'il croit au traitement et le communique au patient ainsi qu'il dispose de preuves pertinentes et de qualités vis-à-vis de ses traitements.

- Caractéristique propre du thérapeute, un praticien de « haut niveau » peut bénéficier, d'une plus grande confiance envers le traitement, d'attentes plus élevées et ou de réponses affectives plus positive lors d'une consultation. Certaines pratiques sont déjà appliquées sur le terrain afin de renforcer cette confiance (affichage de diplôme ou encore symbolique inhérente aux outils comme le stéthoscope). Il est nécessaire de prendre en compte les préférences des patients et de valoriser notre niveau d'expertise comme celui de nos confrères.
- Milieu de soin : Ces procédures traitent de la façon de retenir et recruter les patients de façon active. C'est-à-dire d'utiliser une communication efficace et personnalisée afin de valoriser le patient et l'encourager la présence aux rendez-vous. Pour ce faire, expliquer les protocoles que l'on utilise, la surveillance des symptômes (mesures rapportée par le patient). Le fait de surveiller ses symptômes peut modifier les attentes du patient envers le traitement.
- Caractéristiques du traitement : Ici 8 procédures ont été retenues, 3 d'entre elles impliquent des interventions ou prescriptions fictives (médicament factice, intervention physique factice, attention supplémentaire du personnel de soin), une 4^{ème} procédure suggère la prescription d'une substance qui serait peu efficace pour le symptôme en question. La recherche doit encore se concentrer sur la prescription ouverte d'intervention fictive ou même pilule placebo. Le consentement préalable ou même le renoncement au consentement ne doivent pas être rejetés mais étudiés pour certains patients. La recherche doit se centrer sur les points de vue des patients, des praticiens et les autres parties prenantes du soin sur l'acceptabilité et l'enjeu éthique de prescrire des placebo.

Il y a 3 procédures qui jouent un rôle sur les caractéristiques superficielles des traitements, c'est-à-dire non pharmacologiques ou non définissables.

- La première consistait à surligner les effets secondaires des traitements afin d'encourager le patient à voir le traitement comme étant puissant. Cet outil est très peu utilisé.
- La seconde consisterait à concevoir l'apparence des interventions pour correspondre aux attentes et croyance du patient sur ce à quoi ressemble une intervention efficace.
- La troisième consiste à exagérer les caractéristiques superficielles du traitement dans le but de générer des effets placebo de plus grandes ampleurs. Exemple, la taille d'une pilule, sa couleur ou encore un rituel d'administration de traitement dans le but d'améliorer les attentes.

La dernière procédure est utilisée dans les recherches expérimentales, c'est le conditionnement. Ce procédé génère des effets placebo grâce à des mécanismes d'apprentissage et pourrait être utilisé afin de diminuer les dosages pharmaceutiques par exemple (étude pilote sur des enfants ayant des troubles de l'attention).

- Interaction soignant/soigné : Ici 7 procédures ont été retenues, on pense que ces procédures sont liées à des mécanismes affectifs.

Trois de ces procédures émanent de processus survenant lors de la consultation :

- Le consentement éclairé.
- Prendre un historique détaillé.
- Effectuer des tests ou diagnostics supplémentaires.

Ces outils témoignent auprès du patient de l'implication du thérapeute en les respectant, accordant du crédit à leur point de vue et en approfondissant le diagnostic.

Deux autres procédures concernent :

- La communication des soins.
- La communication centrée sur le patient.

Bien que la littérature sur la communication soignant/soigné soit conséquente elles ont été peu décrites face à l'effet placebo, malgré l'enjeu important démontré dans l'effet nocebo.

Deux autres procédures concernent plutôt l'aspect structurel de la consultation :

- L'attention supplémentaire (le fait de faire durer une consultation plus longtemps, ou d'en effectuer plus fréquemment).
- La continuité des soins.

Ces aspects sont difficiles à mettre en place pour plusieurs raisons : les thérapeutes sont bien souvent en manque d'effectif ou débordés et les ressources allouées au secteur du soin sont en constante baisse.

Les effets placebo interviennent de façon large et interdisciplinaire. Les praticiens sur le terrain combinent souvent plusieurs outils comme les attentes positives avec l'historique détaillé et le suivi des symptômes. Cette taxonomie a pour but d'éclairer sur les effets placebo et leurs champs d'application afin de permettre de futures recherches. Elle peut servir de guide et propose des applications potentielles pour le domaine clinique.

Auteurs	Martin Bystad, Camilla Bystad, Rolf wynn
Titre	How can placebo effects best be applied in clinical practice? A narrative review
Type de document	Article de revue
Source	Psychology Research and Behavior Management
Date de parution	Janvier 2015
Nb de pages	41-45 (4)
Plan	Abstract Introduction Methods Discussion Summary
Commentaires	<p>Mots clefs : placebo effects, doctor-patient communication, expectations, biopsychosocial model</p> <p>Résumé :</p> <p>L'effet placebo a fait l'objet d'un grand nombre d'études cliniques et expérimentales. Dans la pratique il est possible de l'intégrer en tant qu'adjuvant d'un traitement efficace, documenté par des preuves. Le terme placebo est souvent relié à un médicament non efficace (pilule de sucre) mais de nombreuses études ont montré qu'encadré par des informations positives ce produit « inerte » peut engendrer des effets. Il est possible de définir les effets placebo comme étant des réponses psychologiques et ou physiologiques qui opèrent après l'administration d'une substance active ou inerte et qui engendrent des effets bénéfiques.</p> <p>Ce phénomène a été étudié et mis en relation notamment avec la douleur, le sommeil, la dépression ou encore la maladie de Parkinson. Par ailleurs il a aussi été observé qu'il pouvait influencer sur le système immunitaire et endocrinien. Ce phénomène a connu un regain d'intérêt au niveau des recherches récemment mais il est connu depuis une centaine d'années déjà (1799, première étude contrôlée contre placebo).</p> <p>Il a été démontré que les effets placebo interagissent de manière différente d'une personne à l'autre, il est donc important de prendre en compte les différences individuelles.</p> <p>Ainsi, les placebo agissent sur les sphères : biologique, psychologique et sociale, et correspondent donc mieux au modèle biopsychosocial que biomédical (qui repose sur un traitement dans un cadre physiologique et biologique).</p> <p>Le modèle biopsychosocial donne une place importante à l'interaction soignant/soigné. Des effets placebo peuvent être présents même si aucun médicament n'est prescrit et cet article a pour but de nous éclairer sur la façon d'utiliser des effets placebo en tant qu'adjuvant au traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Méthode : Pour cet article une revue a été constituée à partir de la base de données de PubMed grâce aux mots clefs « effet

placebo » et « pratique clinique ». Les résultats ont apporté 180 articles et la littérature la plus pertinente a été sélectionnée afin de répondre à l'objectif du sujet.

- Les attentes :

Elles peuvent être définies comme étant l'imagination d'un résultat spécifique et sont un point clef pour l'effet placebo. Elles sont influencées par l'information verbale, l'intégration d'un médicament, les expériences antérieures et le lien soignant/soigné.

Un traitement pharmacologique repose donc sur des ingrédients biologiquement actifs mais aussi sur des facteurs contextuels biopsychosociaux. Une étude menée par Benedetti a montré que des patients ayant reçu un analgésique par intraveineuse et qui en ont été informés ressentait un plus grand soulagement que ceux qui n'avaient pas reçu cette information. Ainsi une information qui indique l'efficacité d'un traitement peut influencer positivement son résultat. Un traitement identique mais encadré par une communication différente (enthousiaste ou neutre par exemple) ne produit pas le même effet. Les attentes peuvent même inverser et neutraliser les effets pharmacologiques.

- Effet placebo et réponses psychophysiologiques :

Les effets placebo ne sont pas uniquement des biais de désirabilité sociale mais peuvent être associés à des effets physiologiques.

Wager et al ont à l'aide de l'imagerie par résonance magnétique pu observer l'activité des zones de la douleur du cerveau diminuait après l'administration d'un placebo. D'autres études ont montré un lien entre la réduction de l'anxiété/peur et l'apparition ou le renforcement des effets placebo.

- Utilisation clinique de ces effets :

Afin de pouvoir exploiter cet outil, il est essentiel que le personnel de soin comprenne ses mécanismes. Deux études ont montré que 50% des médecins (interrogés) avaient recours à des placebo dans la pratique clinique.

- Obtenir des effets placebo

Une liste de 8 principes spécifiques et pratique a été établie par Barrett et al afin d'aider les professionnels de santé. Ces derniers sont :

- Une communication positive sur les traitements.
- Développer la relation de soin.
- Développer la confiance dans la relation de soin.
- Se montrer encourageant auprès des patients.
- Rassurer les patients.
- Respecter le caractère unique de chaque individu.
- Créer des rituels de soin.
- Explorer les valeurs des patients.

Cette liste permet de générer des attentes positives, diminuer l'anxiété et d'augmenter la satisfaction face à la prise en charge.

Ces principes proposent une prise en charge comprenant les aspects biopsychosociaux et qui donc centrée sur le patient.

Afin de développer des attentes positives, une communication claire peut être instaurée, ainsi indiquer qu'un traitement particulier est efficace ou expliquer les mécanismes de base de ce dernier sont des possibilités pour y parvenir. Les patients doivent comprendre de façon

	<p>claire le traitement ainsi que les résultats souhaités. Benedetti et Amanzio souhaitent que les suggestions négatives soient remplacées par des suggestions positives par exemple « voici votre médicament contre la douleur » peut être remplacé par « voici des médicaments pour vous aider à aller mieux ».</p> <p>L'étude menée par Kaptchuk et Coll sur le côlon irritable a ainsi mis en évidence l'importance de la relation de confiance dans le soin. En effet ils ont pu montrer qu'une prise en charge émotionnellement plus empathique/chaleureuse augmentait de 40% les effets placebo comparativement à une prise en charge plus technique. Cette donnée renforce l'idée d'adopter une prise en charge centrée sur le patient ayant pour moteur la coopération et l'empathie.</p> <ul style="list-style-type: none">• Ethique : <p>Les auteurs nous expliquent que lorsqu'ils sont utilisés comme adjuvant aux meilleurs traitements médicaux, et qu'il n'y pas tromperie les effets placebo ne constituent pas un problème éthique.</p> <p>Limite : L'aspect éthique est traité de manière trop limité et nécessite d'avantage d'investigation.</p>
--	---

Auteurs	L. Colloca, M. Sigauo, F. Benedetti
Titre	The role of learning in nocebo and placebo effects
Type de document	Article de revue
Source	Pain
Date de parution	Mai 2008
Nb de pages	211-218 (7)
Plan	Introduction Matériel et méthode Résultats Discussion
Commentaires	<p>Mots clefs : Learning, nocebo, placebo, allodynia, hyperalgesia, conditioning, expectation.</p> <p>Résumé : L'article traite du rôle de l'apprentissage dans l'effet nocebo à l'aide d'un conditionnement.</p> <p>De nombreux articles démontrent que les suggestions verbales négatives amènent potentiellement une amplification de la douleur et une modulation de la perception somatosensorielle. A l'aide de l'imagerie cérébrale, il a été constaté que : l'augmentation de la douleur active le thalamus, l'insula, le cortex préfrontal et le cortex cingulaire et que l'attente d'une minoration de la douleur réduit cette activation. Dans une étude Keltner et al à l'aide d'indices visuels, a montré une augmentation de la douleur et des réponses cérébrales lorsque la stimulation nocive était devancée par un indice visuel suggérant une haute intensité. Benedetti et al ont aussi démontré que les suggestions verbales pouvaient amener des effets nocebo par l'intermédiaire de la cholécystokinine.</p> <p>Les attentes et le conditionnement ont été sujets à de nombreuses études pour l'effet placebo (analgésie) mais pas pour son antagoniste nocebo. En effet, il est reconnu que le soulagement de la douleur placebo est plus fort pour les patients ayant eu des expériences positives avec des analgésiques efficaces. L'impact des expériences positives ou négatives sur l'effet placebo indique donc la participation d'un apprentissage dans ce mécanisme</p> <p>Ainsi qu'en est-il du rôle de l'apprentissage pour l'hyperalgésie nocebo ?</p> <p>L'étude qui suit a donc comparé l'intensité de l'effet hyperalgésique nocebo face à des suggestions verbales seules et après un conditionnement afin de savoir si l'expérience préalable façonne les réponses nocebos.</p> <p>L'étude a été réalisée avec 116 personnes volontaires, les sujets ont été divisés en 4 conditions expérimentales puis placés au hasard dans l'un des 8 groupes.</p> <p>Les 3 conditions nocebo cherchaient à distinguer la modulation d'un stimuli douloureux à faible tact, haut niveau tactile et enfin faible</p>

intensité. La 4^{ème} condition composée de 2 groupes reproduisait l'étude sur l'apprentissage placebo.

