

L'EFFET PLACEBO EN THÉRAPEUTIQUE

Problème ou solution ?



Dr Gérard Ostermann*

« L'effet placebo est responsable de plus d'un tiers de tous les résultats positifs des médicaments et des opérations. »

Steve Lambert

Résumé

L'effet placebo a toujours déconcerté le monde professionnel des sciences de la vie et de la santé car il évoque le charlatanisme et perturbe la logique thérapeutique. L'effet placebo, particulièrement démonstratif dans la douleur, a le mérite de

nous obliger à penser l'efficacité thérapeutique dans ses dimensions cognitives, émotionnelles et symboliques. Comme on le sait désormais en psychothérapie, le soignant fait partie intégrante de la prise en charge, et de l'effet placebo.

Abstract

Placebo effect

The placebo effect has always puzzled the professional world of life sciences and health because it evokes quackery and disrupts the therapeutic logic. The placebo effect, particularly demon-

strative in pain, has the merit of forcing us to think therapeutic efficacy in its cognitive, emotional and symbolic dimensions. As is now known in psychotherapy, the caregiver is an integral part of the care and the placebo effect.

INTRODUCTION

■ L'ART THÉRAPEUTIQUE

L'art thérapeutique, pour reprendre la judicieuse formulation de Raynaud et Coudert (1), nécessite l'écoute de la part humaine en évitant deux réductions :

- celle de l'humain au biologique,

- tout autant que celle de l'humain au psychique.

Ainsi comme le dit Woody Allen : « *La vie est une maladie mortelle sexuellement transmissible* », et nous ajouterons que l'humain n'est pas qu'une entité bio-psychique bio-dégradable. La thérapeutique s'est davantage modifiée depuis 50 ans que dans le reste de l'humanité. Le médicament est, dans notre culture, la base du traitement d'un grand nombre d'affections, y compris psychiatriques.

■ PLACEBO VERSUS EFFET PLACEBO

Placebo et effet placebo dérangent car ils renvoient à des représentations les associant à inefficacité, tromperie, maladie imaginaire...

> Le placebo

Différencions d'abord placebo et effet placebo. « *Un placebo est une substance inerte* » – sucre, lactose, etc. – donnée dans un contexte thérapeutique. Il est notamment utilisé dans l'évaluation des médicaments

*Professeur de thérapeutique, psychothérapeute, praticien EMDR Europe, HTSMA président d'Ical, président du Collège des alcoologies Aquitains, administrateur de la Société française d'alcoologie et fondateur responsable du Diplôme universitaire de pathologie de l'oralité

comme comparateur sans effet spécifique sur la maladie traitée.

> L'effet placebo

La définition de l'effet *placebo* pose plus de problèmes. C'est l'écart mesuré entre l'effet prévisible d'une méthode thérapeutique dû à son effet spécifique sur une maladie et le résultat constaté. Il est dit *placebo* quand il est bénéfique, *nocebo* lorsqu'il est néfaste.

> L'effet nocebo

L'effet *nocebo*, c'est le revers de la médaille de l'effet *placebo* : il s'agit d'un effet négatif qui va réduire, voire tout simplement annuler, les effets pharmacologiques d'une substance.

On confond souvent le *placebo* et son effet, pour la simple et bonne raison qu'ils vont souvent de pair. La prescription d'un *placebo* médicament engendre un effet *placebo* qui consiste donc en une amélioration de la pathologie et du patient. Il s'agit là d'une première acception du phénomène.

Mais l'effet *placebo* est plus large et peut être défini comme « *l'effet psychophysiologique de toute médication ou procédé à visée thérapeutique qui est partiellement ou totalement indépendant de l'action spécifique du remède, que celle-ci soit pharmacologique ou non, et qui fonctionne par l'intermédiaire d'un mécanisme au départ psychologique. Il n'est donc pas d'acte médical qui puisse échapper à l'effet placebo. Il est même possible d'obtenir un effet placebo sans placebo* ».

