



Faculté de médecine

Année 2024/2025

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Juliette FRATTINA

Née le 26 août 1995 à GRENOBLE (38)

TITRE

« Pratiques de prescription des placebos en médecine générale : une enquête nationale en France »

Présentée et soutenue publiquement le **24 avril 2025** devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Adrien LEMAIGNEN, Maladies infectieuses et tropicales, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Docteur Alain AUMARECHAL, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Véronique FAUCHIER, Médecine Générale – Chartres

Directeur de thèse : Docteur Bernard RIVOAL, Médecine Générale – Voves

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*

Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*

Pr Hélène BLASCO, *Recherche*

Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Émile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'École de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL Pr Patrice DIOT

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Frédéric PATAT

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence

LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO IgorAnatomie
MALLET DonatienSoins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY CatherineAnglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVERREC Thibault	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOGLU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS – INRAE

BECKER Jérôme	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....	Praticien Hospitalier
-------------------	-----------------------

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....	Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie	Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde	Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine	Orthoptiste
-------------------------	-------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couverte d'opprobre
et méprisée de mes confrères et consœurs si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon Jury de thèse :

À Monsieur le Professeur LEMAIGNEN,

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude d'avoir accepté de présider ce jury de thèse et d'accorder de votre temps à la lecture et à l'évaluation de mon travail. Votre expertise et votre regard éclairé apportent une dimension précieuse à cette soutenance. Votre présence m'honore.

À Monsieur le Docteur RIVOAL,

Cher Directeur de thèse, il est difficile de mettre en mots toute la reconnaissance que je vous dois. Ce travail est le fruit de nombreuses heures de réflexion, d'échanges et d'apprentissage à vos côtés. Vous avez su m'accompagner avec bienveillance et cet enthousiasme communicatif a rendu cette aventure aussi formatrice qu'agréable. Vous avez été un guide, un soutien et pour cela je vous adresse un immense merci. Votre énergie et votre humour ont rythmé cette collaboration, je garderai précieusement en mémoire ces moments d'échanges stimulants et ces instants de rire partagés.

À Monsieur le Docteur AUMARECHAL,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté d'évaluer cette thèse. Bien que nous n'ayons pas eu l'occasion de travailler ensemble, votre évaluation de ce travail m'est particulièrement précieuse. Je suis reconnaissante de votre participation à ce jury et serai très attentive à vos remarques et suggestions.

À Madame la Docteur FAUCHIER,

C'est avec un immense plaisir que je vous compte parmi les membres de ce jury. Tout au long de ce semestre partagé, j'ai pu apprécier votre rigueur, votre engagement ainsi que votre sens de la pédagogie. Vos conseils toujours pertinents, prodigués avec clarté et humour, ont grandement enrichi mes réflexions. Votre vision affûtée sur mon travail est d'une grande valeur. Je vous remercie sincèrement pour votre accompagnement précieux et l'attention que vous portez à cette thèse.

Merci aux Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins des Côtes d'Armor, du Morbihan, d'Ille-et-Vilaine, des Ardennes, de l'Aube, de Meurthe-et-Moselle, du Loiret, du Cher, du Doubs, des Deux-Sèvres, de la Charente-Maritime, de la Vienne, de la Corrèze, de l'Hérault, des Bouches-du-Rhône, de la Haute-Loire, de la Seine-Maritime, de l'Eure, de la Sarthe, du Main- et-Loire, de la Loire-Atlantique et de la Guadeloupe, ainsi que le Syndicat des Médecins Généraliste de France et l'Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de La Loire, qui ont accepté de participer à la réalisation de cette thèse et de diffuser mon questionnaire.

Aujourd'hui, au terme de ce long chemin, je tiens à remercier ceux qui m'ont tenu la main.
Ils m'ont donné la force, le courage et l'ardeur, menant à cette thèse, fruit de tant de labeur.

À ma mère d'abord, mon repère, ma lumière,
Merci pour ton amour, ta patience exemplaire.
Ton soutien éternel, tes conseils précieux,
Ont nourri ma confiance pour un avenir radieux.

À ma sœur, mon frère, mes complices de cœur,
Merci pour votre écoute, vos gestes bienveillants
Ont rendu mon parcours doux et rassurant.
À mes grands-parents, guides essentiels et sages,
Vous êtes mon socle fort, à travers les âges.
Votre amour immense, votre fierté discrète,
Ont gravé dans mon cœur une force secrète.

À vous tous, nièce, tantes, oncles, cousines, cousin, belle-sœur,
Votre présence est un cadeau pour mon cœur.
À ma belle-famille, si douce et bienveillante,
Merci pour votre accueil chaleureux, votre écoute constante.

À mes amis de chaque région, confidents et compagnons,
Votre joie, vos rires, nos fêtes furent mon horizon.
Aux médecins, collègues et professionnels de santé,
Croisés sur mon chemin, riches de générosité,
Merci pour votre aide éclairée, votre savoir partagé, votre humanité,
Qui ont marqué mon parcours d'une belle fraternité.

À toi Jean-Baptiste, l'amour de ma vie,
Merci pour ta patience, ta tendresse infinie.
Ta douceur constante, tes bras chaleureux,
Font de chaque jour, un instant merveilleux.

Cette réussite, c'est la vôtre, cette thèse vous est dédiée,
Votre amour, votre aide je n'oublierai jamais.
Médecin aujourd'hui, par votre soutien précieux,
Restons ensemble, unis et heureux.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION. La prescription de placebo en médecine générale est une pratique dont l'ampleur et les motivations restent peu explorées en France, bien qu'elle soit largement documentée à l'international. Deux types de placebos peuvent être décrits, les placebos purs, substances inactives comme les pilules de sucre ou solutions salines et les placebos impurs qui incluent des procédures ou des substances actives dont l'efficacité pour la condition traitée n'a pas été prouvée (par ex. antibiotiques pour des infections virales).

OBJECTIF. Cette étude visait à explorer les pratiques de prescription des placebos en médecine générale, en évaluant la fréquence de leur utilisation, les types de placebos prescrits et leurs indications cliniques. Secondairement, ont été étudiés les perceptions éthiques et les facteurs influençant cette pratique.

MÉTHODES. Une enquête nationale a été menée, via un questionnaire en ligne, entre septembre 2024 et janvier 2025 auprès de médecins généralistes français ayant une activité libérale. Une analyse descriptive a été réalisée en donnant les fréquences des différentes catégories proposées. En complément, des modèles de régression logistique, univariés puis multivariés ont été effectués afin d'identifier les facteurs associés à la prescription de placebo puis à leur acceptabilité éthique.

RÉSULTATS. Au total, 362 réponses ont été analysées. Parmi les répondants, 80% ont déclaré avoir déjà prescrit un placebo au cours de leur carrière. Les vitamines sans bénéfice prouvé (64%) et l'homéopathie (47%) étaient les types de placebos les plus fréquemment utilisés. Les principales indications incluaient la fatigue (68%), l'anxiété légère (57%) et l'insomnie (50%). La motivation principale était d'éviter l'usage de traitements potentiellement nocifs (78%). La prescription de placebos était jugée éthiquement acceptable par 84% des participants, bien que 37% des prescripteurs n'informaient jamais leurs patients. Les modèles multivariés par régression logistique ont révélé que les femmes étaient plus susceptibles de prescrire des placebos que les hommes (OR = 1,88 ; IC 95 % : 1,06 - 3,35 ; p = 0,031). En revanche, ni l'âge ni le mode d'exercice n'étaient significativement associés à cette prescription. Par ailleurs, les praticiens jugeant cette pratique comme éthiquement acceptable avaient une probabilité 7,34 fois plus importante d'y recourir (OR = 7,34 ; IC 95 % : 3,94 – 13,88 ; p < 0,001). Les répondants n'ayant pas reçu de formation sur le sujet étaient significativement plus susceptibles de considérer la prescription comme justifiable d'un point de vue éthique (OR = 2,26 ; IC 95 % : 1,01 – 4,84 ; p = 0,04).

CONCLUSION. La prescription de placebos semblait être une pratique courante en médecine générale en France, avec une nette préférence pour les placebos impurs. Cette utilisation reposait principalement sur la volonté de limiter les prescriptions médicamenteuses potentiellement nocives et de rechercher l'effet placebo pour améliorer la qualité de vie des patients. Toutefois, la question de la transparence demeure. Une alternative émergente, les placebos ouverts, pourrait offrir un compromis éthique. Des études qualitatives sur la perception des praticiens et des patients seraient dignes d'intérêt.

MOTS-CLÉS. Placebo, médecine générale, soins primaires, prescription, éthique médicale, effet placebo.

ABSTRACT

« Placebo prescribing practices in general practice: a national survey in France »

INTRODUCTION. The prescription of placebos in general practice remains largely unexplored in France, despite being well-documented internationally. Two types of placebos can be distinguished: pure placebos, which are inactive substances such as sugar pills or saline solutions, and impure placebos, which include procedures or active substances with no proven effectiveness for the treated condition (e.g., antibiotics for viral infections).

OBJECTIVE. This study aimed to explore placebo prescription practices of general practitioners (GPs) in France by assessing the frequency of their use, the types of placebos prescribed, and their clinical indications. Secondly, ethical perceptions and factors influencing this practice were investigated.