Le seuil de perception tactile (t) et celui de la douleur ont été évalués (T). Afin de les familiariser au protocole, des stimuli verts ou rouges ont été effectués auprès des sujets.

Des suggestions verbales d'augmentation de la douleur ont été données, dans les 3 premières conditions, avant une stimulation de faible perception tactile (T-4, condition 1 groupe 1), de haute perception tactile (T-2, condition 2 groupe 3) ou douloureuse (1.5 T, condition 3 groupe 5). Les individus ont reçu pour information que le stimulus visuel vert se déclenchait avant un stimulus douloureux au niveau du majeur (cette électrode était en fait factice). L'autre information que les personnes ont reçue était que le stimulus visuel rouge se déclenchait avant une stimulation tactile faible (groupe 1), élevée (groupe 3) ou de faible intensité douloureuse (groupe 5). En réalité les stimulations étaient toutes de faibles perceptions tactiles pour le groupe 1, de haute perception tactile pour le 3, et douloureuse pour le 5.

Un pré-conditionnement a été fait pour les groupes 2, 4, 6 avec deux blocs de stimulations afin d'évaluer le rôle de l'expérience antérieure dans les effets nocebos. Des stimulations de faibles perceptions tactiles ont été faites pour le groupe 2, de hautes perceptions tactiles pour le 4 et douloureuses pour le 6 toutes associées avec la lumière rouge. Le second bloc de stimulations fut associé à la lumière verte et l'intensité augmentée à 2T pour les groupes 2 et 4 et 3T pour le 6. Un troisième bloc de stimulations a par la suite été effectué avec des séquences aléatoires de lumières vertes et rouges mais toutes les stimulations étaient de faibles perceptions tactiles (groupe 2), hautes perceptions tactiles (groupe 4) et douloureuse (1.5T groupe 6).

La 4^{ème} condition était composée de 2 groupes. Il a été donné des suggestions verbales seules de placebo pour le premier tandis que le second a eu les suggestions ainsi qu'un pré-conditionnement. Dans les deux groupes, les sujets ont été informés que le feu vert anticipait une stimulation analgésique au niveau du majeur (électrode factice). La lumière rouge une stimulation douloureuse.

Pour le groupe avec les suggestions seules les stimulations ont été faites à 2T (groupe 7). Pour le groupe conditionnement, deux blocs ont été faits, le premier à 2T avec une lumière rouge, le second à T-2 (perception tactile faible) avec la lumière verte afin de feindre une analgésie. Un troisième bloc à 2T pour toutes les stimulations a été effectué.

La douleur et la perception tactile ont été évaluées à l'aide d'une échelle numérique allant de 0 à 10.

L'étude avait pour but de montrer les apports de la suggestion verbale seule ou avec conditionnement aux effets placebo et nocebo.

Les résultats nous montrent que :

- Les stimulations accompagnées d'une lumière verte ainsi qu'une suggestion verbale d'aggravation avec ou sans conditionnement ont été en mesure de changer des perceptions tactiles (basses ou élevées) non douloureuses en douleurs.
⇒ L'effet nocebo a la capacité de produire des effets allodymiques.

- Les stimulations douloureuses de faibles intensités furent perçues comme étant de hautes intensités après suggestions verbales d'aggravation et ce avec ou sans conditionnement.
⇒ L'effet nocebo à la capacité de produire des effets hyperalgésiques.
- Les stimulations avec la lumière verte ainsi qu'une suggestion verbale d'analgésie n'ont pas réussi à induire un effet placebo alors qu'avec un conditionnement l'effet placebo était présent.
⇒ L'apprentissage n'a pas d'impact pour l'effet nocebo alors qu'il est primordial pour l'analgésie placebo.

L'apprentissage indiqué dans l'étude se réfère à l'influence de l'expérience antérieure sur un résultat ultérieur.

Plusieurs études ont démontré que l'apprentissage peut être inversé grâce à des suggestions verbales ultérieures. Les attentes jouent donc un rôle clef et peuvent briser un conditionnement. Pour cette étude, les attentes n'ont pas été évaluées, tout comme le caractère propre des individus (haut niveau de somatisation par exemple). Pour la pratique il est intéressant de noter que les suggestions verbales nocebo ont un pouvoir puissant et peuvent aggraver les symptômes.

Auteurs	Colloca Luana, Finniss Damien
Titre	Nocebo effects, Patient-Clinician communication, and therapeutic outcomes
Type de document	Article de revue
Source	JAMA, numéro 307
Date de parution	08/12/2012
Nombre de pages	1 page (567-568)
Plan	Aucun
Commentaire	<p>Mots clefs : Effet nocebo, contexte de soin, communication, interaction</p> <p>Les effets nocebos sont dus à des attentes négatives et sont l'inverse de l'effet placebo.</p> <p>Plusieurs facteurs influent sur l'effet Nocebo et Placebo tel que l'environnement thérapeutique ou le contexte psychosocial et agissent alors sur l'esprit, le cerveau et le corps du patient.</p> <p>L'importance des suggestions verbales et des expériences passées</p> <p>-Dans le cadre de l'effet Nocebo, ces deux éléments influent grandement sur l'apparition d'effets indésirables lors d'un traitement</p> <p>Comme pour l'effet placebo on a une interaction entre le contexte de soin et l'esprit/cerveau du patient</p> <p>L'effet Nocebo est capable de rendre une stimulation non douloureuse en stimulation nociceptive.</p> <p>La communication un axe important dans ces phénomènes :</p> <p>Expérience avec morphine, on présente 2 situations, les patients reçoivent de la morphine via un système de pompe informatisée. Dans le premier cas on indique que le système de perfusion va s'arrêter mais pas à quel moment et dans le second cadre on indique via des instructions négatives la cessation d'activité de la pompe.</p> <p>➔ Résultat la manière dont a été arrêté le traitement a fortement influé sur la douleur, l'anxiété et la motricité des patients.</p> <p>La communication est un élément important dans l'apparition de ces effets : Il faut donc se poser la question quant au discours à tenir avec le patient ainsi que sur la divulgation des effets négatifs d'un traitement</p> <p>Un équilibre à trouver :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Divulguer des informations cliniques importantes - Minimiser les instructions négatives ainsi que le contexte thérapeutique négatif <p>Savoir recadrer l'information pour être rassurant.</p> <p>Installer un cadre positif: donner une liste d'effets négatifs d'un traitement accroît la possibilité d'apparition de ces derniers, il est préférable d'amener un cadre positif avec des pourcentages par exemple pour minimiser l'impact de l'effet nocebo et limiter l'attention du patient sur ces effets néfastes.</p>

	<p>Guider le patient Aujourd'hui les patients arrivent en ayant fait des recherches sur leurs pathologies grâce à internet ou d'autres sources d'informations, ils nous incombent de clarifier ces informations et ainsi limiter l'effet nocebo qui pourrait être induit suite de mauvaises interprétations</p> <p>Conclusion : La communication et la divulgation d'information doit être adaptée à chaque patient afin de ne pas créer d'attente négative. Lors du soin un contexte de soin favorable grâce à une communication positive et claire doit être mis en place afin de minimiser l'impact de l'effet Nocebo.</p>
--	---

Auteurs	Stephanie Cornier
Titre	L'apport des attentes du patient à la gestion de la douleur chronique
Type de document	Article de revue
Source	Douleur
Date de parution	novembre 2017
Nb de pages	8
Plan	<p style="text-align: center;">Introduction</p> <p style="text-align: center;">La douleur chronique et sa gestion</p> <p style="text-align: center;">De l'effet placebo aux facteurs communs</p> <p style="text-align: center;">L'effet des attentes</p> <p style="text-align: center;">L'apport des attentes à la régulation de la douleur</p> <p style="text-align: center;">Rehausser les attentes et leurs effets bénéfiques</p> <p style="text-align: center;">Conclusion</p>
Commentaires	<p>Mots clefs : attente, douleur chronique, gestion de la douleur, effet placebo, facteurs non spécifiques, facteurs communs.</p> <p>Résumé :</p> <p>La douleur bien qu'universelle est propre à chacun, c'est une expérience subjective et désagréable, perceptible avec justesse seulement par l'individu atteint. La douleur ne se limite pas à l'atteinte de l'intégrité physique. De nombreux facteurs tels que l'état émotif et les processus cognitifs interviennent durant cette expérience. Certains facteurs peuvent même nuancer les résultats thérapeutiques du soulagement de la douleur, les avancées sur l'effet placebo démontrent l'impact des facteurs non spécifiques.</p> <p>On retrouve parmi ces facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les modalités d'administration des traitements - Le contexte du soin - Les caractéristiques propres au professionnel traitant - Les caractéristiques propres du patient - La relation soignant/soigné - Les attentes du patient <p>Les attentes sont l'objet de recherche par les professionnels car elles peuvent influencer fortement sur les résultats des traitements. Maitriser cet aspect pourrait donc améliorer la gestion de la douleur chronique.</p> <p>La douleur est composée ainsi de deux facettes : La dimension sensorielle et la dimension émotionnelle.</p> <p>La dimension sensorielle se compose des phénomènes neurophysiologiques dont la détection, la quantification de l'intensité, le décodage qualitatif et la localisation.</p> <p>La dimension émotionnelle quant à elle renvoie à la nature désagréable/insupportable de la douleur. Une dimension cognitivo-comportementale s'associe aussi au vécu douloureux et s'ajoute donc aux précédentes.</p> <p>Ces dimensions sont aussi liées au contexte social qui peut aussi influencer sur l'expérience douloureuse.</p>

Ces composantes diverses ont montré la nécessité d'une prise en charge multimodale pour une gestion optimum de la douleur.

Face à la douleur chronique de nombreuses interventions existent : traitement pharmaceutique, intervention médicale, approche physique ou encore psychologique. Ces outils à disposition des thérapeutes s'avèrent cependant peu efficace, car ils n'apportent qu'une réduction modérée de la douleur mais aucune amélioration de la qualité de vie ou du fonctionnement quotidien de la personne. Le constat est identique pour les approches multidisciplinaires.

Dès lors il convient de se **pencher sur une optimisation des traitements existants et pour cela la recherche sur les facteurs non spécifiques (placebo) apparaît prometteuse.**

L'effet thérapeutique d'un traitement résulte d'une part du traitement même (facteurs spécifiques) et d'autre part au contexte psycho-social (facteurs non spécifiques).

Dans le cadre de l'analgésie placebo, des mécanismes psychologiques complexes interviennent et parmi eux, les attentes et le conditionnement sont les plus étudiés.

Les recherches ont permis de faire la distinction entre « placebo » et « effet placebo », l'effet placebo peut tout à fait intervenir dans le contexte d'un traitement efficace. L'effet placebo peut donc être sollicité comme adjuvant au traitement.

La définition contemporaine de l'effet placebo renvoie à la notion de « facteur commun » apparu en 1930 dans le milieu de la psychothérapie. Cette dernière nous indique que les facteurs communs à toutes les approches psychothérapeutiques contribuent aux résultats qui s'en suivent, et ce, peu importe les stratégies thérapeutiques spécifiques mises en place.

Parmi ces facteurs communs on trouve :

- Le contexte du traitement (milieu du soin, disposition d'une pièce...).
- Les caractéristiques du patient et du professionnel traitant (les antécédents, les croyances face à la maladie, le statut, la croyance face au traitement prescrit).
- La relation de soin (niveau d'empathie, l'écoute...).

Il est donc utile d'inclure les travaux sur l'effet placebo et les facteurs communs aux interventions spécifiques afin d'optimiser les résultats dans le soulagement de la douleur chronique.

Les attentes du patient ont fait l'objet de nombreuses études et sont considérées comme une sous-catégorie des effets non spécifiques. A ce titre elles interfèrent aussi sur les interventions. Les dernières études nous révèlent que les attentes sont des médiateurs fondamentaux des réponses psychophysiologiques qui s'effectuent dans le contexte de l'effet placebo.