■ LES ESSAIS CLINIQUES CONTRÔLÉS

L'effet *placebo* est entré dans le vocabulaire courant. Mais il désigne souvent un leurre, une sorte d'illu-

sion qui se passe « *dans la tête* » du patient. Une manière de contourner le caractère inexpliqué et dérangeant du phénomène.

De nos jours, toutes les thérapeutiques (médecines complémentaires, psychothérapies, chirurgie, et même prière d'intercession !) doivent désormais démontrer leur efficacité à travers l'ECC (essai clinique contrôlé), alors que celui-ci a été conçu initialement pour évaluer les médicaments. Le *gold standard* de l'essai thérapeutique, aujourd'hui, reste l'essai sur groupe parallèle, en double aveugle contrôlé *versus placebo*. L'outil de *evidence-based-medicine* serait-il à ce point sans limite ou serait-il mal utilisé parce que mal compris ? Les résultats de ces ECC sont-ils réellement des faits indiscutables ?

L'EFFET PLACEBO : COMMENT ÇA MARCHE ?

« *La confiance est un élixir merveilleux.* »

Alain

Qu'est-ce qui produit cet effet puisque qu'il n'est pas le fruit de l'action spécifique d'une molécule ou d'une autre méthode thérapeutique ?

Contrairement à ce qui a tendance à être pensé, l'effet *placebo* n'est pas purement psychologique ou subjectif : des phénomènes objectifs et mesurables ont en effet été démontrés au niveau cérébral. En ce sens, il faut saisir l'effet *placebo* comme un phénomène psychobiologique.

■ LES MÉCANISMES PSYCHOLOGIQUES

Ils font intervenir différents éléments qui peuvent agir simultanément ou séparément.

> Le conditionnement

Le conditionnement est connu depuis les travaux de Pavlov. On retrouve ce mécanisme lors de la prise d'un *placebo* et Gôtzsche (1994) a pu écrire dans le *Lancet* : « *Une pilule de lactose a une action plus marquée chez des personnes ayant déjà réagi favorablement à la prise d'une benzodiazépine que chez celles qui n'en ont jamais pris* ».

> La suggestion

Le pouvoir de la suggestion est également connu depuis longtemps. On peut citer son utilisation par Anton Mesmer sous le fallacieux prétexte d'un soit disant magnétisme animal ou, plus près de nous, par la fameuse méthode du Pharmacien Émile Coué, que l'on peut considérer comme le fondateur de l'autohypnose.

> Mise en œuvre de l'effet contextuel

Reste à savoir quels sont les éléments qui peuvent entrer en jeu dans la mise en œuvre et dans l'optimisation de cet effet contextuel. Ils sont résumés dans la *figure 1*.

Parmi ceux-ci, le premier élément est le **rituel thérapeutique** : les résultats sont différents selon la voie d'administration, le goût, le nom, le prix, la couleur, mais aussi pour les méthodes non médicamenteuses, le déroulement de la séance... Plusieurs études ont confirmé l'action de certains de ces paramètres.

Le second tient aux **conditions environnementales** : personnalité et croyances du patient, attitude de son entourage, lieu où se réalisent des soins, attention de l'équipe soignante, représentations du soignant etc.

Enfin, il semble bien que l'élément majeur soit **la relation patient/praticien**.