METHODS. A national survey was conducted via an online questionnaire between September 2024 and January 2025 among French general practitioners in private practice. A descriptive analysis was performed to determine frequencies for various categories. Additionally, univariate and multivariate logistic regression models were used to identify factors associated with placebo prescription and its ethical acceptability.

RESULTS. A total of 362 responses were analyzed. Among respondents, 80% reported having prescribed a placebo at least once. The most commonly used placebos were unproven-benefit vitamins (64%) and homeopathy (47%). The primary indications included fatigue (68%), mild anxiety (57%), and insomnia (50%). The main motivation was to avoid prescribing potentially harmful treatments (78%). Placebo prescription was considered ethically acceptable by 84% of participants, although 37% of prescribing physicians never informed their patients. Multivariate logistic regression analysis showed that female physicians were more likely than male physicians to prescribe placebos (OR = 1.88; 95% CI: 1.06 - 3.35; $p = 0.031$). However, neither age nor practice setting was significantly associated with placebo prescription. Additionally, practitioners who deemed this practice ethically acceptable were 7.34 times more likely to prescribe placebos (OR = 7.34; 95% CI: 3.94 – 13.88; $p < 0.001$). Respondents who had not received training on the topic were significantly more likely to consider placebo prescription ethically justifiable (OR = 2.26; 95% CI: 1.01 – 4.84; $p = 0.04$).

CONCLUSION. Placebo prescription appears to be a common practice in general medicine in France, with a clear preference for impure placebos. The primary motivation is to reduce unnecessary drug prescriptions and harness the placebo effect to improve patients' quality of life. However, concerns about transparency persist. Open-label placebos, where patients are informed they are receiving a placebo, could present an ethical compromise. Further qualitative research is needed to explore practitioners and patient perceptions of placebo use.

KEYWORDS. Placebo, general practice, primary care, prescription, medical ethics, placebo effect.

*« Le placebo est un puissant rappel du fait que l'esprit humain
à la capacité d'influencer la physiologie du corps »*
- Fabrizio Benedetti (1)

TABLE DES MATIÈRES

<i>ABREVIATIONS.....</i>	<i>15</i>
<i>AVANT PROPOS.....</i>	<i>16</i>
<i>INTRODUCTION.....</i>	<i>17</i>
I- Le placebo : un outil thérapeutique et scientifique.....	17
II- Éthique et enjeux des placebos en pratique médicale.....	18
III- Prescription en médecine générale : état des lieux	18
<i>MATERIEL ET MÉTHODES</i>	<i>19</i>
I- Type d'enquête	19
II- Population étudiée	19
III- Conception de l'enquête	19
IV- Collectes des données.....	20
V- Critères de jugement	21
VI- Analyses statistiques.....	21
VII- Considérations éthiques.....	22
<i>RÉSULTATS</i>	<i>23</i>
I- Critères principaux	23
i- Description de la population étudiée	23
ii- Fréquence et types de placebos prescrits	24
iii- Indications de prescription.....	25
II- Critères secondaires	25
i- Motivations des prescripteurs.....	25
ii- Bénéfice pour le patient et conditions d'utilisation	26
iii- Risques associés	28
iv- Formation et connaissance sur les placebos	29
v- Transparence et perceptions éthiques.....	29

vi- Facteurs influençant la prescription de placebos	31
<i>DISCUSSION</i>	32
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	38
<i>ANNEXES</i>	42
Annexe 1. Questionnaire d'enquête	42
Annexe 2. Site internet créé proposant une définition du placebo.....	46
Annexe 3. Carte QR code	48
Annexe 4. Répartition des prescripteurs de placebo en fonction des régions (N=362)	49

ABREVIATIONS

EBM : Evidence-Based Medicine

MG : Médecin généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ECR : Essai Clinique Randomisé

DROM : Départements et Régions d’Outre-Mer

QR code : Quick Response code

Mac OS : Macintosh Operating System

CNIL : Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés

DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l’Innovation

OR : Odds ratio

IC : Intervalle de Confiance

SII : Syndrome de l’intestin irritable

TDAH : Trouble déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité

AVANT PROPOS

Cette thèse marque l'aboutissement d'un parcours académique et personnel riche en découvertes, en défis et en apprentissages. Elle explore un aspect fascinant et souvent méconnu de la médecine actuelle, essentiellement, fondées sur les faits (Evidence-Based Medicine).

La prescription de placebos, bien que sujette aux controverses, reste une pratique courante et soulève des questions complexes tant sur le plan éthique que thérapeutique (2). L'intérêt pour le sujet des placebos dans la pratique médicale est né d'une réflexion sur les rapports complexes entre efficacité thérapeutique, relation médecin-patient et éthique. L'idée d'étudier ce thème a mûri au fil des rencontres avec des patients et des professionnels de santé. Ces échanges ont mis en lumière la diversité des pratiques et des perceptions entourant l'utilisation des placebos en médecine générale.

La pratique médicale quotidienne inclut des traitements symptomatiques qui ne sont pas toujours abordés dans les recommandations scientifiques ni enseignés au cours des formations. Mon premier contact avec ces traitements s'est fait en tant que patiente d'abord, puis en tant que jeune interne. J'ai toujours été intriguée par les multiples facettes de notre exercice et mon parcours a renforcé la réflexion sur ses traitements dits « de confort ». Cela a soulevé des questions éthiques sur l'attitude à adopter face à la prescription de placebos dans des situations cliniques variées, surtout lorsqu'ils ne sont pas officiellement recommandés mais peuvent améliorer le confort des patients (2).

Ce travail vise également à alimenter le débat autour des enjeux éthiques, en s'appuyant sur les piliers de la relation thérapeutique que sont la transparence et la confiance.

Le placebo, par sa nature, se trouve à l'intersection de la science médicale et de la psychologie, offrant un sujet de recherche riche et complexe (3). Je souhaite que cette recherche contribue à un échange constructif sur les pratiques de prescription de placebos, et qu'elle incite à une réflexion approfondie.

INTRODUCTION

I- Le placebo : un outil thérapeutique et scientifique

Le mot « placebo » dérivé du latin *placere* (« plaire »), est d'abord utilisé dans un contexte religieux (« *Placebo domino in regione vivorum.* » - « *Je plairai au Seigneur dans le royaume des vivants.* » (4)) avant de prendre une connotation médicale au XVIII^e siècle, désignant des pratiques destinées à apaiser les malades lorsque les alternatives thérapeutiques efficaces étaient limitées (5,6).

Au XIX^e siècle, le placebo devient un outil central dans la recherche médicale, contribuant à poser les bases des essais cliniques modernes. Ce rôle s'est renforcé avec l'introduction des essais cliniques randomisés (ECR) un siècle plus tard. Depuis, les définitions du placebo ont évolué, passant d'une substance « inerte » à une intervention dénuée d'activité pharmacologique spécifique mais capable de déclencher des réponses thérapeutiques via des mécanismes psychologiques, contextuels et neurobiologiques (7). Cette définition met en lumière la complexité de l'effet placebo, il est indissociable de nombreux facteurs psychosociaux influençant son efficacité, tels que le contexte de prescription, la relation soignant-soigné et les attentes du patient (8–10). L'interaction avec le patient joue un rôle fondamental, mobilisant des mécanismes tels de la libération d'endorphine ou de dopamine, renforçant l'idée que l'aspect relationnel de la médecine est aussi important que ses dimensions biologiques (11,12). Aujourd'hui, l'OMS définit le placebo comme « une substance ou procédure dépourvue d'activité thérapeutique spécifique pour la maladie ou la condition étudiée, utilisée principalement dans des essais cliniques pour évaluer l'efficacité d'un traitement » (13).

L'effet placebo, tout comme son opposé l'effet nocebo, ont fait les objets d'études démontrant leur rôle dans la modulation des symptômes. Certains patients se révèlent particulièrement sensibles à ces mécanismes (14), posant la question de leur intégration dans la pratique médicale.

Dans ce cadre, on distingue deux grandes catégories de placebos : les placebos purs, comme les pilules de sucre ou les solutions salines, totalement inertes sur le plan pharmacologique, et les placebos impurs, incluant des substances ayant une activité pharmacologique sans preuve d'efficacité démontrée pour l'affection ciblée, tels que les antibiotiques prescrits pour des infections virales ou des vitamines sans carence avérée (15,16). A cela s'ajoute d'autres interventions, comme les suggestions positives, certaines médecines complémentaires ou encore des examens réalisés à la demande du patient (17).

L'effet nocebo, quant à lui, illustre un phénomène inverse : il se traduit par l'apparition ou l'aggravation de symptômes en raison d'une suggestion négative. Ce mécanisme est bien documenté dans les essais cliniques, montrant des effets négatifs fréquents chez des groupes placebo (18,19). En pratique clinique, il entraîne souvent des interruptions de traitement injustifiées, favorisées par un manque de neutralité du soignant, une prescription

anxiogène ou une relation médecin-patient altérée, soulignant l'importance de la communication dans l'adhésion thérapeutique (20,21).