Les attentes sont définies comme étant la probabilité anticipée de l'occurrence d'un résultat qui survient à la suite d'un comportement ou d'une situation particulière. Elles peuvent être positives ou négatives, les résultats anticipés peuvent survenir de cause interne ou externe au patient. Les causes externes se réfèrent à l'environnement (approbation sociale par exemple) tandis que les causes internes aux réactions propres du patient (douleur par exemple).

Deux modèles théoriques amenés par Bandura et Kirsch sont proposés pour correspondre au contexte de la santé.

Bandura donne une place importante au sentiment d'auto-efficacité. Ce sentiment est défini comme la croyance qu'entretient un individu vis-à-vis de sa capacité à produire un comportement duquel résulte des conséquences convoitées. Kirsch quant à elle évoque le concept d'attente comme étant l'anticipation de réactions automatiques et subjectives en réponse à diverses situations.

Outre ces deux modèles, les attentes sont propres à chaque individu mais aussi soumises à leur compréhension du monde et fait donc intervenir le contexte socioculturel. Elles sont issues d'expériences directes et indirectes (intégration d'information, exposition à un comportement et ses conséquences...). Le processus des attentes est donc subjectif mais aussi dynamique.

Dès lors la communication ou un couplage entre un événement et une conséquence peut modifier les attentes.

Des attentes positives s'associent à de meilleurs résultats thérapeutiques. Dès lors se pencher et élucider ce phénomène s'avère intéressant pour la problématique de la gestion de la douleur chronique. Les attentes agissent sur la régulation de la douleur (réponse spinale et supra spinale). L'expérience de contre stimulation (basée sur le fait qu'une première douleur est inhibée par une seconde douleur) modifiait les attentes via des suggestions verbales. Les individus recevaient comme information que la seconde stimulation diminuerait ou augmenterait la première douleur.

⇒ Résultat, les attentes d'analgésie ont permis de potentialiser cet effet que ce soit dans la perception de la douleur comme pour la réponse spinale (reflexe de flexion lors de stimulus nociceptif)

Les attentes d'hyperalgésie ont quant à elle bloqué l'effet analgésique. Au niveau thérapeutique les bénéfices attendus par les patients sont corrélés à une amélioration fonctionnelle.

La genèse d'attentes positives permet en outre une diminution d'émotion négative et la satisfaction envers le traitement.

Une étude menée par Cormier et al (2016) s'est intéressée aux attentes avant traitement (attente de soulagement, attente d'amélioration fonctionnelle et de la qualité de vie). Ces dernières ont ainsi été mises en confrontation avec les résultats des patients après traitement (intensité douloureuse, dramatisation face à la douleur, changement perçu, satisfaction du traitement).

⇒ Résultat les personnes ayant eu des attentes optimistes ont eu de meilleurs résultats thérapeutiques.

Quel est donc le processus liant les attentes à la régulation de la douleur ? Des études évoquent la modulation de la douleur par le système opioïde endogène grâce aux attentes analgésiques. D'autres relient l'hyperalgésie nocebo à la cholécystokinine, jouant un rôle dans les réponses anxieuses notamment. Il est donc possible de faire un lien entre effet nocebo et niveau d'anxiété tout en associant les attentes modulant ce dernier.

L'évaluation des attentes préalable au traitement même peut servir à améliorer la régulation de la douleur. Cette évaluation servirait de guide pour le thérapeute pour l'élaboration du traitement. Cette étape pourrait ainsi contrecarrer les influences des attentes sur le traitement. La rencontre et l'échange avec le patient peut permettre de clarifier les attentes de ce dernier. Actuellement peu d'outils permettent d'évaluer le niveau d'attente. Des échelles numériques ou catégorielles peuvent être mises en place, quantifiant le soulagement de la douleur attendu, l'attente d'amélioration, de dégradation, ou l'absence de changement. A ces outils une communication claire doit être ajoutée afin de limiter les attentes à la période et au résultat thérapeutique qui nous intéresse. Les attentes positives peuvent être apportées par la qualité de la relation de soin ainsi qu'à celle du contexte thérapeutique. Ainsi, l'écoute active, l'empathie et l'appréciation du point de vue du patient sont aussi des outils à notre disposition pour poursuivre ce but. L'approche éducative du patient corrélée avec des rencontres informatives pourraient réorienter les attentes en termes de résultats et favoriser l'instauration d'attentes positives.

Ce type de prise en charge est donc centré sur le patient et vise à optimiser les bénéfices des prises en charge via des traitements basés sur les besoins spécifiques de la personne.

Face à la douleur chronique et au problème de santé majeur qu'elle pose, l'apport de la recherche sur l'effet placebo offre de nouveaux outils à disposition des thérapeutes. Les attentes ont la capacité de modifier les résultats thérapeutiques de nos soins il serait dès lors préjudiciable de les négliger qui plus est lors d'interventions pour soulager les douleurs chroniques.

Auteurs	Finniss Damien G, Kaptchuk Ted J, Miller Franklin, Benedetti Fabrizio
Titre	Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects
Type de document	Article de revue
Source	The Lancet
Date de parution	Février 2010
Nb de pages	686-695 (9)
Plan	Introduction Conceptual background Mechanisms of placebo effects Implication for clinical practice Ethical principles of enhancing placebo effect in clinical care Conclusion
Commentaire	<p>Mots clefs : placebo, implication, enhancing, clinical care, ethics</p> <p>L'effet placebo est un mécanisme psychobiologique qui est relié au contexte thérapeutique. Il n'est pas nécessaire d'y avoir la prescription d'un placebo pour obtenir un effet placebo.</p> <p>Au niveau de l'histoire du placebo, ce terme existe depuis très longtemps, les premiers « contrôle placebo » ont été fait au niveau religieux et des exorcismes/possessions au XVI siècle par exemple, puis au niveau médical pour distinguer les traitements inoffensifs améliorant le confort des patients au XVIII siècle.</p> <p>L'effet placebo a entraîné une confusion autour de lui avec l'association faite dans les essais contrôlés randomisés (la réponse placebo peut être due à l'évolution naturelle de la maladie, la régression des symptômes etc....).</p> <p>La réponse globale lors de l'administration d'un traitement actif comprend le résultat du traitement ainsi que le contexte thérapeutique. D'un point de vue psychologique beaucoup de mécanismes entrent en jeu dans l'effet placebo ; Les attentes, le conditionnement, la mémoire, l'apprentissage, la motivation, la réduction de l'anxiété.</p> <p>Il n'existe pas un seul effet placebo mais plusieurs ayant un rôle sur la douleur, la maladie de Parkinson, la dépression, l'anxiété, l'addiction sur le système immunitaire, le système cardiaque, le système respiratoire, le système endocrinien, les performances physiques ou encore la maladie d'Alzheimer.</p> <p>Les principaux mécanismes du placebo au niveau psychologique sont les attentes et le conditionnement. Le conditionnement renforce l'effet placebo mais est difficilement distinguable des attentes.</p> <p>Au niveau des mécanismes neurologiques, les recherches se sont concentrées sur les réponses de l'analgésie placebo et donc en terme de mécanismes opioïdes et non opioïdes.</p> <p>Les effets placebo analgésiques peuvent être inversés par la nalaxone qui est l'antagoniste de l'opioïde et inhibés par la cholécystokinine. La libération d'opioïde dans les effets placebo est localisée à des endroits spécifiques du corps et cette spécificité est inversée par la nalaxone ce qui démontre donc que la libération d'opioïde est endogène et hautement spécifique plutôt que généralisée. Les réponses placebo ne</p>

touchent pas que les voies de la douleur mais aussi la dépression respiratoire, la diminution de la fréquence cardiaque et la diminution de l'activité bêta adrénergique.

En outre, certains effets placebo sont médiés par des mécanismes non opioïdes (libération de neurotransmetteurs, neuromodulateurs). Ces autres mécanismes ne sont que peu compris actuellement. Les effets nocebo quant à eux n'ont pas pu être étudiés en profondeur au niveau neurologique par rapport à des questions éthiques. La cholécystokinine joue un rôle fondamental dans l'hyperalgésie nocebo et est liée à des mécanismes d'anxiété anticipative. Il a aussi été démontré que cet effet active des zones différentes que l'effet placebo comme l'hippocampe ainsi que les zones en lien avec l'anxiété anticipative.

L'effet placebo a été étudié la plupart du temps sur une courte durée lors d'expérience en laboratoire, pour les réponses à long terme l'investigation s'est limitée aux essais cliniques randomisés.

Ces essais étaient limités cependant par l'absence de groupe composé de personne ne recevant aucun traitement afin de prendre en compte l'histoire naturelle de la maladie (régression).

Dans la pratique des études ont montré **que les effets placebo pouvaient varier en fonction du praticien et aussi selon la méthode de délivrance. Une étude comportant des patients ayant des douleurs chroniques au bras a pu montrer que les traitements placebo même n'ont pas le même effet.** Dans un des groupes il a été donné aux patients une pilule inerte et dans l'autre les personnes bénéficiaient d'un traitement d'acupuncture placebo. Les résultats après 2 semaines étaient en faveur d'un plus grand soulagement fonctionnel pour le groupe « pilule » (sommeil amélioré) mais le soulagement de la douleur pour les deux groupes était semblable. A la fin de l'étude (6 semaines) le groupe « acupuncture » avait un plus grand soulagement à la douleur. **La durée de délivrance ainsi que la « plainte » initiale ont amené les placebos à avoir des effets différents.** Dans le cadre des effets nocebo, des informations sur les effets indésirables des différents traitements ont été fournies aux patients et là encore les effets étaient différents entre les groupes.

Les études ouvertes cachés ont permis de clarifier l'implication placebo, ces études repose sur un traitement qui sera administrer de façon ouverte au patient avec un contexte de soin (interaction soignant/soigné) et l'administration caché d'un traitement (pompe par exemple). **L'effet placebo est donc la différence de résultat entre ces deux traitements, et ce même en l'absence de placebo (le contexte psychosocial étant soustrait dans l'administration caché).**

Tous les traitements sont effectués dans un cadre psychosocial et ce cadre peut activer et modifier des effets placebo.

L'effet placebo combiné a un traitement actif améliore les résultats d'un traitement.

Une étude sur des soins dentaires a montré que la croyance du thérapeute entraine aussi en jeu dans le contexte de soin. Dans cette étude, il a été indiqué aux soignants qu'un des groupes ne recevrait pas d'analgésique et dans ce groupe la réponse placebo a été plus faible.

Limite : peu d'études traitent de l'effet placebo sur le long terme.

Auteurs	John T. Fortunato - Jason Adam - Daniel Londyn Menkes
Titre	When Respecting Autonomy Is Harmful: A Clinically Useful Approach to the Nocebo Effect
Type de document	Article de revue
Source	The American journal of bioethics: AJOB
Date de parution	Juin 2017
Nb de pages	36-42 (6)
Plan	Background : the landscape of ethic, nocebo effects, and disclosure Reconsidering ethical obligations and nocebo risks : a clinical perspective Conclusion
Commentaires	<p>Mots clefs : nocebo effect, placebo effect, disclosure, informed consent, ethics</p> <p>Résumé :</p> <p>De nombreux articles ont été consacrés à l'effet placebo mais peu sur son effet antagoniste qu'est l'effet nocebo. Cet effet est caractérisé par des effets négatifs provenant d'attentes négatives du patient.</p> <p>Le consentement du patient est primordial dans la pratique clinique mais lorsque des effets négatifs surviennent à la suite d'une divulgation d'information alors les thérapeutes sont confrontés à un dilemme entre l'autonomie du patient et la non-malfaisance.</p> <p>L'autonomie a un rôle sacré dans le paysage de l'éthique clinique (1970 à 2000) et sert de contrepoids à la pratique paternaliste mise en place précédemment. Pourtant des limitations de l'autonomie visant l'intérêt supérieur du patient devraient être éthiquement acceptables pour les patients sujets à l'effet nocebo. Rappelons encore une fois que ces effets proviennent des attentes négatives du patient et non du traitement même. Ainsi c'est donc la divulgation d'information qui est la cause de ces effets.</p> <p>L'effet nocebo est réel est significatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une étude menée par Schweiger et Parducci, avait montré que deux tiers des patients ont signalé un mal de tête lorsqu'ils ont été faussement amenés à croire que des courants électriques passaient à travers leurs crânes. - Divulguer des effets secondaires augmente leurs apparitions <p>Ce dilemme de la divulgation d'information à provoquer de nombreux débats, pour certains la non divulgation d'effets secondaires est acceptable lorsque les patients sont en extrême détresse tout comme refuser certaines informations a des patients jusqu'à que ces derniers puisse prendre des décisions en tout état de cause.</p> <p>Il existe donc une atténuation de l'autonomie en faveur d'un meilleur intérêt chez le patient mais ce sont les facteurs mentaux et psychologiques qui permettent l'acceptation de cette possibilité.</p> <p>Il faut noter que les patients ayant un fort taux de somatisation sont d'autant plus concernés par les effets nocebo. Wells et Kaptchuk ont proposé que les symptômes non spécifiques soient des candidats à la non-divulgation tandis que les effets secondaires plus spécifiques plus graves devraient être divulgués. Néanmoins cette distinction</p>

symptômes spécifiques et non spécifiques ne suffit pas à résoudre tous les problèmes cliniques et éthiques liés au nocebo.