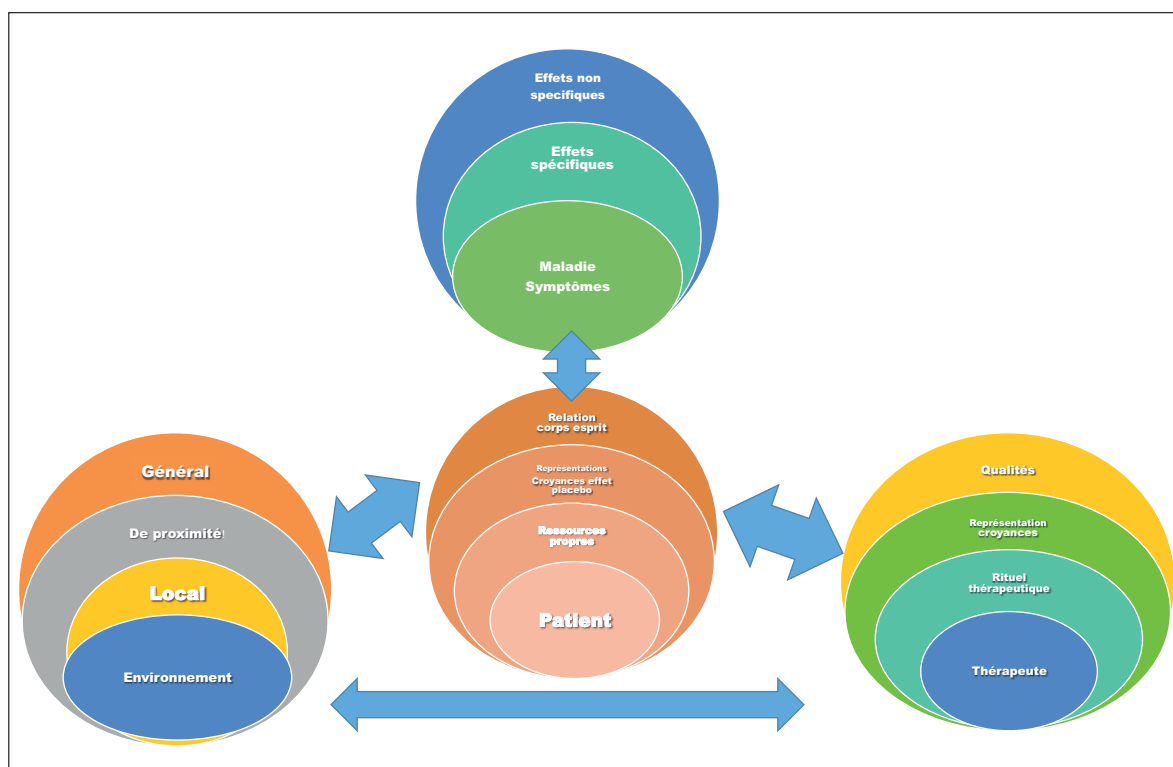


FIGURE 1 - Effet contextuel.

Ceci confirme bien que comme l'écrivent François Bourreau et Christian Guy Coichard (2003) : « *il est inutile de recourir à un placebo pour induire un effet placebo* ». Ce qu'on pourrait écrire plus clairement aujourd'hui en disant que l'objet *placebo* n'est pas nécessaire à l'effet contextuel.

■ MÉCANISMES NEUROBIOLOGIQUES (2, 3)

Comprendre les mécanismes psychologiques qui servent d'intermédiaires entre le contexte du soin et l'apparition d'un effet thérapeutique ne suffit pas. Encore doit-on chercher comment ces mécanismes psychologiques peuvent, à leur tour, provoquer des modifications biochimiques et neurobiologiques qui, seules, peuvent être génératrices de résultats mesurables.

> Le système endorphinique

Les principaux modèles de compréhension de l'effet *placebo* sont ceux des champs de la douleur et de la maladie de Parkinson. Dans le premier domaine, l'imagerie par résonance magnétique a pu montrer que des *placebos* pouvaient induire les mêmes modifications cérébrales que des médicaments morphiniques. La participation du système endorphinique à l'établissement de l'effet *placebo* dans le domaine de la douleur a été clairement démontrée. L'imagerie par tomographie à émission de positons et résonance magnétique a permis de visualiser l'activation du cortex cingulaire antérieur riche en récepteurs opiacés. Le *placebo* d'antalgique active également le cortex préfrontal, ce qui peut être interprété comme l'expression neurophysiologique des attentes des

sujets, lesquelles sont corrélées aux attentes des médecins, donc à leur anticipation.