II- Éthique et enjeux des placebos en pratique médicale

L'utilisation des placebos soulève des questions éthiques majeures, en particulier dans le cadre des essais cliniques randomisés (ECR), où ils constituent souvent la « règle d'or » pour démontrer l'efficacité d'un traitement. Cette méthodologie, bien qu'essentielle pour garantir des résultats fiables, suscite des interrogations sur la moralité d'administration (22). Le respect du consentement éclairé, la transparence vis-à-vis des patients et la conformité aux principes déontologiques de la médecine restent des enjeux centraux. En effet, le recours au placebo pourrait être perçu comme une tromperie ou une manipulation, remettant en question la confiance essentielle entre médecin et patient (23,24).

III- Prescription en médecine générale : état des lieux

En médecine générale, les placebos, bien que rarement reconnus dans les recommandations officielles, occupent une place importante dans la gestion de nombreuses plaintes. Les généralistes sont souvent en première ligne pour traiter des symptômes non spécifiques, des troubles fonctionnels ou des plaintes psychosomatiques. Dans ces contextes, les placebos peuvent représenter des outils pour apaiser ces symptômes tout en évitant une surmédicalisation (25). Cette situation souligne l'importance de réfléchir aux moyens d'encadrer ces pratiques.

Cette pratique est largement documentée aux États-Unis et dans certains pays d'Europe (15,17,26), cependant, elle reste peu étudiée en France en dehors du système hospitalier (27). Les études internationales révèlent que la prescription de placebos est fréquente en soins primaires. Les motivations des médecins incluent la volonté de répondre aux attentes des patients, de limiter les prescriptions inutiles et d'exploiter les effets psychologiques positifs associés au placebo (28,29). Pourtant, ces pratiques sont rarement déclarées, notamment en raison du risque de la perte de confiance du patient et de la crainte d'une stigmatisation professionnelle (23).

En France, l'absence de données nationales limite notre compréhension de l'ampleur de cette pratique chez les généralistes. Cette thèse part de l'hypothèse que, malgré l'absence de cadre formel, les médecins généralistes français ont souvent recours aux placebos pour répondre aux attentes immédiates de leurs patients, tout en limitant les risques liés à certains traitements potentiellement nocifs.

L'objectif principal de ce travail est d'explorer les pratiques de prescription des placebos en médecine générale, en évaluant la fréquence de leur utilisation, les types de placebos prescrits et leurs indications cliniques. Secondairement, seront étudiés les perceptions éthiques et les facteurs influençant cette pratique.

MATERIEL ET MÉTHODES

I- Type d'enquête

Il s'agit d'une étude quantitative, transversale, descriptive et analytique, basée sur une enquête nationale menée auprès des médecins généralistes français.

II- Population étudiée

L'étude a inclus des médecins généralistes exerçant en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM). Les participants devaient être inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins en tant que généralistes en activité ou posséder une licence de remplacement pour les médecins non thésés.

Les critères d'inclusion comprenaient :

- Exercice en cabinet libéral,
- Accepter de répondre au questionnaire en ligne de manière volontaire et anonyme.

Les médecins généralistes exerçant exclusivement en milieu hospitalier au moment de l'enquête ont été exclus de l'étude.

L'objectif principal étant purement descriptif, un nombre de sujets nécessaire n'a été calculé que pour les objectifs secondaires. Celui-ci se basait sur l'hypothèse d'une différence attendue de 15% entre les deux groupes (prescripteurs et non-prescripteurs), un risque alpha de 5 % et une puissance de 80%.

La taille d'échantillon par groupe obtenue était de 138.

III- Conception de l'enquête

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire structuré composé de 20 questions, élaboré à partir de la littérature et d'enquêtes similaires, qualitatives et quantitatives (9,15,30,31).

Le questionnaire comprenait cinq sections principales :

- Informations démographiques : données sur l'âge, le sexe, les années d'expérience professionnelle, le type de zone d'exercice (urbaine, rurale ou mixte) et le mode d'exercice. Ces variables permettent d'établir des associations potentielles entre les caractéristiques des répondants et leurs pratiques.
- Pratiques de prescription : exploration de la fréquence de prescription des placebos, des types de placebos utilisés, des indications cliniques et des principales motivations des prescripteurs.
- Considération éthique et risques perçus : opinion des médecins sur la transparence vis-à-vis des patients lors de la prescription de placebos, l'acceptabilité éthique, les situations justifiables et les risques perçus.

- Connaissances : questions sur les connaissances des répondants sur la définition du placebo, la formation (initiale et/ou continue) reçue sur ce sujet.
- Perspectives : besoins en formation sur l'utilisation des placebos en pratique clinique et partage des sources.

Avant sa diffusion, le questionnaire a été pré-testé auprès de 10 médecins généralistes pour en valider la clarté et la pertinence. Des ajustements ont été effectués, ils comprenaient : la réorganisation des sections pour améliorer la fluidité des réponses, la reformulation de questions jugées ambiguës et la suppression de questions redondantes ou peu pertinentes pour limiter le temps de réponse à 2 minutes.

Le questionnaire complet, tel qu'il a été présenté aux participants, est disponible en **Annexe 1**. Il a été diffusé en ligne via le lien : <https://forms.gle/Txzp1jj9tXAsBgPh7> et était accessible gratuitement sur la plateforme Google Forms. Une page internet a été créée et un lien a été introduit dans le questionnaire pour les participants souhaitant obtenir une définition du placebo : <https://www.definitionduplacebo.fr/> (**Annexe 2**). Les références utilisées pour élaborer le questionnaire ont également été mis à disposition.

IV- Collecte des données

L'enquête a été menée entre septembre 2024 et janvier 2025. Les participants ont été informés du caractère anonyme et confidentiel de leurs réponses, et un consentement éclairé implicite était obtenu avant le début du questionnaire.

La diffusion du questionnaire a été assurée via plusieurs canaux :

- Newsletters médicales et contacts des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins,
- Réseaux sociaux (groupes Facebook destinés aux médecins généralistes français)
- Distribution de QR codes (**Annexe 3**).

Des relances ont été effectuées le 1er décembre 2024 et 1er janvier 2025 pour encourager la participation.

Les données ont été enregistrées dans un tableau sur Mac OS, équivalent Excel. Des copies synchronisées ont été réalisées sur des supports physiques et des plateformes de stockage dématérialisées afin de prévenir toute perte accidentelle.

Dans le cadre de cette étude, plusieurs variables sociodémographiques et professionnelles ont été collectées afin d'analyser les caractéristiques des médecins interrogés. Parmi les informations recueillies figuraient l'âge et les années d'expérience en tant que médecin généraliste. Ces deux variables ont été regroupées, chacune en deux groupes, afin d'améliorer la clarté et de permettre des analyses plus approfondies.

V- Critères de jugement

Les critères principaux incluaient :

- La fréquence de la prescription de placebos ;
- Les types de placebos prescrits ;
- Les principales indications cliniques pour lesquelles les placebos étaient utilisés.

Les critères secondaires portaient sur :

- Facteurs associés à la prescription : analyses des caractéristiques des prescripteurs (âge, sexe, années d'expérience, type de pratique) ;
- Les motivations sous-jacentes des prescripteurs ;
- Risques perçus par les médecins ;
- Transparence avec les patients ;
- La perception éthique des médecins concernant cette pratique ;
- Connaissances et formations reçues sur le placebo.

VI- Analyses statistiques

Une description de l'ensemble de la population et dans chaque groupe a été réalisée en donnant les fréquences des différentes catégories pour les variables qualitatives. La comparaison entre les groupes a été faite à l'aide d'un test du chi-deux pour ces variables.

L'association avec la prescription d'un placebo, puis l'acceptabilité éthique du placebo a été étudiée via des modèles de régression logistique, univariés puis multivariés. Pour les variables explicatives catégorielles, une catégorie de référence a été choisie. Les odds-ratios, associés aux autres catégories de la variable par rapport à la catégorie de référence, ont été présentés avec leurs intervalles de confiance à 95%. Pour les variables explicatives continues, l'odds ratio associé à l'augmentation d'une unité de la variable considérée a été estimé et présenté avec son intervalle de confiance à 95%. L'hypothèse de linéarité pour chacune des variables continues a été vérifiée graphiquement. Si cette hypothèse n'avait pas été vérifiée, une catégorisation pertinente de la variable aurait été réalisée. Toutes les variables dont la p-value < 0,10 en analyse univariée, ainsi que les variables cliniquement pertinentes, ont été sélectionnées pour l'analyse multivariée, et une procédure de sélection pas à pas descendante - *Backward* - a été réalisée. Le seuil de signification a été fixé à 5% bilatéral pour tous les tests utilisés.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R version 4.3.2, et avec l'aide d'un statisticien.

VII- Considérations éthiques

L'étude a respecté les principes éthiques de la recherche en sciences médicales (32). L'anonymisation complète des données a été assurée, et aucune donnée identifiante n'a été collectée. En conséquence, l'étude n'a pas nécessité de déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ni de soumission à un comité d'éthique. Avis validé par la coordinatrice de la cellule « Recherches Non Interventionnelles » de la Direction de la Recherche et de l'Innovation, Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) de la région Centre Val de Loire.

RÉSULTATS

Entre le 20 septembre 2024 et le 20 janvier 2025, 378 médecins ont participé à l'étude. Les 378 réponses ont été relues. Seize questionnaires (4,2%) ont été exclus du fait d'un exercice exclusivement en milieu hospitalier. Finalement, 362 réponses ont été analysées.