- Difficulté de distinguer un symptôme spécifique d'un non spécifique.
- Les symptômes non spécifiques peuvent être perçus par le patient comme trop importants et ainsi provoquer la non observance du traitement.
- Un symptôme non spécifique n'en est pas moins sévère.

Dès lors la spécificité n'a que peu d'impact sur la non divulgation et l'éthique puisque le degré de nocivité des effets nocebos (spécifiques ou non) dépendra du degré auquel tout effet secondaire peut apparaître uniquement de la suggestion.

L'effet nocebo est spécifique au patient et individualisé et donc complexe à maîtriser pour le thérapeute.

Wells et Kaptchuk propose alors un « **consentement éclairé contextualisé** » **prenant en compte les effets secondaires possibles, la personne et la maladie** afin d'adapter l'information sur les effets secondaires pour proposer le plus de transparence possible et éviter les dommages potentiels. Le cadrage de l'information proposé par Colloca et Miller peut aussi atténuer l'effet nocebo.

Ces solutions peuvent donc atténuer ces effets mais ne les résolvent pas. Le respect de l'autonomie du patient qui fait partie intégrante du consentement éclairé est au cœur du débat éthique. L'autonomie doit-elle primer sur l'intérêt supérieur du patient ? Cette autonomie est basée sur les croyances du patient et peut donc ne pas correspondre à ce que les thérapeutes jugent comme étant dans leur meilleur intérêt.

Cette autonomie ne devrait pas être valorisée au-delà de la non-malfaisance dans l'analyse éthique de non divulgation d'information.

L'apparition d'effets secondaires est souvent déclenchée par la présentation de ces derniers par le médecin ainsi qu'à la perception de cette présentation par le patient. Ainsi la responsabilité morale des thérapeutes est importante lorsqu'ils induisent des effets nocebos mais aussi lorsqu'ils veulent les minimiser.

Dès lors même si la norme éthique impose une divulgation complète des informations cette dernière n'est pas possible du fait du caractère « dynamique » des effets nocebos.

Le débat sur ces effets n'a jusqu'aujourd'hui apporté aucun consensus sur les meilleures pratiques éthiques à adopter, ni sur les approches cliniques appropriées.

La proposition faite dans cet article est **que la non-divulgation des effets secondaires soit rendue éthique pour les traitements à potentiel nocebogénique et ce sur la base de la non-malfaisance**, même au détriment de l'autonomie en tant que consentement en toute connaissance de cause au début du traitement. Un suivi du patient est proposé afin de maximiser la protection de ce dernier et apporter une décision éclairée quant à la poursuite du traitement. Un rendez-vous de suivi ou une consultation téléphonique pour recueillir des données physiologiques et auto-déclarées pour déterminer les effets secondaires du patient et évaluer la poursuite ou non du traitement.

L'autonomie peut être préservée en partie par un protocole de suivi actif où les médecins (ou représentant du médecin) utilisent des questions ouvertes et fermées pour recueillir les informations. Celles-ci seraient

ainsi de meilleures qualité et proche de l'expérience du patient. Lorsque des effets nocebo apparaissent chez le patient, les questions ouvertes/fermées ont pour but de restaurer son autonomie favorisant ainsi le consentement éclairé (car ses décisions seront de plus en plus éclairée).

Cet assouplissement du consentement éclairé est rendu nécessaire du fait de l'avancée technologique et pharmacologique de la médecine.

Les études montrent que certains patients sont plus sujet à développer des effets nocebos (patients avec un fort taux de somatisation). Ces effets sont complexes relevant de mécanismes comme :

- L'activation induite par l'attente du circuit de récompense cérébrale
- Le conditionnement pavlovien.
- Les mécanismes anxieux.
- Le genre de la personne.

Ou encore contributions sociales telles que :

- Les messages négatifs de l'environnement de soin.
- Les messages négatifs du milieu social et psychologique du patient.
- Le gain secondaire.

Ainsi déterminer le potentiel nocebogénique d'un patient individuel pour un traitement en particulier est difficile. Les messages produits par les médecins ne sont qu'une partie des influences favorisant les nocebos. Dès lors l'amélioration de la divulgation ne suffit pas à résoudre le problème et rend la non-divulgation nécessaire.

Une littérature naissante existe sur les traitements ayant un fort potentiels nocebo et les taux auxquels les effets nocebos sont ressentis. Elle pourra, bien que peu développée à l'heure actuelle, aider les soignants pour savoir les traitements nécessitant un examen de la non-divulgation. Plutôt que de se concentrer sur le potentiel nocebo des médicaments, la recherche devrait se pencher sur la probabilité individuelle d'un patient à les éprouver. Des scores élevés de somatisation, des antécédents cliniques observés de somatisation ou encore des antécédents de réactions indésirables et une référence non spécifique de symptômes sont autant d'éléments augmentant la probabilité d'effet nocebo. Ces données sont facilement accessibles pour un clinicien et lui permettront d'utiliser ou non la non-divulgation. La confiance dans la relation soignant/soigné dépend de la perception du patient envers ce que lui apporte son soignant et moins de l'adhésion des normes strictes d'autonomie ou de consentement éclairé. Pour beaucoup de patient leur décision finale est basée sur le jugement du médecin.

Une limite à cette proposition est toutefois à noter. L'apparition d'effets indésirables graves et non divulgués pose problème au niveau juridique mais pas nécessairement au niveau éthique. Dans de nombreux cas des signes précurseurs peuvent nous interpeller et un suivi intensif peut être ainsi mis en place afin d'éviter cette situation.

La recherche devrait se concentrer sur les facteurs de risques du patient plutôt que sur les médicaments.

Auteurs	Jairo N. Fuertes, Arielle Toporovsky, Mariela Reyes, Jennifer Bennett Osborne
Titre	The physician-patient working alliance : Theory, research and future possibilities
Type de document	Article de revue
Source	Patient Education and Counseling
Date de parution	Avril 2017
Nb de pages	610-615 (5)
Plan	Abstract Introduction Methods Results Discussion and conclusion
Commentaires	<p>Mots clefs : Physician-patient, working alliance, treatment, empathy</p> <p>Résumé :</p> <p>L'alliance soignant/soigné est un gage de qualité du soin. L'alliance de travail repose sur plusieurs éléments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dimension cognitive - Dimension émotionnelle - La communication - Les accords - L'établissement d'objectif - La confiance <p>L'adhésion et la satisfaction du patient sont des éléments importants pour la relation de soin ainsi que pour obtenir des résultats thérapeutiques positifs.</p> <p>L'alliance de travail est donc liée aux attentes, à la satisfaction ainsi qu'à l'observance des médecins et des patients. Elle représente, l'accord entre les deux parties du soin dans la définition des objectifs du traitement et ce qu'il faut mettre en place pour les atteindre ainsi que la confiance et la sympathie nécessaire entre les parties.</p> <p>Il est important de prendre en compte les facteurs comportementaux et sociaux lors d'une prise en charge comme indiqué dans le modèle biopsychosocial défini par Engel en 1977.</p> <p>La relation de soin a toujours existé mais ce n'est que depuis peu qu'elle est reconnue comme essentielle pour un traitement approprié.</p> <p>Dans toute relation, la confiance prime, or cette confiance est difficile à définir. Elle comprend des facteurs cognitifs, affectifs et comportementaux.</p> <p>Une confiance faible peut entraîner : une diminution de la satisfaction du patient et de l'adhésion au traitement mais aussi une diminution de l'amélioration des symptômes.</p> <p>La confiance permet au patient de confier leurs comportements liés à la santé plus facilement et d'être plus enclin à suivre les recommandations du thérapeute.</p> <p>L'empathie est aussi un mécanisme de base de la relation de soin et repose sur les mêmes facteurs que la confiance.</p>

	<p>L'alliance de travail est représentée par l'empathie. Afin que cette alliance fonctionne il faut une collaboration soignant/soigné via un contrat entendu. Ce contrat fixe les objectifs du traitement mais les moyens d'y parvenir peuvent être sujets à discussion entre les deux acteurs du soin à savoir le patient et le thérapeute.</p> <p>Afin de promouvoir la confiance, les thérapeutes peuvent utiliser des interventions verbales et non verbales ce qui peut démarrer l'alliance de travail. Le renforcement de cette alliance peut amener une plus grande, adhérence au traitement, satisfaction, et de meilleurs résultats thérapeutiques.</p> <p>La « non observance du traitement » est un problème récurrent dans le soin. La plus part des plaintes pour faute professionnelle sont liées à un manque de collaboration dans les décisions de soin ou la perception d'un thérapeute indifférent.</p> <p>Limite : il faut que le patient soit motivé pour que la relation soignant/soigné fonctionne.</p>
--	---

Auteurs	Laurence N. Benz et Timothy W. Flynn
Titre	Placebo, Nocebo, and Expectations: Leveraging Positive Outcomes
Type de document	Article de revue
Source	Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy (volume 43)
Date de parution	01/07/2013
Nombre de pages	2 (439-441)
Plan	Aucun
Commentaire	<p>Mots clefs : Attente du patient, communication, physiothérapeute.</p> <p>Les attentes du patient, un élément important de la prise en charge : Une étude sur les douleurs au niveau du cou a démontré que le lien entre les attentes du patient envers une technique (thérapie manuelle) et les résultats d'un traitement étaient un élément important à prendre en compte lors d'une prise en charge (Bishop et al, 2013). De ce fait des attentes positives sur une technique ou traitement engendre des effets positifs tandis que des attentes négatives peuvent altérer l'efficacité du soin.</p> <p>Dès lors on peut se demander si en tant que physiothérapeute nous intégrons les attentes du patient ? Influence-t-on les résultats de nos soins avec des suggestions verbales positives ou négatives ? Et enfin, est-ce que nous intégrons l'effet Placebo dans notre boîte à outil de thérapeute ?</p> <p>Longtemps considéré comme une réponse psychologique au soin l'effet Placebo et Nocebo seraient plus des réponses psychobiologiques face aux interactions avec la santé</p> <p>L'intervention du clinicien est déterminante pour ces effets. Une étude sur trois groupes de patients atteints de côlon irritable (groupe 1 sur liste d'attente, groupe 2 reçoit un traitement d'acupuncture placebo avec aiguilles rétractables et groupe 3 reçoit l'acupuncture placebo et une relation de soin rassurante) et ce pendant 3 semaines. Les résultats pour le soulagement de la douleur sont respectivement de 28%, 44% et 62% après les 3 semaines (les mêmes pourcentages ont été établis après encore 3 semaines de suivi supplémentaires) ce qui montre bien l'impact de la relation soignant/soigné, ainsi que l'effet durable de ce phénomène. (Kaptchuk et al 2008)</p> <p>L'effet Nocebo est lui aussi influencé par la communication, intégrer des suggestions négatives (douleur possible sur un exercice par exemple) entrainera une augmentation de l'apparition de la douleur alors que si cette suggestion n'avait pas été faite le taux d'apparition de ces douleurs aurait été moindre.</p> <p>Le physiothérapeute a un lien privilégié : Comme nous passons beaucoup de temps avec les patients nous avons un impact particulier sur les effets positifs de l'effet placebo. Certains facteurs peuvent être travaillés notamment : la communication, les attentes du patient, l'atmosphère du lieu de soin etc...</p>