> L'effet analgésique

Mais les mécanismes endorphiniques sont loin d'être les seuls en cause quand on songe à la complexité de la physiologie de la douleur où le système endorphinique et enképhalinique n'est pas exclusif, loin s'en faut. On sait, par exemple, que l'effet analgésique induit par le *placebo* peut être partiellement ou totalement inhibé par la cholécystokinine et renforcé par les antagonistes de la cholécystokinine. Le proglumide, antagoniste de la cholécystokinine (CCK), a été administré en post-opératoire à des patients à qui il avait été dit que ce produit pourrait augmenter leur douleur de manière à provoquer

une anxiété anticipatoire. Cette substance s'est montrée capable d'inhiber l'hyperalgie *nocebo* de manière dose dépendante, démontrant le rôle de la CCK dans l'hyperalgie *nocebo*, et puisque la CCK est impliquée dans les mécanismes de l'anxiété anticipatoire, on considère généralement que les mécanismes *nocebo* liés à ce phénomène particulier sont liés à ce peptide.

Dans la maladie de Parkinson, une étude contrôlée L-DOPA *versus placebo* réalisée en PET scan a montré que l'effet *placebo*, plus ou moins bref, souvent observé dans cette maladie, correspond à une libération de dopamine dans le striatum et que chez ceux qui répondent au *placebo* comme à la dopathérapie, cette libération est comparable, bien qu'inférieure, à celle produite par la L-DOPA.

D'un point de vue neuropharmacologique, il paraît donc raisonnable de penser que dans certaines situations, l'effet *placebo* a pour fondement l'activation des circuits de production de substances thérapeutiques endogènes ou endomédicaments.

> L'auto-guérison

Le corps humain possède de nombreuses et puissantes capacités de réparation et d'auto-soin. D'ailleurs, **un certain nombre de médicaments ne font que stimuler ou renforcer ces capacités**. Il en va de même pour différentes thérapies non médicamenteuses dont certaines psychothérapies. Les facteurs non spécifiques de l'effet *placebo* semblent capables de renforcer à des degrés divers ces capacités d'auto-guérison en activant des phénomènes physiologiques et biologiques.

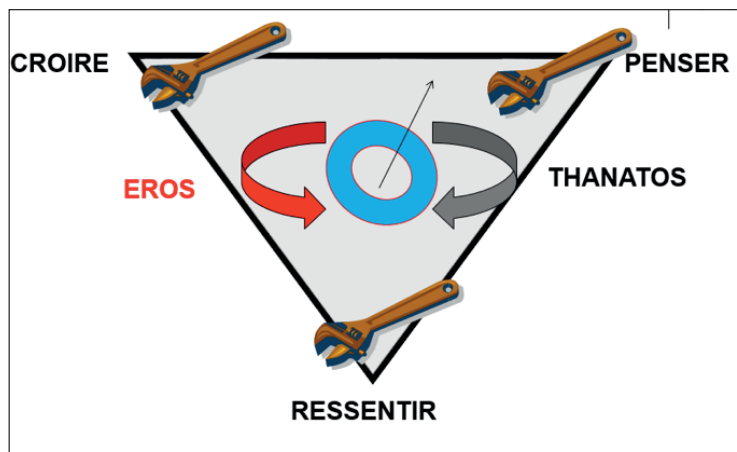


FIGURE 2 - L'objet thérapeutique au-delà de la substance.

Ainsi, d'un point de vue général, l'effet *placebo* peut être considéré comme la résultante de la capacité du patient à mobiliser ses ressources propres en optimisant les effets de l'attente de la guérison induits par ses croyances et représentations, mais aussi par le soignant à travers la qualité de la relation thérapeutique.

PLACEBO-NOCEBO : UN REMÈDE VIDE, MAIS NON DÉNUÉ DE SENS !

■ L'AMBIVALENCE DE LA THÉRAPEUTIQUE

Les attitudes vis-à-vis du médicament sont un reflet quasi paradigmatique de l'ambivalence tant du malade que du médecin, ambivalence de la thérapeutique entre Eros et Thanatos.