Le nombre total de questionnaires envoyés et le pourcentage de réponses n'ont pas pu être calculés en raison de la diffusion du questionnaire via les réseaux sociaux et de l'absence de précision sur le nombre exact de questionnaires envoyés par certains Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins.

I- Critères principaux

i- Description de la population étudiée

Les caractéristiques démographiques des participants sont résumées dans la **Table 1**. Parmi les répondants, la majorité était âgée de moins de 40 ans (62,4%) et était des femmes (60,4%).

Table 1 : Caractéristiques démographiques des répondants (N=362)

Variable	Avez-vous déjà prescrit un placebo à un patient ?		
	Population	Oui, N = 290	Non, N = 72
Âge, n (%)			
< 30 ans	50 (13.81)	41 (14.14)	9 (12.50)
30 - 39 ans	176 (48.62)	135 (46.55)	41 (56.94)
40 - 49 ans	55 (15.19)	47 (16.21)	8 (11.11)
50 - 59 ans	39 (10.77)	30 (10.34)	9 (12.50)
> 60 ans	42 (11.60)	37 (12.76)	5 (6.94)
Âge (groupé), n (%)			
< 40 ans	226 (62.43)	176 (60.69)	50 (69.44)
≥ 40 ans	136 (37.57)	114 (39.31)	22 (30.56)
Sexe, n (%)			
Féminin	218 (60.39)	180 (62.28)	38 (52.78)
Masculin	143 (39.61)	109 (37.72)	34 (47.22)
Ne souhaite pas répondre	1	1	0
Années d'expérience en tant que médecin généraliste, n (%)			
< 5 ans	124 (34.25)	98 (33.79)	26 (36.11)
5-10 ans	104 (28.73)	82 (28.28)	22 (30.56)
11-20 ans	52 (14.36)	42 (14.48)	10 (13.89)
> 20 ans	82 (22.65)	68 (23.45)	14 (19.44)
Années d'expérience en tant que médecin généraliste (groupé), n (%)			
< 10 ans	228 (62.98)	180 (62.07)	48 (66.67)
≥ 10 ans	134 (37.02)	110 (37.93)	24 (33.33)
Pratique, n (%)			
Rurale	66 (18.23)	50 (17.24)	16 (22.22)
Semi-rurale	172 (47.51)	139 (47.93)	33 (45.83)
Urbaine	124 (34.25)	101 (34.83)	23 (31.94)
Exercice professionnel, n (%)			
Exclusivement en cabinet	324 (89.50)	263 (90.69)	61 (84.72)
Mixte (cabinet + hôpital)	38 (10.50)	27 (9.31)	11 (15.28)

ii- Fréquence et types de placebos prescrits

Parmi les médecins interrogés, 80,1 % ont déclaré avoir déjà prescrit un placebo au cours de leur carrière. Sur les 290 prescripteurs, 22,0 % rapportaient une utilisation hebdomadaire, 27,7 % une utilisation mensuelle, 23,4 % trimestrielle, 9,9 % annuelle et 17,0 % moins souvent.

Une grande majorité (n = 219, soit 76,0%) a rapporté utiliser des placebos impurs. La répartition géographique des prescripteurs, représentée par l'**Annexe 4**, retrouvait une représentation plus élevée dans le Grand Est (17%), les Pays de la Loire (11%) et l'Occitanie (10%).

Les types de placebos prescrits par les répondants sont représentés dans la **Figure 1**.

Parmi les propositions, les vitamines pour des conditions sans bénéfice prouvé représentaient le choix le plus fréquent (63,5%), suivies par l'homéopathie (47,2%) et les oligoéléments sans carence avérée (29,5%). Les compléments alimentaires sans validation scientifique (26,7%) et les médicaments prescrits à très faible dose sans effet thérapeutique (21,5%) sont également couramment utilisés.

Les pilules de sucre (20,5%) et les antibiotiques pour des infections virales (12,8%) étaient moins fréquemment rapportés. Parmi celles citées, les pratiques les plus rares incluaient l'acupuncture pour des conditions non prouvées (7,3%), les injections de solutions salines (4,9%) et la magnétothérapie (2,1%).

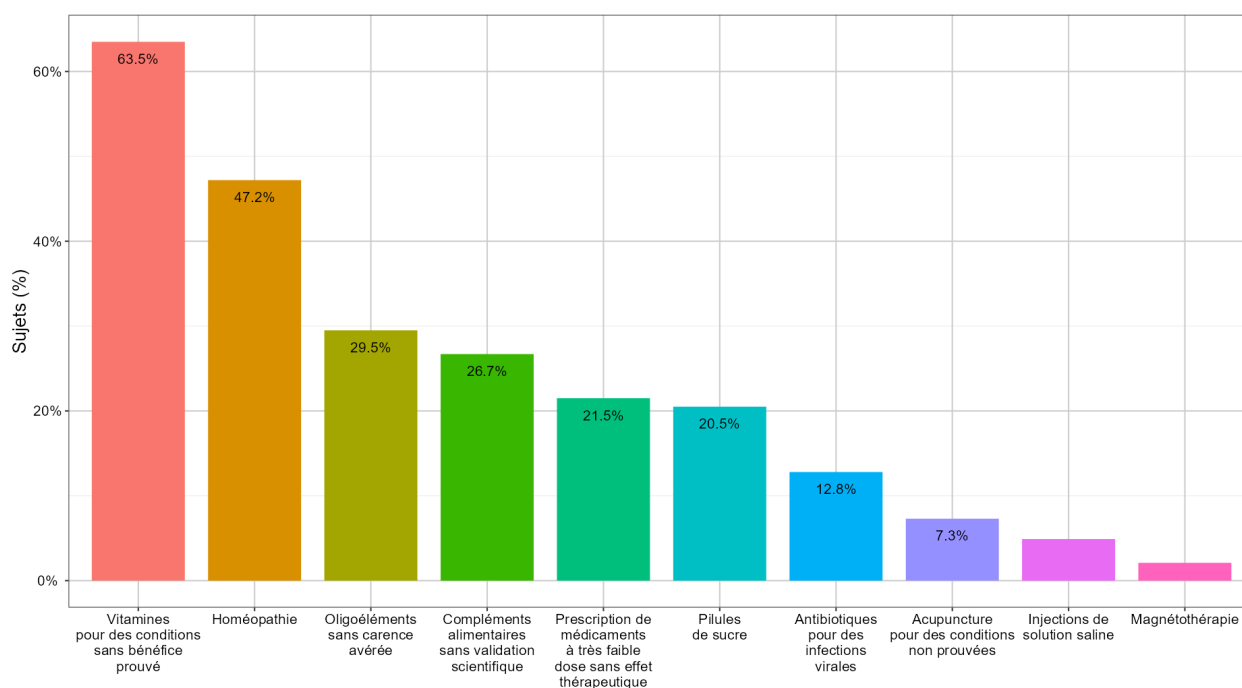


Figure 1 : Types de placebo prescrits (N=290)

iii- Indications de prescription

La fatigue apparaissait comme l'indication la plus courante (**Figure 2**), représentant 68,1% des prescriptions, suivie par l'anxiété légère (56,6%) et l'insomnie (50,3%). Les symptômes fonctionnels non spécifiques (46,5%), les affections comme le rhume et les infections des voies respiratoires supérieures (36,5%), ainsi que les crampes musculaires (33,3%) étaient également des motifs relativement fréquents de prescription. D'autres situations comme le syndrome de l'intestin irritable ou les douleurs chroniques étaient mentionnées dans des proportions moindres (respectivement 30,9% et 26,4%). La dépression légère à modérée était citée dans 21,5 % des cas.

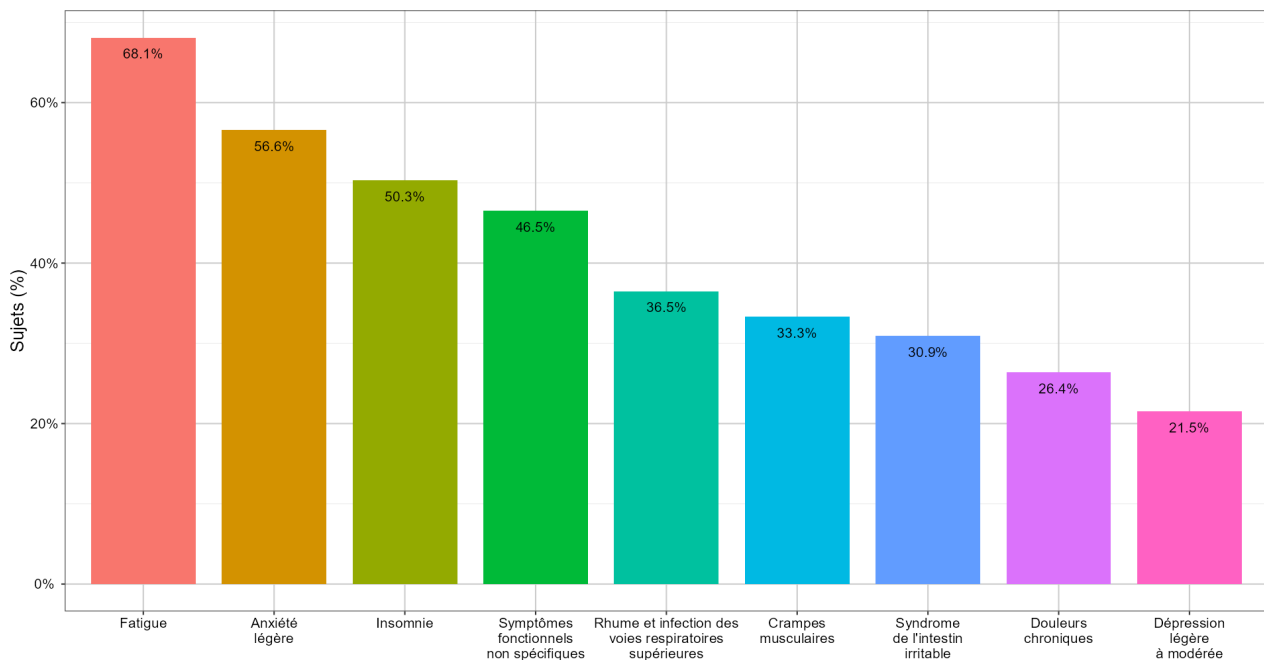


Figure 2 : Indications de prescription (N=290)