	<p>La place du placebo dans notre boîte à outil est à égalité voir plus élevé que les traitements physiques même. Il est donc précieux de comprendre les attentes du patient et s’y adapter afin d’améliorer l’expérience de soin et de bénéficier d’un contexte positif améliorant les traitements. Les valeurs du patient influencent ainsi le soin et sont à respecter, comprendre et intégrer dans nos prises en charge.</p>
--	--

Auteurs	Marianne Schmid Mast
Titre	On the importance of nonverbal communication in the physician–patient interaction
Type de document	Article de revue
Source	Patient Education and Counseling
Date de parution	Aout 2007
Nb de pages	315-318 (3)
Plan	Introduction Verbal and non verbal behavior
Commentaires	<p>Mots clefs : Physician–patient communication; Nonverbal behavior; Gender</p> <p>Résumé :</p> <p>La communication non verbale est un phénomène important pouvant avoir un effet sur les résultats des patients. Mis en lumière par la nécessité d’effectuer des essais en double aveugle afin d’éliminer cet impact.</p> <p>Ex : si le praticien sait qu’il va fournir le médicament actif il peut trahir le secret auprès du patient par un sourire/ dans le cas du placebo il peut avoir des expressions vides.</p> <p>Le comportement non verbal est défini comme sans contenu linguistique (regard, hochement de tête, ton de la voix, temps de parole) C’est le contexte qui régit l’importance de la communication non verbale. Exemple : Une situation ambiguë nécessite des indices non verbaux afin de mieux la comprendre.</p> <p>Il a été mis en lumière que le médecin et le patient ont des comportements congruents durant une consultation (regard, posture) mais que l’aspect « dominance » évaluée en terme de temps de parole est asymétrique en faveur du médecin.</p> <p>La recherche a étudié comment le comportement non verbal du médecin affectée la vision du patient vis-à-vis de ce dernier (exemple : satisfaction). Mais l’inverse aussi, avec par exemple : le diagnostic.</p> <p>Bensing et al ont pu montrer que l’observation du patient par le médecin peut l’aider à reconnaître une détresse psychologique chez un patient.</p> <p>La satisfaction du patient est liée à la capacité d’expression du médecin. Une étude menée par Griffith et al a montré que des patients avaient un niveau de satisfaction plus élevé quand le médecin souriait, avait un contact visuel important avec le patient, un ton et un visage expressif, et faisait beaucoup de gestes.</p> <p>Les signaux non verbaux peuvent signifier plusieurs choses différentes selon le contexte. Exemple : un regard échangé dans une relation amoureuse peut être un gage d’intimité alors qu’entre deux étrangers cela peut être une menace.</p> <p>Différence des genres masculins/féminin des thérapeutes (les femmes thérapeutes ont un niveau plus élevé de satisfaction, grâce à un meilleur</p>

	<p>contact visuel avec le patient, le ton de la voix qui est plus doux entre autre).</p> <p>Des facteurs comme les caractéristiques propres du patient ou du médecin entre donc en jeu (âge, sexe, niveau d'éducation...).</p> <p>La formation à la communication non verbale peut permettre d'améliorer la satisfaction du patient ainsi que son observance envers le soin.</p> <p>Limites : le comportement non verbal des patients est peu étudié. Adaptation nécessaire pour chaque patient. Indices non verbaux qui ont plusieurs sens.</p>
--	--

Auteurs	Franklin G. Miller - Luana Colloca
Titre	The placebo phenomenon and medical ethics: Rethinking the relationship between informed consent and risk–benefit assessment
Type de document	Article de revue
Source	Theoretical Medicine and Bioethics
Date de parution	Aout 2011
Nb de pages	229-243 (14)
Plan	Abstract The implication of placebo research Philosophical interlude Implication for informed consent The way forward
Commentaires	<p>Mots clefs : Placebo response, Nocebo effect, Informed consent, Risk–benefit assessment</p> <p>Résumé :</p> <p>Les avancées technologiques ont permis à la médecine de s’améliorer grandement. La guérison contemporaine s’appuie sur le diagnostic guidé de la maladie, les médicaments, la technologie ainsi que les dispositifs et interventions chirurgicales. Laissé dans l’ombre, se trouve la rencontre clinique médecin/patient comprenant l’effet placebo, la communication verbale et non verbale, le conditionnement ainsi que le rituel de la thérapie.</p> <p>La recherche sur l’effet placebo pose un problème éthique : La recherche placebo demande de repenser la relation entre l’évaluation des risques/avantages et le consentement éclairé. L’évaluation des risques repose sur les bénéfices du traitement (balance bénéfices/risques, choix du médecin) tandis que le consentement éclairé sur l’autonomie (informer le patient sur cette balance). Ce sont deux notions indépendantes mais qui interagissent.</p> <p>L’information donnée au patient peut influencer les avantages et les risques du traitement. La divulgation d’informations ne communique pas seulement les avantages et les risques des traitements. Les attentes du patient sont sensibles à la communication verbale et peuvent influencer positivement ou négativement sur le soin. Les interventions placebo avec des attentes positives produisent un bénéfice dans le soulagement des symptômes en particulier sur la douleur. Par exemple : dire à une patiente souffrante qu’elle va recevoir un puissant analgésique produit ou améliore les réponses analgésiques. Le rituel de soin ainsi que le contexte environnemental sont également importants dans la création d’attentes.</p> <p>Les informations que l’on donne ont ainsi un pouvoir puissant. Une pilule placebo donnée à un patient avec une communication verbale lui indiquant qu’il s’agit d’un fort analgésique créera plus d’attente positive et aura une efficacité tandis que la même pilule donnée et présentée comme étant sans principe actif ne soulagera pas le patient (ou bien moins). En 2009, deux essais cliniques contrôlés en double</p>

aveugle n'ont montré aucune différence, en termes de soulagement de la douleur, entre vertébroplastie (injection de ciment dans la colonne vertébrale pour stabiliser une fracture) et fausse intervention invasive sans injection de ciment. Par contre un essai randomisé, non aveugle, comparant la vertébroplastie à un traitement médical conservateur a montré une amélioration importante de la douleur en faveur de la vertébroplastie. On peut donc interpréter ses résultats par le fait que ce n'est pas l'injection de ciment qui est efficace mais la réponse placebo. Un patient souffrant de douleur vertébrale (due à une fracture) qui consulterait un praticien lui expliquant l'intervention comme tel : « Ce n'est pas l'injection de ciment qui provoquera votre soulagement mais l'effet placebo. Vous pouvez tout de même tenter l'intervention pour obtenir une réponse placebo ». Ce patient n'aura pas le même bénéfice que celui qui aura reçu une divulgation d'information standard. La divulgation d'information a donc un pouvoir important. Une recherche expérimentale, a manipulé la façon dont une intervention «inerte» placebo a été présentée aux patients :

- Décrit comme antidouleur puissant => réponse analgésique plus importante
- Décrit à la manière d'un essai double aveugle (50% de chance d'avoir soit un traitement analgésique soit un placebo) => réponse moins importante

La façon de décrire les interventions ont donc un impact sur le soulagement des patients. Dès lors la balance bénéfique/risque est liée au consentement éclairé d'une façon nouvelle.

L'information divulguée par un thérapeute à un patient sur les effets secondaires d'un médicament entraîne l'apparition plus fréquente de ces effets (c'est donc l'effet Nocebo qui entre en jeu). Là encore la balance bénéfice/risque et le consentement éclairé sont intriqués et non plus indépendant. Or la médecine contemporaine part du principe que les informations divulguées sur les avantages et les risques sont secondaires et déterminées par l'évaluation des risques. L'information peut influencer les avantages et les risques des traitements symptomatiques non pas seulement dans la perception/évaluation qu'ont les patients vis-à-vis de ces risques mais dans les résultats même du traitement créant des avantages et risques qui n'existeraient pas autrement.

La réflexion éthique sur la divulgation de l'information s'est concentrée sur les interventions invasives ou à fort taux de toxicité prodigués aux patient afin de les soigner (milieu hospitalier surtout). Cependant les impacts informationnels pour les résultats de ces types de traitements seront minimales (aucune preuve que les réponses placebo puissent guérir le cancer ou réduire les tumeurs). Mais pour les affections chroniques telles que les lombalgies, arthrite, migraine et autres, l'impact est réel.

Dans les essais contrôlés par placebo on recherche les avantages spécifiques du traitement. Si nous reprenons l'exemple de la vertébroplastie contre le traitement conservateur, le soulagement est bien réel et il reflète la réponse placebo plutôt que l'efficacité spécifique (la vertébroplastie n'a pas montré de plus grand soulagement face à une intervention placebo invasive).

Pour l'effet placebo les variations contextuelles ne sont pas dues aux interventions (traitements) même mais au contexte d'application de ces dernières.

Les effets placebo et nocebo ne sont pas que subjectifs. L'amélioration de la mobilité dans le cadre de la maladie de Parkinson représente un résultat objectif qui peut être modifié par les attentes reflétant l'effet placebo et nocebo. Ces effets objectifs peuvent aussi être contextuels puisqu'ils varient selon la façon dont les traitements symptomatiques sont présentés au patient et selon la divulgation d'information.

De ce fait l'évaluation des risques et bénéfices des traitements symptomatiques est relative du fait du contexte informationnel qui peut la modifier.

Les essais cliniques randomisés ne prennent pas en compte ce contexte informationnel actuellement.

Les études sur l'effet placebo et nocebo nous montre l'importance d'explorer la subjectivité inhérente ainsi que la relativité contextuelle des réponses des patients. Les avantages et les risques ne pouvant être déterminés indépendamment des effets de la divulgation d'information et d'autres effets contextuels il nous faut donc investiguer ces effets.

Conséquences pour le consentement éclairé

Le modèle de « bienfaisance » de la divulgation d'information/consentement et le modèle d'autonomie ont été distingué par Faden et Beauchamps. Le modèle de bienfaisance ne se préoccupe pas de promouvoir l'autodétermination du patient grâce à une autorisation autonome des décisions de traitement. Il communique les informations (jugement clinique expert) pour promouvoir les meilleurs intérêts médicaux des patients. Seul le modèle d'autonomie tient pleinement compte du consentement éclairé. L'effet placebo et nocebo rend toute dichotomie stricte de ces deux modèles.

- La divulgation d'information permet de promouvoir et respecter l'autonomie et de maximiser les avantages et minimiser les risques.
- La relativité contextuelle des attentes du patient et leurs impacts sur le traitement nous montre que cette divulgation d'information sur les avantages/risques n'est pas neutre sur les avantages et risques qui pourraient en résulter.

Ainsi comment promouvoir les effets placebo et minimiser les effets nocebo pour améliorer les soins sans porter préjudice au respect d'autonomie ?

Des essais contrôlés ont démontré que l'acupuncture traditionnelle pour la lombalgie n'est pas meilleure qu'une intervention faciale (aiguilletage superficiel au niveau de points de non-acupuncture) mais que ces soins étaient bien meilleurs en terme de résultats qu'un traitement traditionnel. Que doit faire le médecin ? Est-il suffisant qu'il indique que l'acupuncture produit un plus grand soulagement que les traitements traditionnels ? Qu'un traitement d'acupuncture factice est aussi efficace qu'un traitement d'acupuncture traditionnel ?