Le malade, comme le médecin, aura une attitude de base vis-à-vis de ce qui est prescrit, attitude faite de confiance indiscutée ou de méfiance, par des mécanismes d'introjection, de rejet ou d'identification. Même si l'attitude du médecin est largement pondérée par son apprentissage scientifique de pro-

tocolos, il aura toujours des préférences, des habitudes. Soigner est bien autre chose qu'une mise en cartes.

Comme représenté sur la *figure 2*, le médicament apparaît comme un objet troué autour duquel tout tourne.

Chacun connaît le pouvoir de déliaison que peut constituer la nomination de la maladie. On sait dans certains cas combien l'annonce du diagnostic peut être particulièrement traumatisante. Mal, malheur, souffrance et culpabilité travaillent en l'homme de telle façon, qu'il peut bien souvent les confondre, et de fait, il arrive souvent qu'il les confonde, au moins inconsciemment.

■ LE MÉDICAMENT, LE SIGNIFIANT DE LA MALADIE

Le médicament, tout particulièrement le médicament de pointe, devient le signifiant de la maladie, sorte de prothèse chimique que l'on oppose à un manque ou à un défaut profond. Or les défenses contre le manque, le déséquilibre interne, la maladie, s'exercent vis-à-vis du médicament comme à l'égard d'un

séducteur : ou bien on le refuse en s'en méfiant comme d'un objet dangereux, ou bien on lui cède par nécessité parce que l'angoisse, si faible soit-elle, est insupportable. Le médicament ne peut redevenir un allié que par deux mécanismes de réduction de l'angoisse :

- l'un qui emprunte la structure archaïque de la personne (fond magico-religieux),
- l'autre qui fait appel à la lucidité par l'information.

■ NOMMER LE MÉDICAMENT

Resituer l'objet thérapeutique dans toutes ses facettes, c'est restituer l'instance tierce du statut imaginaire, symbolique et réel de cet objet. Autrement dit, il importe d'écouter ce que le malade, comme le médecin, PENSENT, CROIENT ET RESSENTENT au travers de la prescription. Chacun de ces pôles peut contribuer à l'efficacité ou à l'inefficacité de la thérapeutique, à l'observance ou à l'inobservance, voire à la véritable objection thérapeutique.

Chacun de ces pôles possède une clef qui ouvre ou qui ferme l'alliance à l'Eros. Ainsi par exemple, du côté du symbolique, c'est-à-dire du penser, il n'est pas indifférent de nommer ou de ne pas nommer le médicament. Le langage transforme le médicament comme il transforme le jouet, comme il transforme la racine. Autrement dit, pour que la prescription d'un placebo opère, il faut au minimum qu'une parole ait été dite par le soignant et entendue par le patient (4). Ceci explique qu'il n'y ait pas d'effet placebo pour les patients déjà sévèrement touchés par la maladie d'Alzheimer. On peut d'ailleurs supposer que le médicament sans nom marche moins bien que celui qui a un numéro qui marche moins bien que celui qui a acquis un nom

de spécialité. **L'efficacité d'un médicament est renforcée par sa charge étymologique signifiante.** Plus on va vers le symbolique, plus grande sera l'efficacité. Il apparaît essentiel que le médecin ne se laisse pas désapproprier de son pouvoir de nomination. Et je pense tout particulièrement au problème des génériques. De même, il est tout aussi essentiel que le patient puisse se réapproprier sa maladie et son traitement, et tout cela suppose la circulation d'une parole, et pas seulement d'une information qui ne serait alors que l'illusion du vrai.

L'EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE QUESTIONNÉE

■ LES RISQUES

La définition de la thérapeutique par la médecine scientifique expose à deux risques majeurs (5).