II- Critères secondaires

i- Motivations des prescripteurs

La motivation la plus fréquente était l'éviction d'utilisation de médicaments potentiellement nocifs (77,9%), suivie de l'effet psychologique positif (73,1%) et du bénéfice attendu par l'effet placebo (70,0%). Un nombre important de médecins utilisaient également les placebos pour répondre aux attentes des patients (60,7%) et prévenir l'usage abusif de médicaments (41,0%).

Les autres propositions ont été mentionnées à des proportions variées, ces détails peuvent être visualisés dans la **Figure 3**.

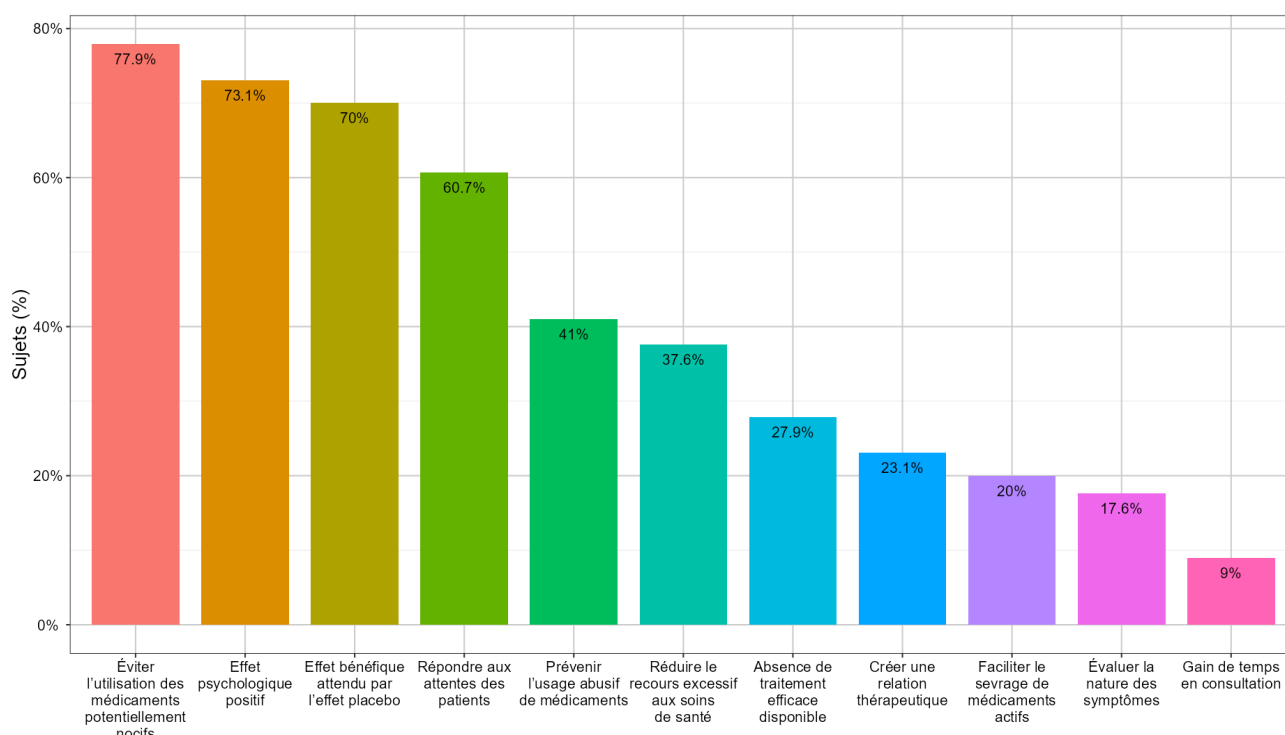


Figure 3 : Motivations des prescripteurs (N=290)

ii- Bénéfice pour le patient et conditions d'utilisation

Les médecins généralistes ont été interrogés sur leur perception du bénéfice des placebos. Les réponses ont été classées en quatre niveaux (**Table 2**), et 64,8 % des prescripteurs les estimaient plutôt bénéfiques pour le patient, contre 37,5 % des non-prescripteurs. À l'inverse, 47,2 % des non-prescripteurs les considéraient comme peu bénéfiques, contre 23,8 % des prescripteurs.

Table 2 : Estimation du bénéfice de l'utilisation des placebos par les répondants (N=362)

Variable	Avez-vous déjà prescrit un placebo à un patient ?		
	Population	Oui, N = 290	Non, N = 72
Dans quelle mesure pensez-vous que l'utilisation des placebos peut être bénéfique pour le patient ?, n (%)			
Pas du tout bénéfique	11 (3.04)	3 (1.03)	8 (11.11)
Peu bénéfique	103 (28.45)	69 (23.79)	34 (47.22)
Plutôt bénéfique	215 (59.39)	188 (64.83)	27 (37.50)
Très bénéfique	33 (9.12)	30 (10.34)	3 (4.17)

Des conditions justifiant l'utilisation du placebo ont été proposées aux participants (**Figure 4**).

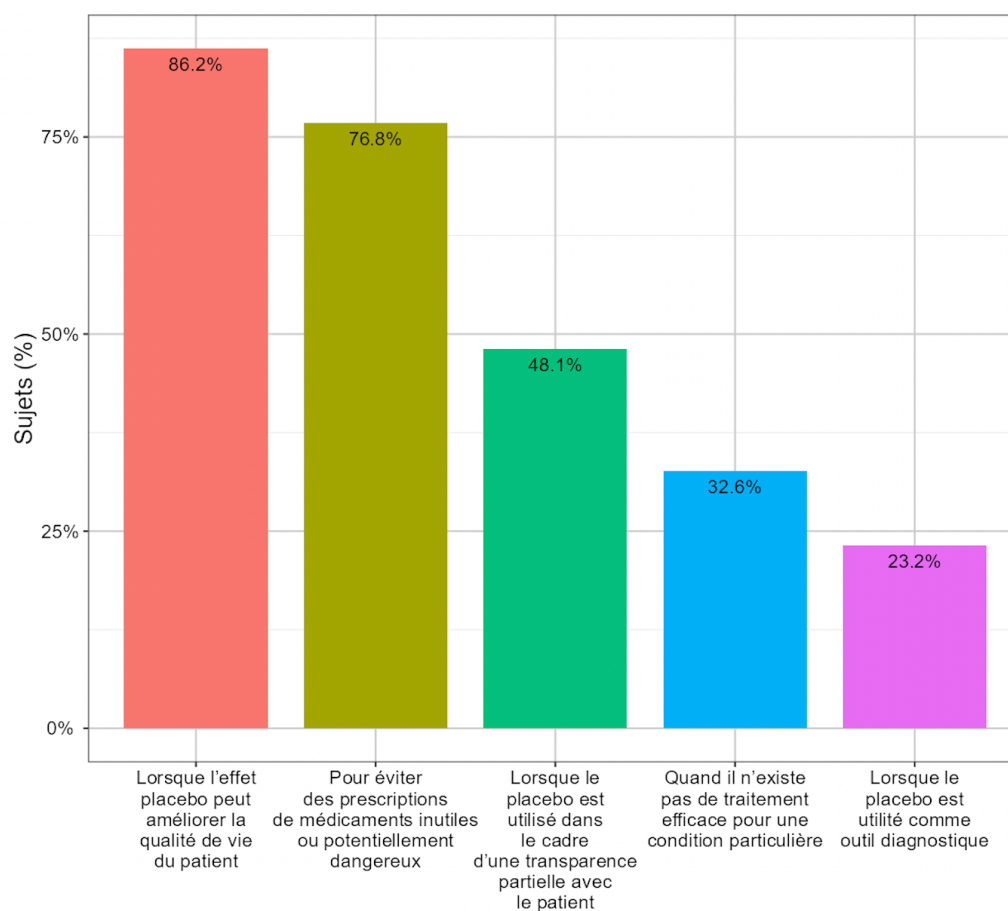


Figure 4 : Conditions justifiant l'utilisation du placebo (N=362)

Les prescripteurs de placebos étaient nombreux à les prescrire pour améliorer la qualité de vie des patients (88,6% contre 76,4%) ainsi que pour éviter des prescriptions de médicaments inutiles ou potentiellement dangereux (80,0% contre 63,9% chez les non prescripteurs). L'absence de traitement efficace était évoquée par 36,2 % des prescripteurs et 18,1 % des non prescripteurs. Une transparence partielle avec le patient était jugée acceptable par 51,0 % des prescripteurs et 36,1 % des non prescripteurs. L'utilisation du placebo comme outil diagnostique restait minoritaire (21,4% des prescripteurs, 30,6% des non prescripteurs) (**Table 3**).