On pourrait invoquer la malhonnêteté de ces médecins fournissant des attentes positives sur des traitements ayant reçu peu de preuves de leur efficacité spécifique. Ces allégations ne tiennent pas puisque la preuve substantielle que des attentes positives apportent des résultats bénéfiques réduit cette accusation. Les médecins pourraient dans la

	<p>mesure du possible recommander des traitements spécifiques afin de promouvoir l'effet placebo et ce sur la base d'essais cliniques attestant l'efficacité du placebo dans ses traitements (comme l'acupuncture pour la lombalgie). Les informations fournies sont donc nécessairement sélectives. Par exemple il serait contre thérapeutique d'indiquer à un patient que suite à un essai clinique un antidépresseur ne serait pas plus efficace qu'un placebo car cela réduirait les attentes. Dès lors cette divulgation d'information sélective ne serait pas malhonnête et viseraient à provoquer des attentes positives. Dans le cas des effets secondaires, un cadrage de l'information peut permettre de minimiser les effets nocebo, tout en permettant de ne pas duper le patient. Une étude sur la vaccination grippale a divisé des patients en deux groupes :</p> <ul style="list-style-type: none">-le premier groupe a reçu des informations sur les effets secondaires de manière positives-le second groupe a reçu des informations sur les effets secondaires de manière négatives <p>=> le premier groupe a été informé du pourcentage de patient exempt d'effets secondaires tandis que pour le second le pourcentage de personne atteinte de ces effets leur a été transmis.</p> <p>=> le groupe avec un cadrage positif a reçu une incidence significativement plus faible d'effets secondaires.</p> <p>Le cadrage de l'information n'influe pas sur la décision du patient et les informations ne sont pas dissimulées mais fournies de manière véridique tout en permettant de réduire l'impact de l'effet nocebo.</p> <p>L'encadrement de l'information est donc inévitable pour les cliniciens car elle permet d'optimiser les soins en respectant l'autonomie des patients.</p> <p>D'autres recherches complémentaires pour évaluer les stratégies de divulgations d'information sont nécessaires pour évaluer les avantages des traitements efficaces en générant des effets placebo ainsi que pour évaluer les risques nocebos découlant de la façon dont les traitements sont présentés aux patients.</p>
--	--

Auteurs	Franklin G. Miller, Luana Colloca, Ted J. Kaptchuk
Titre	The placebo effect: illness and interpersonal healing
Type de document	Article de revue
Source	Perspectives in biology and medicine
Date de parution	2009
Nb de pages	20
Plan	<p>Abstract</p> <p>Investigation of the placebo effect</p> <p>The placebo effect in relation to illness and disease</p> <p>The placebo effect and interpersonal healing</p> <p>The evolution of placebo effect</p> <p>Why placebo research matters : revitalizing the art of medicine</p> <p>Ethics and placebo effect</p> <p>Conclusion</p>
Commentaire	<p>Mots clefs : placebo, interpersonal healing, art of medicine, ethics</p> <p>Résumé :</p> <p>L'effet placebo a été négligé du fait que la biomédecine se concentre sur l'aspect biologique de la maladie traité grâce par des interventions technologiques telles que les médicaments ou encore la chirurgie mais porte moins son regard sur le soulagement de la maladie engendré par le contexte de soin.</p> <p>L'effet placebo joue un rôle sur l'amélioration de la maladie mais peu sur la guérison ou le contrôle de cette dernière.</p> <p>La maladie comporte deux versants, un subjectif (la douleur arthritique par exemple) et un autre objectif (diminution d'amplitude articulaire par exemple). Dès lors le soulagement, par un effet placebo, du versant subjectif peut amener un résultat sur le versant objectif (amélioration de la mobilité dû à une baisse de douleur). L'effet placebo peut donc agir sur des résultats objectifs et subjectifs mais il est peu probable qu'il y a une modification de la physiopathologie de la maladie.</p> <p>Il est nécessaire d'avoir l'attention et la vigilance du patient afin de générer des effets placebo mais cela n'exclut pas que des mécanismes conscient ou inconscient puisse entrer en jeu.</p> <p>Dans certains cas de figure tels que les maladies chroniques, il paraît important d'atteindre un fort niveau d'effet placebo via l'empathie, le souci de bien être du patient car cela peut représenter une des sources majeures d'efficacité thérapeutique.</p> <p>Les effets placebo nécessitent une intervention d'une personne extérieures afin d'être enclenchés, malgré tout nous disposons tous d'une « pharmacie interne » comme l'a ainsi nommé Brody en 2000. Cette pharmacie, regroupe les mécanismes d'auto-guérison (lutte contre l'infection lors d'une plaie, libération d'opioïde endogène lors d'une douleur). Ces mécanismes ne fonctionnent pas automatiquement comme par exemple face à la douleur, car cette dernière a pour fonction de nous alerter (elle nous indique qu'il faut se reposer ou d'arrêter</p>

	<p>d'endommager notre corps) mais sert aussi pour notre survie. En effet, le signal d'alerte de la douleur peut être annulé face à un danger immédiat ou il est nécessaire de se libérer de la douleur afin de survivre. On peut donc se demander pourquoi cette fonction ne s'active pas lorsque nous laissons notre corps au repos ? Humphrey en 2002 a suggéré qu'il fallait un déclencheur émotionnel d'espoir de soulagement pour activer cette auto-guérison. Aucune réponse certaine ne peut être prononcée de manière catégorique. On peut penser qu'il est difficilement concevable que nous possédions déjà en nous le nécessaire pour faire face à la maladie lorsque nous sommes malades. Le corps médical apparaît au patient malade comme une figure autoritaire qui peut amener cet espoir de soulagement enclenchant par la suite les effets placebo.</p> <p>Il est à noter que les problèmes éthiques liés au placebo ne touchent pas l'exploitation optimale de la rencontre soignant/soigné. Ainsi des outils comme l'écoute, l'empathie, le fait de remotiver et redonner confiance à son patient tout en forgeant une alliance thérapeutique est tout à fait exploitable sans souci éthique.</p>
--	--

Auteurs	Franklin G Miller, Ted J Kaptchuk
Titre	The power of context: reconceptualizing the placebo effect
Type de document	Article de revue
Source	Journal of the Royal Society of Medicine (volume 101)
Date de parution	01/05/2008
Nombre de pages	3 (222-225)
Plan	History What is wrong with the placebo concept Contextual healing
Commentaire	<p>Mots clefs : Placebo effect, concept, contextual healing</p> <p>L'effet Placebo après avoir été longtemps mis de côté par la communauté scientifique a vu durant les trente dernières années un regain d'intérêt. En effet de 1977 à 2006 les citations répertoriées sur PubMed pour « l'effet Placebo » sont passées de 214 à 1675.</p> <p>L'effet Placebo est inévitable dans le soin et la raison principale de la recherche l'entourant et la possibilité d'améliorer les résultats thérapeutiques en pratique clinique.</p> <p>Une définition inadéquate :</p> <p>Le terme de placebo est utilisé dans la pratique traditionnelle de la médecine qui administre des substances inertes ou actives qui ne sont pas censées avoir une influence sur l'état du patient. Cette méthode a seulement pour but de « satisfaire le patient » en lui donnant un traitement et l'étymologie du mot « placebo » « je plairais » provient de cette pratique</p> <p>La deuxième utilisation du mot placebo est dans les essais cliniques où ils sont utilisés en guise de témoin pour valider l'efficacité d'un traitement.</p> <p>L'utilisation de placebo a aussi connu des polémiques du point de vue éthique car jugée comme trompeuse, violant l'autonomie du patient ou encore compromettant le consentement éclairé</p> <p>Les progrès de la science et de la technologie ont fait de l'ombre au soin Patient/Clinicien</p> <p>Le placebo est défini par ce qu'il n'est pas « substance inerte » « inactive » « faux » lorsqu'il est utilisé en essai clinique sont autant de mots pour décrire le placebo, or les substances composantes les placebos ne sont pas totalement inertes ou inactives et ont des propriétés physiologiques. L'intervention même du placebo lorsqu'il apporte un effet réel ne peut pas être défini dès lors comme inerte ou inactif.</p> <p>Une expérience comparant l'administration ouverte et cachée d'analgésique a montré des différences au niveau de l'efficacité du</p>

	<p>traitement lorsque celui-ci est diffusé via une pompe informatisé ou administré par un clinicien (Beneditti et al, 2004). On a donc un effet placebo sans l'intervention d'un placebo.</p> <p>Une redéfinition du terme effet placebo en « guérison contextuelle ».</p> <p>« La guérison résultant de la rencontre clinique consiste en un lien de causalité entre l'interaction clinicien-patient (ou une composante particulière de l'interaction) et l'amélioration de l'état du patient. Cet aspect de la guérison qui est produit, activé ou amélioré par le contexte de la rencontre clinique, distincte de l'efficacité spécifique des interventions de traitement, est la guérison contextuelle. » (Colloca Luana, Finniss Damien, 2008).</p> <p>Plusieurs facteurs agissent dans cette guérison contextuelle comme l'environnement du contexte clinique, la communication du clinicien ou encore le rituel d'administrer le traitement.</p> <p>L'utilisation de la guérison contextuelle est particulièrement intéressante pour les affections chroniques ou les traitements médicamenteux sont éprouvés afin de soulager le patient.</p> <p>Le lien entre le Patient et le Clinicien est donc très important et peu apporter un réel apport lors de la prise en charge au-delà d'un traitement spécifique</p> <p>Conclusion : L'effet placebo a été redéfini afin de lui trouver une place adéquate dans la boîte à outil du clinicien. La relation soignant/soigné a toujours une place prépondérante dans le soin et cet article confirme sa puissance tout en apportant de nouveaux éléments à intégrer lors de la prise en charge notamment d'affections chroniques.</p>
--	---

Auteurs	Heidi Nelson, Suyin G.M. Tan, and Allan M. Cyna
Titre	Words That Hurt, Words That Help!
Type de document	Livre
Source	Pain medicine
Date de parution	2017
Nb de pages	563-565 (2)
Plan	Introduction Suggestions and their consequences Communication and placebo the effect Nocebo effect of communication Ethical communication Summary
Commentaires	<p>Mots clefs : Placebo, nocebo, communication, éthique</p> <p>Résumé :</p> <p>La communication est une composante importante du métier de thérapeute. Pour certains cette compétence est intuitive pour d'autres il faut apprendre et pratiquer afin de la développer.</p> <p>Une communication efficace permet de réduire les erreurs et les dommages, d'améliorer la qualité de soin ainsi que la satisfaction des patients.</p> <p>Il est important de constater que la raison la plus fréquente pour les poursuites pour faute professionnelle est liée à une mauvaise communication avec le patient et la famille de ce dernier. L'impact d'une communication négative a été démontré avec notamment les avertissements ou les suggestions négatives qui peuvent augmenter l'anxiété ou encore la douleur.</p> <p>Les perceptions ainsi que les comportements du patient sont associés à des réponses subconscientes de signaux verbaux et non verbaux provenant de l'environnement.</p> <p>Un patient stressé est plus réceptif et sensible aux suggestions des communications verbales/non verbales qui peuvent modifier ses perceptions et son comportement indépendamment de tout effort ou raisonnement conscient. Ainsi les mots employés ou les suggestions ayant une connotation négatives (douleur, pique etc...) peuvent engendrer une augmentation de l'anxiété et de la douleur (effet nocebo). A l'inverse les mots ou suggestions positives peuvent amener des bénéfices thérapeutiques (effet placebo).</p> <p>Ainsi le recadrage de l'information peut permettre au patient de se concentrer son attention sur une direction positive. Par exemple « Nous vous donnerons un analgésique pour soulager votre douleur après l'opération ».</p> <p>L'effet placebo est un phénomène complexe qui fait intervenir des effets physiologique, neurobiologique et psychologique. Un des mécanismes pour faire intervenir l'effet placebo est le changement des attentes par la communication.</p> <p>Les avertissements tels que « cela va piquer » avec une anesthésie locale par exemple bien que sans mauvaise intention sont associés à</p>

	<p>une augmentation de la douleur mais aussi des comportements de la douleur (mouvement, vocalisation). D'autres expressions comme « cela ne fera mal qu'un moment » ne déplacent pas l'effet des mots négatifs. Une étude a démontré que les patients recevant une explication sur leur intervention sans suggestions négatives ont une probabilité plus faible d'avoir une expérience perceptuelle négative. Une autre étude, randomisée, a rapporté que les patients interrogés après une opération sur leur « score » de douleur ou de confort. Les patients interrogés sur la douleur ont réclamé plus souvent un analgésique ou décrivaient des sensations désagréables que ceux sur le confort.</p> <p>En tant que praticien, nous devons fournir des informations claires et précises pour « préparer » les patients mais aussi pour éviter la douleur et l'anxiété inutiles. Il est donc recommandé d'éviter les instructions/communications chargées négativement. Il est tout aussi faux de répondre à la question du patient « est-ce que cela va faire mal ? » par un « oui » qu'un « non » car les expériences sont propres à chacun. Il est nécessaire de répondre aux préoccupations des patients mais d'éviter les platitudes comme « vous n'aurez aucun problème » ou encore « ce n'est qu'une petite aiguille ». Ces erreurs de communication ont de grandes répercussions sur la douleur et l'anxiété des personnes.</p> <p>Parmi les axes de travail sur la communication on retrouve l'encouragement des patients à se concentrer sur ce qu'ils souhaitent accomplir et où ils vont afin qu'ils dirigent leur attention sur des moments ou choses plus confortables.</p> <p>La prise de conscience de l'impact des mots choisis par les cliniciens peut permettre d'atténuer l'anxiété et la douleur chez les patients. Ce travail demande à chaque thérapeute de bannir certaines expressions de leur vocabulaire afin de préserver les patients.</p>
--	--