> **Discréditer toute thérapeutique non évaluée en double-insu**

Le premier est de discréditer toute thérapeutique qui ne peut pas être évaluée en double-insu, comme des thérapeutiques complexes, les psychothérapies, les régimes, l'activité physique ou certaines thérapies dites complémentaires. En effet, il est important de se souvenir que l'ECR (l'essai clinique randomisé) contre placebo a d'abord été créé pour évaluer le médicament et c'est ici que le double-insu est le plus facile à réaliser. Ainsi, une médecine voulant fonder ses décisions uniquement sur le plus haut niveau de preuve favoriserait du même coup une seule thérapeutique : **le médicament.** C'est peut-être l'une des raisons qui explique que le médicament règne sur la thérapeutique

occidentale puisque lui seul peut prétendre à être correctement évalué.

> **Discréditer l'effet placebo**

Le deuxième risque est celui de discréditer ce qu'on appelle l'effet placebo.

Avec l'ECR en double-insu contre placebo, la médecine n'accepte au final que les traitements dont l'efficacité spécifique est prouvée et relègue au second plan les facteurs que l'on nomme par opposition non spécifiques, comme la relation médecin-malade, le contexte, ou les composantes symboliques d'un remède. Or, ces facteurs non spécifiques peuvent tout à fait soulager. Si nous définissons l'efficacité d'une thérapeutique comme la supériorité par rapport à l'absence de traitement (et non comme la supériorité par rapport à un placebo), les facteurs non spécifiques ou les traitements qualifiés de placebo peuvent tout à fait être considérés comme thérapeutiques. Pourquoi alors se priver d'un traitement pour la seule raison qu'il optimise et s'explique par ce qu'on appelle l'effet placebo ?

■ L'EFFET DE L'IMAGINATION

Bien que la vision de l'effet placebo soit en train de changer aujourd'hui, avec les travaux de Benedetti (6), Boussageon (7), Kaptchuck (8), une guérison *via* l'effet placebo est encore perçue avec une aura péjorative. Si on guérit *via* un placebo c'est qu'on n'était pas «vraiment» malade, c'est «dans la tête que ça se passe», etc. Cette assumption vient du lien que nous tissons quasi inconsciemment entre l'effet placebo et l'imagination. **Un remède imaginaire ne peut guérir qu'une maladie imaginaire.** En effet, lorsqu'on regarde de loin l'histoire de la médecine, il semble que nous nous

sommes débarrassés de l'imagination avec la révolution positive. La pharmacologie s'est développée et nous avons trouvé des remèdes pour beaucoup de maladies. Les charlatans et leurs faux remèdes n'ont pas complètement disparu avec la naissance de la médecine moderne. Il en reste, notamment pour exploiter les failles de la médecine conventionnelle (maladies chroniques, fonctionnelles, relation thérapeutique...). C'est bien un des enjeux des thérapies complémentaires.

■ CRITIQUE DE LA MÉDECINE OCCIDENTALE

C'est l'histoire qui est la plus souvent racontée, une histoire qui fait de la médecine moderne une médecine rationnelle, mais aussi parfois une médecine cruelle, qui coupe le corps de l'esprit, qui ne prête pas attention à l'humain mais seulement aux symptômes, etc.

C'est un discours qu'on retrouve dans la critique de la médecine occidentale par les médecines non conventionnelles. Néanmoins, cette critique est fondée sur le fait que la médecine occidentale moderne ne se préoccuperait pas de l'esprit. Dès lors, que dire de la psychiatrie ? De la psychologie à l'hôpital ? De l'hypnose ? De l'utilisation du *placebo* en tant qu'étalon or de la pharmacologie ? On peut changer l'histoire du *placebo* si l'on montre que ce qui pose problème, ce n'est pas tant l'imagination que le charlatan. **La question n'a jamais réellement été de savoir si le remède était imaginaire, la question est de savoir si le patient guérit et s'il guérit pour de bonnes raisons.** Mais, peut-on guérir pour de mauvaises raisons ?