Table 3 : Conditions perçues comme justifiant l'utilisation des placebos (N=362)

Variable	Avez-vous déjà prescrit un placebo à un patient ?		
	Population	Oui, N = 290	Non, N = 72
Selon vous, dans quelles conditions l'utilisation de placebos est-elle justifiée ?			
- Pour éviter des prescriptions de médicaments inutiles ou potentiellement dangereux, n (%)			
Oui	278 (76.80)	232 (80.00)	46 (63.89)
Non	84 (23.20)	58 (20.00)	26 (36.11)
- Lorsque l'effet placebo peut améliorer la qualité de vie du patient, n (%)			
Oui	312 (86.19)	257 (88.62)	55 (76.39)
Non	50 (13.81)	33 (11.38)	17 (23.61)
- Quand il n'existe pas de traitement efficace pour une condition particulière, n (%)			
Oui	118 (32.60)	105 (36.21)	13 (18.06)
Non	244 (67.40)	185 (63.79)	59 (81.94)
- Lorsque le placebo est utilisé dans le cadre d'une transparence partielle avec le patient (informer le patient que le traitement pourrait avoir un effet bénéfique sans entrer dans les détails sur son manque d'effet pharmacologique), n (%)			
Oui	174 (48.07)	148 (51.03)	26 (36.11)
Non	188 (51.93)	142 (48.97)	46 (63.89)
- Lorsque le placebo est utilisé comme outil diagnostique, n (%)			
Oui	84 (23.20)	62 (21.38)	22 (30.56)
Non	278 (76.80)	228 (78.62)	50 (69.44)

iii- Risques associés

Divers risques potentiellement liés à la prescription de placebos ont été soumis à l'évaluation des participants (**Table 4**). Le risque le plus fréquemment cité était la perte de confiance du patient en cas de découverte de l'utilisation du placebo, mentionnée par 54,1 % des répondants, et particulièrement par 79,2 % des non prescripteurs. Le manque d'efficacité réelle, surtout dans les conditions graves était principalement souligné par le groupe prescripteurs (54,5%).

Table 4 : Perception des risques associées à la prescription de placebos (N=362)

Variable	Avez-vous déjà prescrit un placebo à un patient ?		
	Population	Oui, N = 290	Non, N = 72
Quels sont, selon vous, les risques associés à la prescription de placebos ?			
- Impact éthique : atteinte à l'autonomie du patient, n (%)			
Oui	91 (25.14)	60 (20.69)	31 (43.06)
Non	271 (74.86)	230 (79.31)	41 (56.94)
- Risque liée à l'effet nocebo, n (%)			
Oui	109 (30.11)	92 (31.72)	17 (23.61)
Non	253 (69.89)	198 (68.28)	55 (76.39)
- Manque d'efficacité réelle, surtout dans les conditions graves, n (%)			
Oui	195 (53.87)	158 (54.48)	37 (51.39)
Non	167 (46.13)	132 (45.52)	35 (48.61)
- Perte de confiance du patient si l'utilisation du placebo est découverte, n (%)			
Oui	196 (54.14)	139 (47.93)	57 (79.17)
Non	166 (45.86)	151 (52.07)	15 (20.83)
- Délais dans la prise en charge d'une condition médicale réelle, n (%)			
Oui	104 (28.73)	83 (28.62)	21 (29.17)
Non	258 (71.27)	207 (71.38)	51 (70.83)

iv- Formation et connaissance sur les placebos

Parmi les participants, seulement 13,8 % déclarent avoir reçu une formation spécifique sur l'utilisation des placebos. En revanche, 86,2 % rapportent ne pas avoir bénéficié d'un enseignement formel sur le sujet. Lorsque la question de l'intérêt pour une telle formation a été posée, 59,1 % des répondants dont 61,1 % des non prescripteurs se disaient favorable à recevoir une formation sur l'utilisation des placebos.

Par ailleurs, 89,2 % des participants n'ont pas eu besoin de consulter la définition proposée dans l'enquête.

v- Transparence et perceptions éthiques

Lorsqu'ils prescrivaient des placebos (N=290), la plupart des participants (37,2%) ont déclaré ne jamais informer leurs patients. Seulement 12,1 % adoptaient une transparence totale.

84,0 % des médecins répondants, dont plus de la moitié des non prescripteurs (58,3%) considéraient cette pratique comme éthiquement acceptable (**Table 5**).

Table 5 : Acceptabilité éthique et information donnée au patient sur la prescription de placebo (N=362)

Variable	Avez-vous déjà prescrit un placebo à un patient ?		
	Population	Oui, N = 290	Non, N = 72
Pensez-vous que prescrire un placebo est éthiquement acceptable ?, n (%)			
Oui	304 (83.98)	262 (90.34)	42 (58.33)
Non	58 (16.02)	28 (9.66)	30 (41.67)
Informez-vous les patients que vous leur prescrivez un placebo ?, n (%)			
Jamais	108 (37.24)	108 (37.24)	0 (NA)
Parfois	82 (28.28)	82 (28.28)	0 (NA)
Rarement	65 (22.41)	65 (22.41)	0 (NA)
Toujours	35 (12.07)	35 (12.07)	0 (NA)
Missing	72	0	72

Après analyse univariée par régression logistique lié à l'acceptabilité éthique, l'âge, le sexe, l'expérience professionnelle et le lieu de pratique (rurale, semi-rurale, urbain) ne montraient pas d'association significative (résultats détaillés dans la **Figure 5**).

En revanche, les médecins ayant déjà prescrit un placebo étaient 6,68 fois plus susceptibles de la percevoir comme conforme aux principes éthiques (OR = 6,68 ; IC 95 % : 3,64 – 12,38 ; p < 0,001), comme les praticiens n'ayant pas reçu de formation sur le sujet avaient une probabilité deux fois plus élevée de considérer cette pratique comme éthiquement acceptable (OR = 2,08 ; IC 95 % : 1 – 4,15 ; p = 0,042).

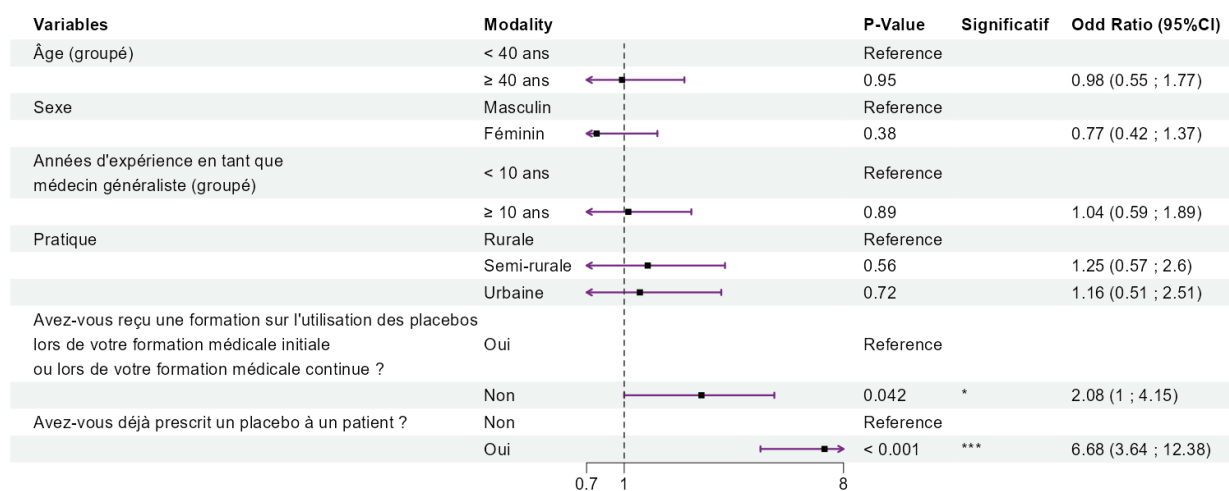


Figure 5 : Analyse univariée par régression logistique lié à l'acceptabilité éthique

Pour approfondir, une analyse multivariée a confirmé certains résultats (**Figure 6**). L'âge et le sexe ne montraient toujours pas d'association significative (OR = 0,42 et OR = 0,62 ; $p > 0,05$).

Les médecins ayant déjà prescrit un placebo étaient 7,49 fois plus susceptibles de la percevoir comme légitime (OR = 7,49 ; IC 95 % : 3,99 – 14,3 ; $p < 0,001$). Les répondants n'ayant pas reçu de formation sur le sujet étaient significativement plus susceptibles de considérer cette pratique comme éthiquement acceptable (OR = 2,26 ; IC 95 % : 1,01 – 4,84 ; $p = 0,04$).