Auteurs	Riess Helen, Kraft-Todd Gordon
Titre	E.M.P.A.T.H.Y.: A Tool to Enhance Nonverbal Communication Between Clinicians and Their Patients
Type de document	Article de revue
Source	Academic Medicine
Date de parution	Aout 2014
Nb de pages	5
Plan	<p>Abstract</p> <p>Empathy is needed in clinical settings</p> <p>Empathy is necessary for emotion detection</p> <p>A guide for E.M.P.A.T.H.Y</p> <p>Benefits of Empathy in clinical encounter</p> <p>Challenges for Empathy</p> <p>In conclusion</p>
Commentaire	<p>Mots clefs : communication non verbale, patient, relation de soin, enseignement, outil.</p> <p>Résumé :</p> <p>Le comportement non verbal impacte la satisfaction des patients, les problèmes de santé ou encore les réclamations pour faute professionnelle. La formation dans le cursus médical n’enseigne pas les compétences de communication.</p> <p>Beaucoup d’éléments sont à prendre en compte dans la communication non verbale tels que : la posture, le ton de la voix, le décodage des expressions du visage...</p> <p>La mixité culturelle présente dans notre société impose l’intégration de ces éléments afin de comprendre la communication du patient (émotion, culture...).</p> <p>Afin de palier a ce manque d’enseignement l’un des auteurs a conçu un outil basé sur la neurobiologie de l’empathie sous l’acronyme E.M.P.A.T.H.Y (E = eye contact, M = muscle of facial expression P = posture A = affect T = tone of voice H = hearing the whole patient Y = your response). Ces éléments sont les clefs de l’évaluation du comportement non verbal. De nombreux articles ont été consacré sur ce que le praticien « devait dire » mais peu sur sa « façon d’être ».</p> <p>La communication non verbale permet d’améliorer la satisfaction du patient, son observance envers le traitement ainsi qu’à la prise de décision partagée. En améliorant notre compétence en communication non verbale nous pouvons donc améliorer notre compréhension du patient et ainsi affiner notre diagnostic.</p> <p>Le toucher par exemple n’est pas représenté de la même façon d’une culture à l’autre et fait partie de la communication non verbale.</p> <p>Les signaux non verbaux sont traités de façon plus rapide par notre cerveau mais ils ont aussi une influence plus importante que la communication verbale.</p> <p>La recherche dans le domaine des neurones miroir a permis de montrer que les actions qu’une personne observe sont traitées le cerveau de</p>

l'observateur afin de fournir une réponse adéquate incorporant une part de mimétisme.

- Le contact visuel : C'est le premier élément qui nous informe que l'on a été remarqué par une autre personne. Le contact visuel est différent selon la culture. Un contact visuel important marque l'engagement. Des études sur la neuro-imagerie indiquent que le contact visuel agit sur l'excitation physiologique et les relations avec les autres.
- Les muscles de l'expression faciale : L'empathie est corrélée au décodage des expressions faciales. Les expressions permettent de prédire le comportement prosocial (comportement dirigé vers une personne afin de l'aider)
- Posture : permet d'envoyer un signal positif ou négatif d'émotion, Les postures dominantes peuvent modifier les niveaux endocriniens (stress, statut) Il est recommandé d'adopter une posture qui transmet un respect mutuel et l'ouverture comme s'asseoir à la hauteur des yeux du patient.
- Le ton de la voix : Nombre de plainte pour faute professionnelle sont liées au ton de la voix (dominance). Il a été montré qu'un ton de voix chaleureux n'était pas relié à ce type de plainte, démontrant l'impact de la modulation du ton de la voix.
- Entendre le patient dans son intégralité : ce mécanisme propose de contextualiser les émotions du patient à l'aide des indicateurs non verbaux. L'auteur propose de placer l'analyse des indicateurs dans le contexte narratif et social du patient. Une étude a pu montrer un couplage spatial et temporel des activités de l'interlocuteur et de l'auditeur lorsque les personnes se comprennent mais que ce couplage disparaît lors ces personnes ne se comprenaient pas pleinement.
- Notre réponse : s'interroger sur notre façon de répondre permet de diminuer et d'éviter les sentiments de colère, de détachement et de frustration des patients. Les réponses non réfléchies sont souvent reliées aux plaintes pour faute professionnelle.

L'empathie permet de créer une expérience positive avec le patient. La capacité à recevoir et fournir une communication non verbale prédit l'expérience émotionnelle des patients dans la relation de soin. Une faible capacité de communication accentue la déshumanisation du soin. Une mauvaise interprétation des expressions émotionnelles non verbales est reliée à diverses causes de déshumanisation comme : la perte d'identité individuelle des patients, la mécanisation (identifier le patient à une partie de son corps ou système mécanique), réduction de l'empathie ou encore le désengagement moral.

Auteurs	Paul W. Schenk
Titre	« Just breath normally » : Word choices that trigger Nocebo responses in patients. (Six langage trap and how to avoid them).
Type de document	Article de revue
Source	AJN volume 108, No 3
Date de parution	03/2008
Nombre de pages	6
Plan	Overview Nocebo effect Trap 1 : Just Trap 2 : Normally Trap 3 : Try Trap 4 and 5 : Don't worry...but Trap 6 : the expert assertion or directive
Commentaire	<p>Mots clefs : communication, effet Placebo, Nocebo, langage verbale</p> <p>La façon de verbaliser certaines consignes envoient des signes négatifs au patient. Le fait de dire « respirer normalement » rend l'action bien plus difficile pour un patient.</p> <p>Des études démontrent que le lieu même où se déroule le soin peut influencer sur l'apparition d'effets Nocebo comme les Urgences ou les soins intensifs. Le stress induit par ces situations peut amener un traitement de l'information négatif de la part du patient.</p> <p>Le pouvoir de l'esprit : Benson a rapporté dans une étude (pour soulager l'angine de poitrine) que lorsqu'un clinicien utilise une méthode à laquelle il croit, l'efficacité de celle-ci était de 70 à 90% et l'action thérapeutique sur le patient a aussi été démontrée. Mais à partir du moment où il a été démontré aux médecins que le traitement était sans valeur leur efficacité a chuté de 30-40%.</p> <p>Le piège des phrases négatives : le simple fait de dire au patient « vous ne ressentez pas de douleur » peut avoir l'effet inverse et amener une sensation douloureuse. C'est pour cela que les suggestions positives sont préférables.</p> <p>La communication un élément fort pour limiter les risques d'effet Nocebo</p> <p>Le ton, la gestuelle et les mots choisis sont autant de facteurs qui sont à prendre en considération lors d'une prise en charge.</p> <p>6 pièges possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le piège du « juste », certains mots employés par les cliniciens peuvent avoir une portée au-delà de ce que l'on peut imaginer. Le mot juste par exemple peut en effet faire penser au patient que c'est la seule consigne à retenir, la plus importante « Pensez juste à respirer », si cette consigne est donnée pour un exercice il se peut que l'exécution de ce dernier soit mal effectué car le patient ne se focalisera que sur sa respiration. Afin de

	<p>contourner ce piège l'auteur suggère d'utiliser la phrase « Souvenez-vous de... » et de rajouter une suggestion positive ex : « Souvenez-vous d'éviter les aliments gras et préférez les fruits »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le piège du « normalement », demander à un patient de respirer normalement alors même que cette fonction se fait de façon autonome sans contrôle volontaire aura pour comme action de modifier la façon dont respire la personne. Il est donc recommandé d'attirer l'attention du patient sur autre chose (imaginer une balade, compter, lire quelque chose de façon silencieuse) afin de ne pas modifier ce que l'on veut observer (la respiration pour cet exemple) - Le piège du « essayez de ». Cette formulation s'accompagne d'une notion d'échec. En effet lorsque l'on dit au patient « on va essayer de faire 6 répétitions de cet exercice aujourd'hui » cette phrase laisse entendre que l'on n'est pas certains que cela soit réalisable par le patient. Pour remplacer cette formulation on peut utiliser : « S'il vous plait », « C'est important de » « Ayez l'habitude de » etc... - Le piège du « Ne vous inquiétez pas, mais... ». Lors d'un rendez-vous pour un test HIV imaginez si l'on vous dit « j'ai les résultats du test, ne vous inquiétez pas mais... ». Le premier piège est le « ne » la négation peut amener l'effet inverse de celui escompté par exemple « ne pensez pas à un avion pendant les prochaines 5 sec » il sera difficile pour la personne d'enlever cette image de son esprit pour le temps restant. Il est donc préférable d'éviter les négations. Quelques exemples : « Ne contractez pas votre bras » sera remplacé par « Relâchez votre bras » « Ne tombez pas » par « J'assure votre sécurité » etc... - Le dernier piège est basé sur la mauvaise interprétation et certaines formulations. En tant que soignant nous avons une autorité aux yeux du patient et celle-ci peut engendrer de mauvaises interprétations, du stress ou de l'anxiété quant aux phrases que l'on emploie. Plus un patient est angoissé et stressé plus la possibilité d'une mauvaise interprétation est grande. Il ne faut donc pas hésiter à expliquer en détail ce que l'on souhaite transmettre au patient plutôt que de laisser une place à la mauvaise interprétation. Exemple « Vous avez une infection, prenez bien votre traitement ou vous restez malade » il sera préféré de dire « Voici votre traitement pour supprimez l'infection, à mon avis vous devriez commencer à vous sentir mieux d'ici quelques heures ». Ces mauvaises interprétations sont aussi valable pour les prises en charge avec des enfants. <p>Conclusion : les habitudes de langage sont difficiles à changer mais peuvent apporter un réel bénéfice lors des prises en charge, diminuant les effets nocebos et apportant des effets placebo favorables pour un meilleur traitement.</p>
--	--

Auteurs	Testa Marco, Rossettini Giacomo
Titre	Enhance placebo, avoid nocebo : How contextual factors affect physiotherapy outcomes
Type de document	Article de revue
Source	Manual Therapy
Date de parution	Aout 2016
Nb de pages	65-74 (9)
Plan	<p>Résumé</p> <p>Introduction</p> <p>Les mécanismes neurologiques derrière les réponses placebo et nocebo</p> <p>Les facteurs contextuels optimisent les résultats de la rééducation</p> <p>Implication clinique : maximiser les effets placebo et minimiser les effets nocebo</p> <p>Implication pour la recherche : concevoir des essais pour le placebo et nocebo</p> <p>Conclusion</p>
Commentaire	<p>Mots clefs : placebo, nocebo, outcomes, contextual factors, clinician implication</p> <p>Résumé :</p> <p>L'effet placebo semble être peu reconnu et utilisé en physiothérapie et son antagoniste nocebo est tout aussi peu reconnu auprès des thérapeutes.</p> <p>Au niveau neurologique, les effets placebo et nocebo utilisent divers neurotransmetteurs comme : les opioïdes endogène, la dopamine, l'ocytocine, les cannabinoïdes, l'ocytocine, et la vasopressine pour le placebo et la cholécystokinine, la dopamine, les antagonistes opioïdes et l'activation de la cyclooxygénase-prostaglandine pour le nocebo.</p> <p>L'analgésie placebo est liée à l'activation de plusieurs zones du cerveau comme le cortex préfrontal, le cortex cingulaire antérieur, l'hypothalamus, l'amygdale, la substance grise périaqueducule mais aussi une diminution de l'activation du thalamus, de l'insula et le cortex somatosensoriel.</p> <p>L'effet nocebo quant à lui active le cortex cingulaire antérieur, le cortex préfrontal, l'insula et l'hippocampe.</p> <p>De nombreux facteurs font apparaître des effets placebo et nocebo :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les caractéristiques du thérapeute font partie des éléments pouvant influencer sur les résultats des traitements des patients. Parmi ces caractéristiques : La réputation, la qualification, l'habillement du thérapeute, l'optimisme/pessimisme, la capacité à fournir des informations, encourager. - Les caractéristiques du patient : les attentes constituent un facteur de pronostique dans la douleur, l'expérience antérieure (préférences, expériences antérieures), le sexe du patient (la satisfaction pour les hommes est reliée au thérapeute même et