Dans la mesure où l'effet placebo est un effet contextuel qui ne dépend pas de l'utilisation ou non d'un objet inactif, il peut et doit être utilisé en pratique soignante. Il peut sans doute se substituer à une prescription dans certaines maladies fonctionnelles ou pour traiter certains symptômes pour lesquels la médecine conventionnelle ne propose que peu de réponses. Il peut à coup sûr potentialiser l'effet des médicaments prescrits dans de nombreux cas (antalgiques, antidépresseurs...). La complémentarité des dynamiques produit actif/placebo, malade/médicament, soigner/prendre soin est au cœur de l'évolution de la médecine moderne.

Il ne faut jamais confondre vérité culturelle et vérité scientifique. Et si la maladie-état, enracinée dans le corps, ne peut être connue et soignée que par les voies de la recherche scientifique et de ses applications, la maladie-représentation, enracinée dans l'individu-au-monde ne peut être comprise et soignée que par les voies qu'indique une anthropologie. Le "territoire" de l'effet *placebo*, fait du pouvoir de la parole et du symbole sur la représentation, est toujours peuplé des attentes et des angoisses, et il requiert une action, non par des produits actifs, mais par ce travail au cœur de la représentation qui vise les interprétations des malades et qui seul peut, en les changeant, en alléger le poids. **N'est-ce pas la porte ouverte à l'auto-guérison ?**

LES DÉTERMINANTS DE LA RÉPONSE THÉRAPEUTIQUE¹

Tout effet thérapeutique est la résultante d'un effet non spécifique, constant quelle que soit la méthode

1. Remerciements au Professeur François Paille de Nancy pour son avis éclairé.

utilisée et, éventuellement, d'un effet spécifique qui permet une action directe sur la maladie, son évolution et/ou ses symptômes. Les facteurs non spécifiques qui interviennent dans le résultat thérapeutique global sont nombreux. Ils sont synthétisés dans la figure 1 et explicités ci-dessous.

■ L'ENVIRONNEMENT

L'environnement influence les représentations et croyances des patients, leurs motivations et attentes, comme d'ailleurs celles des soignants.

> L'environnement général

Il concerne la place des méthodes thérapeutiques dans la société, la façon dont elles sont perçues et relayées par les médias, les réseaux sociaux, par le niveau de reconnaissance par les instances officielles.

> L'environnement de proximité

Il s'agit de tout ce qui a un lien avec le praticien ou avec l'institution dans laquelle il travaille, avant toute prise en charge d'un patient ; par exemple la réputation du thérapeute et/ou de l'institution, l'accessibilité à la thérapie, le prix...

> L'environnement local

Il concerne le lieu physique où la prestation thérapeutique est réalisée : qualité et tenue des locaux, disposition des pièces, décoration, ambiance, convivialité, accueil...

■ LE THÉRAPEUTE

> Les caractéristiques du traitement et le rituel thérapeutique

Si l'on s'agit d'un *placebo*, sa couleur, sa forme, sa taille, sa voie d'administration... modifient son impact. Les modalités d'administration de la méthode ont une place de choix.

Le déroulement de la séance, le fait de toucher le patient ou non sont des facteurs très importants.

> L'alliance thérapeutique

La qualité de l'alliance thérapeutique que peut établir le thérapeute avec son patient est un facteur clé du résultat. Au-delà de ses caractéristiques de statut, sexe, âge..., **les qualités propres du thérapeute** en matière relationnelle, d'empathie, d'écoute, de prise en compte du patient en tant que personne et pas en tant que maladie ou organe déficient, d'échange et de communication... sont les ingrédients d'une bonne alliance avec le patient et d'un meilleur résultat thérapeutique.

> Ses représentations et croyances

Naturellement, le thérapeute a aussi ses représentations et croyances envers la maladie et le traitement proposé. Le plus souvent, un thérapeute qui propose un traitement, notamment une thérapie complémentaire, l'a choisie et s'est formé parce qu'il y croit, y adhère et il saura transmettre au patient ses convictions renforçant ainsi son efficacité.

■ LE PATIENT

> Les facteurs associés

Il présente une maladie, mais aussi des facteurs associés comme une anxiété, une diminution de son assurance et de sa confiance en lui du fait de sa pathologie et de ses conséquences qui complexifient et aggravent la situation. Il a aussi des attentes.