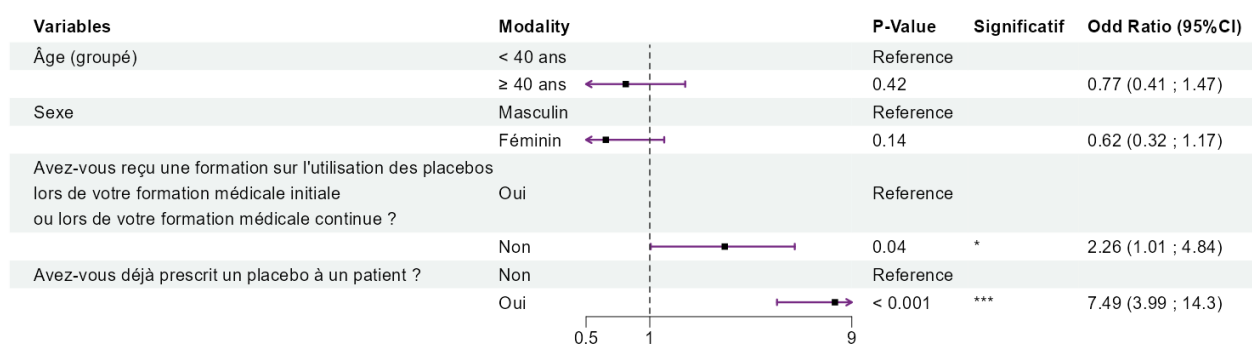


Figure 6 : Analyse multivariée des facteurs associées à l'acceptabilité éthique de la prescription de placebos

vi- Facteurs influençant la prescription de placebos

Une nouvelle analyse univariée par régression logistique liée, cette fois ci, à la prescription de placebos, a mis en évidence une probabilité de prescription plus élevée chez les médecins qui considéraient cette pratique comme éthiquement acceptable (OR = 6,68). L'âge, le sexe féminin, le nombre d'années d'expérience, le lieu de pratique et l'absence de formation n'étaient pas significativement associés à la prescription de placebos (Figure 7).

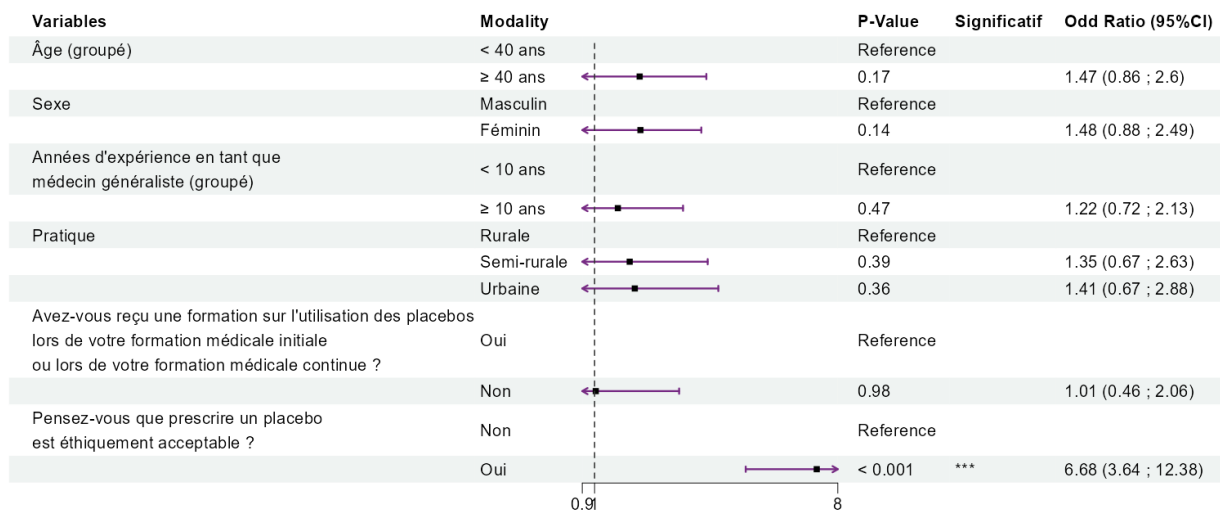


Figure 7 : Analyse univariée par régression logistique lié à la prescription de placebo

Il a été observé, après ajustement par analyse multivariée, que les femmes étaient 1,88 fois plus susceptible de prescrire un placebo (OR = 1,88 ; IC 95 % : 1,06 – 3,35 ; $p = 0,031$) (Figure 8).

On retrouve également que les médecins considérant cette prescription comme éthiquement acceptable avaient une probabilité 7,34 plus élevée de prescrire un placebo (OR = 7,34 ; IC 95 % : 3,94 – 13,88 ; $p < 0,001$).

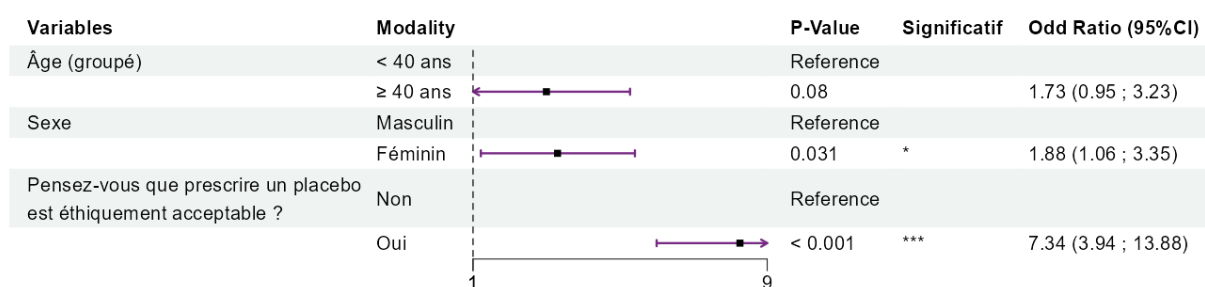


Figure 8 : Analyse multivariée par régression logistique lié à la prescription de placebo

DISCUSSION

Cette étude visait à évaluer les pratiques de prescription de placebos par les médecins généralistes français. Près de 80 % des répondants y avaient déjà recours, principalement en utilisant des placebos « impurs » comme des vitamines sans carence avérée ou de l'homéopathie. Ils étaient majoritairement utilisés dans un contexte de fatigue, d'anxiété légère et d'insomnie. Les motivations relevaient d'une approche pragmatique : éviter l'utilisation de traitements potentiellement nocifs, induire un effet psychologique positif ou rechercher l'effet bénéfique attendu par l'effet placebo. Un point marquant concernait la perception éthique : 84 % des médecins considéraient cette prescription acceptable, bien que la transparence restait limitée. Ainsi, 37 % ne révélaient jamais la nature placebo du traitement, soulevant des questions sur le consentement éclairé. Les médecins de sexe féminin et les médecins jugeant cette pratique éthiquement acceptable étaient plus enclins à les prescrire. Par ailleurs, l'absence de formation sur le sujet était associée à une perception plus favorable de son acceptabilité éthique.

Notre étude constitue une approche descriptive sur la prescription de placebo en médecine générale. À ce jour, et à notre connaissance, il s'agit de la première enquête nationale menée en France sur ce sujet, apportant de nouvelles données à un domaine encore peu exploré dans ce contexte. Par ailleurs, notre étude ne se limitait pas à quantifier la fréquence et les types de placebos prescrits, elle intégrait également une dimension éthique en analysant la perception des médecins et leur niveau de transparence vis-à-vis des patients.

Son approche reposait sur une enquête transversale, méthode de référence pour estimer une prévalence, et s'appuyait sur un questionnaire construit à partir de la littérature existante. Nous avons complété ce travail descriptif en recherchant des associations entre certains facteurs et la prescription de placebo ou son acceptabilité éthique, via des modèles de régression logistique, univariés puis multivariés.

Néanmoins, l'interprétation des résultats de cette étude doit tenir compte de plusieurs limites méthodologiques ayant un impact important sur la validité et la généralisation des résultats. En effet, la diffusion du questionnaire par méthode de convenance a pu induire un biais de sélection : la participation volontaire des médecins a pu favoriser la sélection de praticiens ayant un intérêt particulier pour le sujet et les médecins n'ayant pas répondu pourraient avoir des pratiques différentes de ceux ayant participé. Ce biais est particulièrement préoccupant en raison de l'absence d'information sur le taux de réponse et du nombre total de questionnaires envoyés, empêchant toute estimation de son impact. Un échantillonnage aléatoire stratifié aurait été plus adapté mais plus complexe et entraînant un coût plus élevé.

Par ailleurs, bien que la diffusion du questionnaire par voie électronique (mails, réseaux sociaux, QR codes) ait permis une large distribution, elle a pu limiter la participation des médecins moins connectés, réduisant ainsi la diversité des répondants et induire un biais d'échantillonnage.

Notre étude reposait sur des données auto-déclarées, exposant les résultats à un biais de désirabilité sociale susceptible d'influencer la sincérité des réponses. Nous avons tenté d'atténuer ce biais par l'anonymat strict des réponses et en formulant des questions neutres et non jugeantes. Il convient toutefois de noter qu'un biais de mémoire, inhérent aux études transversales, a pu influencer la précision des déclarations, notamment lorsque les participants devaient se remémorer leurs pratiques ou les contextes spécifiques de prescription. Afin de réduire cet effet, des plages de réponses ont été proposées pour faciliter l'estimation et éviter des réponses trop détaillées. Dans le prolongement de ces limites, même si le questionnaire fournissait une définition claire et standardisée des placebos, une interprétation subjective par certains répondants restait possible. Cette variabilité pourrait avoir influencé la classification des réponses, en particulier concernant la distinction entre placebos purs et impurs. Un enjeu majeur des enquêtes sur l'utilisation des placebos réside justement dans le concept de placebo impur, dont la définition dépend souvent des attitudes personnelles et du contexte clinique. De nombreux médecins ne connaissent pas ce terme (33), ce qui rend les données sur les placebos purs plus fiables que sur les placebos impurs. S'ajoute l'évolution des connaissances scientifiques, qui durant la période d'enquête, aurait pu avoir modifié la classification de certains traitements.