	<p>au résultat du traitement, pour les femmes à l'organisation et la communication du soin), l'âge peut changer ses critères.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La relation de soin : cette relation est modulée par la communication verbale et non verbale des deux parties et peut agir sur plusieurs champs comme : la satisfaction, la douleur, l'incapacité et l'alliance thérapeutique. Pour la communication verbale, le masseur kinésithérapeute a un lien privilégié puisqu'il passe environ deux fois plus de temps à communiquer qu'à traiter selon des études. Des outils comme l'écoute active, l'humour, l'empathie... affecte positivement la satisfaction du patient et quand ces outils sont utilisés de façon négative l'inverse se produit. La communication non verbale est importante à gérer pour le praticien (tant la sienne que celle du patient) car elle est aussi influente sur la relation - Les caractéristiques du traitement : Le simple fait de poser un diagnostic et de donner des informations claires constituent déjà un traitement. Divers moyens peuvent permettre de générer des effets positifs comme, la création de groupe de patient ayant reçu un même traitement, l'ajout d'un feedback (miroir durant un exercice par exemple). - L'approche centrée sur le patient : le suivi par le même thérapeute, la propreté, la ponctualité/flexibilité, le temps de la consultation et leurs opposés modulent la satisfaction du patient. - Le toucher thérapeutique : le massage peut agir des facteurs tels que l'anxiété, la dépression et la douleur. - L'environnement : l'éclairage, la température, le bruit améliore le contexte thérapeutique et peuvent aussi avoir une influence sur le résultat du traitement. <p>Les effets contextuels du soin sont présents dans chaque prise en charge, il est donc important de les intégrer dans la pratique afin d'améliorer la qualité des soins. L'écart de réussite entre deux thérapeutes peut être dû à l'importance de l'intégration de ces facteurs.</p>
--	---

Auteurs	Frank van Hartingsveld, Raymond W.J.G. Ostelo, Pim Cuijpers, Ingrid I. Riphagen, Henrica C.W. de Vet
Titre	Treatment-related and Patient-related Expectations of Patients With Musculoskeletal Disorders A Systematic Review of Published Measurement Tools
Type de document	Article de revue
Source	The Clinical Journal of Pain
Date de parution	Juillet-août 2010
Nb de pages	19
Plan	Objectif Méthode Résultats Discussion
Commentaires	<p>Mots clefs : systematic review, health and beliefs, measurement instruments, tools, exercise, expectations, physiotherapy</p> <p>Résumé :</p> <p>Les attentes du patient jouent un rôle clef dans les traitements dits actifs comme pour les rééducations des troubles musculo-squelettique. Dès lors il apparaît judicieux de pouvoir modifier ses attentes pour qu'elles soient le plus positifs possibles afin d'améliorer les résultats des traitements. Pour ce faire fournir plus d'information est une possibilité, tout comme tenir un discours de motivation auprès du patient.</p> <p>Il a été fait deux distinctions dans cet article au niveau des attentes. Tout d'abord celles liées au patient (auto efficacité : <i>croyances en ses capacités d'organiser et d'exécuter les actions requises pour produire des résultats donnés</i>) et celles liées au traitement (en terme de résultat : <i>croyances que certaines actions produiront des résultats particuliers</i>, mais aussi en terme de croyance de processus : <i>croyances sur le contenu et le processus des interventions</i>). Le terme « attente » est donc lié à ces composantes.</p> <p>L'objectif de cette revue est de passer en revue les outils permettant de mesurer les attentes du patient d'une part et de celles liées aux traitements d'autre part afin de notifier les plus pertinents dans le cadre des troubles musculo-squelettique.</p> <p>Les instruments ont été repérés à travers la littérature puis évalué de façon critique par la suite. Au total 24 outils de mesure ont été sélectionnés, parmi eux 6 sont en lien avec les attentes du traitement, 17 avec celle du patient et 1 impliquant les deux.</p> <p>Tous les outils pour mesurer les attentes du traitement impliquaient les résultats et seulement deux les attentes du processus.</p> <p>Les instruments de mesure n'ont pas été hiérarchisés car ils étaient spécifiques à des troubles ou traitements.</p> <p>Afin de choisir une échelle pour évaluer les attentes en terme de traitement des patients, il faut que le praticien se demande quel prisme souhaite-t-il favoriser : la maladie, les attentes spécifiques de la maladie ou encore un problème de santé général.</p>

	<p>Malgré cette sélection il reste complexe de savoir quoi faire des résultats obtenus grâce à ces outils de mesure car l'interprétation des scores n'est pas aisé et repose sur des mécanismes pas encore totalement maîtrisé</p> <p>Limites : les attentes sont souvent mesuré qu'une seule fois au début du traitement, de ce fait les changements pouvant être amené par les interactions de soin ne sont pas évalués. Il est nécessaire de rechercher aussi les moyens pouvant modifier les attentes. Les outils actuels ne sont que les premiers et ne sont pas gage d'une fiabilité forte, il est donc nécessaire de les utiliser en prenant cette information en compte.</p>
--	--

Auteurs	Van Osch Mara, van Dulmen Sandra, van Vliet Liesbeth, Bensing Jozien
Titre	Specifying the effects of physician's communication on patients' outcomes: A randomised controlled trial
Type de document	Article de revue
Source	Patient Education and Counseling
Date de parution	Aout 2017
Nb de pages	1482-1489 (7)
Plan	Résumé Introduction Méthode Résultats Discussion et conclusion
Commentaires	<p>Mots clefs : Physician-patient interaction, Empathy, Expectation, Placebo effect, Video-vignettes, Analogue patients</p> <p>Résumé :</p> <p>La communication est la pierre angulaire d'un soin de qualité et la manière de communiquer impacte directement les résultats des patients. Ce mécanisme fait partie des effets placebo et opère grâce à des facteurs psychologiques comme la manipulation des attentes et la réduction de l'anxiété.</p> <p>Ainsi une communication positive, rassurante, chaleureuse, empathique, qui prend en compte les émotions du patient permet de créer une bonne relation de soin. Cette relation peut réduire l'anxiété, apporter un sentiment de soutien/compassion et améliorer les résultats du soin comme l'observance et la satisfaction envers le traitement. A l'inverse une communication négative ou un manque d'empathie amènent des effets indésirables comme l'augmentation de la colère, de la frustration et peut même aller jusqu'à des allégations de faute professionnelle.</p> <p>D'un autre côté, augmenter les attentes en rapport avec le résultat du traitement peut modifier les croyances du patient sur l'espérance de résultat ainsi que celles en lien avec leurs capacités à faire face à la maladie. Suggérer à un patient qu'un médicament a des effets puissants génère un effet placebo (réduction de la douleur ou de l'anxiété par exemple). Il est donc nécessaire d'encadrer ses attentes.</p> <p>Les auteurs ont dans une précédente étude, demandé à des femmes, qui avaient des antécédents de douleur menstruelle, de consulter un médecin durant une de ces périodes. Ces médecins avaient une approche affective soit élevée soit faible et suscitaient donc des attentes élevées ou faibles quant au traitement. Les interactions soignant/soigné ont été filmé, mais les deux types de communication se sont révélées positives avec néanmoins des effets distincts en terme de résultats. Ces résultats sont nuancés par les auteurs qui soulignent qu'une étude plus grande ainsi qu'une méthodologie mieux encadrée pourraient les modifier.</p> <p>Cette nouvelle étude a donc pour but d'examiner les effets de la</p>

communication orientée (affect) et l'induction d'attente de façon distinct mais aussi combiné. Des bandes vidéos décrivant une discussion entre un patient et un médecin sur les douleurs menstruelles ont été utilisées.

Les attentes de cette étude sont :

- Une communication positive basée sur l'affect diminue l'anxiété et l'humeur négative du patient et donc apporte une humeur positive ainsi qu'une augmentation de la satisfaction comparée à une communication négative.
- Communiquer des résultats positifs atténue l'anxiété et l'humeur négative tout en augmentant l'espérance de résultat et l'auto efficacité par rapport à une communication incertaine.
- Une communication positive basée sur l'affect augmente les attentes et leur effets tandis qu'une communication négative les réduit.
- Méthode :

Des vidéos ont été utilisées ayant comme distinction un élément de communication basé sur l'affect (positif, empathique, froid, négatif, formel) et un élément d'induction de résultat (positif ou négatif, incertain).

Ces vidéos montraient donc une consultation scriptée comprenant une patiente bénévole (qui a de vraie douleur menstruelle) ainsi qu'un médecin de sexe féminin (formé sur les différents styles de communication). Dans les deux cas, le médecin interrogeait la patiente sur ses douleurs, a recommandé un traitement (AINS) ainsi que d'autres conseils préventifs de la douleur.

Les vidéos positives présentaient un médecin empathique avec des phrases comme « cela doit être difficile pour vous » incorporant le contexte psychosocial de la patiente ainsi que des postures et contacts visuels dirigés vers cette dernière. A l'inverse les bandes négatives intégraient un médecin froid, formel sans aucune empathie, facilement distrait avec une posture détournée et très peu de contact visuel.

A cela s'ajouté que, dans le cadre positif, le médecin soulignait l'efficacité du traitement (AINS) avec des phrases comme « ce médicament fonctionne sur beaucoup de femme » tandis que dans le cadre négatif/incertain il disait « je ne suis pas sûr que cela vous aidera beaucoup ».

Les participants à l'étude ont été assignés à un des 4 groupes ci-dessous de façon aléatoire :

- Le groupe 1 : a visionné la vidéo avec le médecin empathique et l'induction d'attente positive envers le traitement
- Le groupe 2 : la vidéo avec le médecin froid et l'induction d'attente incertaine/négative envers le traitement
- Le groupe 3 : La vidéo comprenant l'empathie et l'induction d'attente incertaine/négative.
- Le groupe 4 : La vidéo comprenant le médecin froid et l'induction d'attente positive.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être une femme ayant des cycles menstruels, avoir des douleurs menstruelles au moins une fois au cours des 6 derniers mois, être âgées de 18 à 45 ans et avoir une maîtrise de la langue d'origine de l'étude.

Les sujets sélectionnés ont eu comme consigne de s'identifier au patient de la vidéo et juger la consultation. Un échantillon de 293 femmes a ainsi été utilisé dans le cadre de cette étude.

Plusieurs variables ont été évaluées telles que : l'anxiété, la satisfaction, l'humeur, l'auto efficacité et l'espérance de résultat, la douleur des patients.

- Résultat, discussion

Les résultats de cette étude ont permis de démontrer que la communication orientée (affect) et l'induction d'attente avaient des effets à la fois distincts et combinés. Ainsi la combinaison de ces deux éléments orientée dans un sens positif améliore :

- L'anxiété
- Les sentiments négatifs
- Le sentiment d'auto efficacité et l'espérance de résultat
- La satisfaction

De nombreuses études ont démontré que la communication orientée (affect) et les attentes avaient des effets sur les résultats de soin mais peu ont combiné ces deux outils. Cette étude nous montre donc cette combinaison est nécessaire pour améliorer les résultats des patients de façon optimum. Générer une attente positive permet de réduire l'anxiété lorsqu'elle est délivrée par une communication empathique/chaleureuse. L'empathie du médecin est donc primordiale pour les patients et devrait être considéré comme une valeur thérapeutique dans le soin.

L'empathie influe sur les attentes (en lien avec les résultats) lorsque le médecin suscite des attentes positives. Une suggestion positive d'un résultat de soin (dans le mesure qu'elle soit réaliste) est donc importante et fait partie de l'interaction affective entre le patient et le thérapeute.

A l'opposé, une communication négative et l'apport d'attentes incertaines/négatives nuisent aux résultats des patients avec notamment :

- Augmentation de l'anxiété.
- Augmentation de l'humeur négative.
- Diminution du sentiment d'auto-efficacité et d'espérance de résultat.

La relation de soin a donc un pouvoir important et peut être considéré comme un traitement.

- Conclusion :

La communication est un atout certain dans le soin mais il ne s'agit pas de tromper le patient ou d'instaurer de faux espoirs. Chaque patient est unique et les soins/conseils nécessitent de leur être adaptés afin de prodiguer une prise en charge optimale. La communication peut amener des bénéfices pour le patient grâce à un encadrement positif des informations du traitement tout en renforçant le lien de confiance. Ainsi fournir une communication positive et véridique sur les résultats attendus d'un traitement permet d'augmenter les attentes du patient et donc de les aider à s'adapter à leur condition médicale.

Face à ce constat, la formation à la communication médicale peut s'avérer judicieuse d'autant qu'elle a été prouvé comme étant efficace.