> Ses ressources

Il a ses ressources propres, physiologiques, biologiques et psycholo-

giques. Elles sont souvent importantes. Leur mobilisation, quelle que soit la méthode employée, est sans doute à la base de l'effet *placebo* et permet d'obtenir des résultats intéressants, d'autant plus que la maladie est fonctionnelle et/ou chronique.

> Ses représentations et croyances

Le patient a des représentations et croyances sur sa maladie et les traitements, influencées par les facteurs environnementaux et liées au thérapeute comme décrites ci-dessus, qui influencent ses choix, son adhésion au traitement et l'efficacité des méthodes.

Le résultat est largement influencé par les effets de l'esprit sur le corps (et inversement). Beaucoup de méthodes thérapeutiques complémentaires font appel aux **interactions entre le corps et l'esprit**. On commence à peine à comprendre quels mécanismes physiologiques ou biologiques peuvent expliquer ces interrelations qui sont pour autant incontestables et encore trop peu utilisées, sinon méprisées. Elles sont à la base de l'effet *placebo*. Elles améliorent notamment les facteurs associés, de stress, perte de confiance...

CONCLUSION

L'effet *placebo* ne cesse d'interroger la médecine. Il attire et inquiète à la fois. Mais pourquoi cette ambivalence voire ce déni à son égard ? L'effet *placebo* nous conduit à ne pas opposer dans une guerre sans fin l'effet pharmacologique ou technique et la dimension relationnelle de l'acte thérapeutique. L'effet *placebo*, qui a pu être contesté dans sa réalité et son importance, est en réalité un outil thérapeutique puis-

sant qui intervient quotidiennement dans la pratique clinique. Cependant des protocoles spécifiques et les progrès de la neurophysiologie montrent que son ampleur est extrêmement individuelle et variable, et surtout soumise à de nombreux facteurs d'environnement (9).

Confirmant la **puissance symbolique** de la relation médecin-malade, l'effet *placebo* est un espace thérapeutique à réhabiliter pour le bénéfice premier des patients. Espace majeur, loin d'être une tromperie... ■

✘ *L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en relation avec cet article.*

MOTS-CLÉS

Alliance thérapeutique, Effet *placebo*, Psychothérapie, Relation médecin-malade

KEYWORDS

Therapeutic alliance, Placebo effect, Psychotherapy, Physician patient relation

Bibliographie

1. Reynaud M, Coudert AJ. Essai sur l'Art Thérapeutique : du bon usage des psychotropes. Paris : Frison-Roche - Synapse, 1987.
2. Benedetti F. Placebo effects: from the neurobiological paradigm to translational implications. *Neuron* 2014 ; 84 : 623-37.
3. Benedetti F, Carlino E, Pollo A. How placebos change the patient's brain. *Neuropsychopharmacology* 2011 ; 36 : 339-54.
4. Keller PH, Giroux-Gonon A, Gonon F. Effet placebo et antidépresseurs : une revue de la littérature éclairée par la psychanalyse. *Evol Psy* 2013 ; 78 : 327-40.
5. Boussageon R, Gueyffier F, Moreau A et al. Quelques réflexions sur le double insu. *Encéphale* 2008 ; 34 : 347-51.
6. Benedetti F. How the doctor's words affect the patient's brain. *Eval Health Prof* 2002 ; 25 : 369-86.
7. Boussageon R, Gueyffier F, Moreau A, Boussageon V. La difficile mesure de l'effet placebo. *Thérapie* 2006 ; 61 : 185-90.
8. Kaptchuk TJ. Powerful placebo: the dark side of the randomised controlled trial. *Lancet* 1998 ; 351 : 1722-5.
9. Benedetti F, Pollo A, Lopiano L et al. Conscious expectation and unconscious conditioning in analgesic, motor, and hormonal Placebo/Nocebo réponses. *J Neurosci* 2003 ; 23 : 4315-23.