Des facteurs non mesurés, tels que les spécificités de la patientèle ou les politiques locales de prescription, pourraient également influencer les pratiques et introduire des biais de confusion difficile à éliminer totalement.

Les résultats obtenus dans cette étude doivent ainsi, être interprétés avec prudence.

L'idée que l'effet placebo repose sur un mensonge est ancré depuis plus d'un demi-siècle, influençant autant les croyances des médecins que celles des patients. Toutefois, au cours des vingt dernières années, des recherches rigoureuses publiées dans des revues scientifiques de référence (19,34) ont remis en question ces idées reçues et démontré leur inexactitude.

L'utilisation médicale des placebos est abondamment documentée dans la littérature internationale. Nos résultats rejoignent des observations rapportées dans différentes études. Une méta-analyse publiée en 2018 dans la revue *PLoS One*, a évalué la fréquence d'utilisation des placebos par les médecins généralistes dans près de 16 études et 13 pays différents (35). Elle révélait une prévalence de prescription, au moins une fois dans leur carrière, allant de 29 à 97 %. Le taux observé dans notre étude placerait les médecins français parmi les praticiens les plus enclins à utiliser des placebos, au même niveau que leurs homologues allemands, suisses ou danois, mais en dessous des proportions rapportées dans certaines études menées au Royaume-Unis (17).

Les placebos utilisés par les praticiens interrogés dans notre enquête, appartiennent à la catégorie des placebos impurs. Ce choix reflète les tendances similaires observées avec l'utilisation de vitamines (utilisées par 23 à 75% des généralistes), de l'homéopathie (33 à 58%), d'antibiotiques (17 à 69%) et de compléments alimentaires (35 à 59%) (29,30,35). Pour la majorité des médecins exerçant en soins primaire, la prescription des placebos visait avant tout à répondre aux attentes et demandes des patients et à atténuer leurs symptômes en exploitant l'effet placebo (15,36,37), deux motivations également fortement représentées dans notre étude.

Une particularité française pourrait résider dans l'accent mis sur la minimisation des risques sur l'utilisation des médicaments potentiellement nocifs, résultat principal de notre enquête, qui infirme donc une partie de notre hypothèse initiale. Bien que certains défenseurs des placebos, tels que Benedetti et Kaptchuk, soutiennent également qu'ils peuvent, dans certaines situations, remplacer des traitements plus agressifs ou inutiles (38), cette justification reste minoritaire dans la littérature.

Malgré une prise de conscience croissante des professionnels de santé, la prescription médicamenteuse reste très fréquente en France : près de 8 consultations médicales sur 10 aboutissent à une prescription médicamenteuse (39,40). Le pays figure parmi les plus grands consommateurs d'antibiotiques et de psychotropes en Europe (41), et une part non négligeable (12,8%) des placebos prescrits par les médecins généralistes de notre étude correspondait à des antibiotiques utilisés pour traiter des infections virales. L'usage raisonné des médicaments demeure un enjeu de santé publique, notamment pour éviter le mésusage thérapeutique et limiter les risques liés à une prescription inappropriée.

Les bénéfices du placebo ne sont pas observés uniquement chez les médecins généralistes : d'autres spécialistes, comme les rhumatologues et internistes (16), ainsi que d'autres professionnels hospitaliers décrivaient eux aussi des avantages liés à son utilisation (42,43). Ces résultats soulignent l'intérêt clinique du placebo dans divers contextes médicaux, toujours dans le but commun d'améliorer la qualité de vie des patients. Un sujet suscitant un si grand intérêt qu'il existe même une revue entièrement consacrée au placebo : *Journal of Interdisciplinary Placebo Studies* (<https://jips.online/>) et que celui-ci n'est pas seulement utilisé pour traiter les malades. Le placebo a été utilisé pour tester l'amélioration de la créativité chez des sujets sains ou majorer les performances physiques de certains athlètes (44,45).

Cependant, bien que l'intérêt clinique des placebos soit reconnu, une inquiétude majeure persiste : le risque de la perte de confiance du patient s'il découvre son utilisation (9,30,37). Dans notre étude, plus de la moitié des répondants, en particulier les non prescripteurs, exprimaient cette préoccupation, pouvant montrer une certaine réticence à utiliser cette pratique. Cette hésitation pourrait en partie s'expliquer par la manière dont les médecins abordent la question de la transparence avec leurs patients. Que ce soit dans notre étude ou dans la littérature, la majorité des praticiens déclaraient ne jamais informer leurs patients de la nature réelle du traitement (30,35,37). Cette ambiguïté dans la communication ne semblait cependant pas être perçue comme un problème éthique majeur par les praticiens de notre étude, puisque 84% des répondants, dont plus de la moitié des non prescripteurs, considéraient cette pratique comme éthiquement acceptable.

Cela met en lumière un paradoxe : bien que la crainte d'une perte de confiance soit largement partagée, une majorité de médecins continue d'opter pour une forme de dissimulation, probablement dans l'objectif de préserver l'effet thérapeutique du placebo. La question du consentement joue un rôle central dans cette problématique. Dès 1966, Henry K. Beecher, pionnier dans l'analyse de l'effet placebo, dénonçait l'absence

d'informations données aux patients dans certaines recherches. Ses critiques ont contribué à l'évolution des normes éthiques et à la rédaction de la Déclaration d'Helsinki, qui impose aujourd'hui une information claire et loyale aux patients (46,47).

Dans ce contexte, la formation des médecins joue un rôle essentiel. Si les principes éthiques fondamentaux sont largement enseignés, la place du placebo dans la pratique médicale reste peu abordée en France. Or, notre étude suggérait que l'absence de formation spécifique pourrait influencer la perception éthique de cette pratique. Une formation plus approfondie aux notions d'autonomie, de consentement éclairé et de transparence rend-elle les praticiens plus critiques ? Une meilleure compréhension des limites du placebo (risque de déception, perte de confiance, effet nocebo) les incite-t-elle à plus de prudence ? Un engagement plus marqué en faveur d'une médecine fondée sur les preuves (EBM) modifie-t-il leur approche ? Ces questions soulignent l'intérêt d'examiner les différentes formations existantes sur le placebo afin d'évaluer leur impact sur les perceptions et les pratiques des médecins généralistes.

Une approche innovante émerge et pourrait en partie résoudre ce dilemme éthique : les placebos ouverts (open-label placebos). Plutôt que de masquer la nature du traitement, cette pratique repose sur une transparence totale, le patient étant informé qu'il reçoit un placebo et donnant son consentement en connaissance de cause. L'explication de ses mécanismes d'action et de son potentiel effet thérapeutique fait partie intégrante du processus. Cette approche s'appuie sur l'idée que l'efficacité du placebo ne repose pas uniquement sur la « tromperie », mais également sur des mécanismes psychologiques et contextuels inhérents à la relation soignant-soigné (28,48). Les essais cliniques pour les placebos ouverts se révèlent prometteurs dans des contextes applicables à la médecine générale. Une étude menée auprès de 97 patients souffrant de lombalgie a mis en évidence une réduction significative de la douleur et des limitations fonctionnelles après l'administration d'un « placebo honnête » (49). L'analyse de onze études sur le sujet a montré un effet bénéfique sur diverses affections, notamment les douleurs dorsales, la fatigue liée au cancer, le TDAH, la rhinite allergique, la dépression majeure, le syndrome du côlon irritable et les bouffées de chaleur de la ménopause (50). Par ailleurs, l'introduction d'un comprimé placebo un jour sur trois dans le cadre d'un traitement de substitution aux opioïdes a permis de réduire la consommation globale de ces médicaments (51). Une diminution de 30 % de l'usage des opioïdes a également été observée après une chirurgie du rachis (52).

Son utilisation a une acceptation variable par les médecins et les patients et pourrait, en effet, entraîner un effet Hawthorne, qui décrit la situation dans laquelle les résultats d'une expérience ne sont pas dus aux facteurs expérimentaux mais au fait que les sujets ont conscience de participer à une expérience, ce qui se traduit généralement par une plus grande motivation (53), et qui ajouterait une difficulté à l'interprétation de certains résultats (14,26).

Les résultats de cette étude soulèvent plusieurs pistes de recherche et d'amélioration des pratiques médicales concernant la prescription de placebos en médecine générale. L'intégration du placebo et la reconnaissance de ses effets bénéfiques se heurtent régulièrement à d'importantes résistances, tant au sein du milieu médical qu'auprès de l'opinion publique (54,55). Des débats médiatiques intenses, illustrés notamment par la polémique autour du déremboursement de l'homéopathie (56) ou encore par les effets indésirables rapportés à la suite de la vaccination contre la Covid-19 (18), témoignent de l'importance des enjeux liés au couple placebo-nocebo dans l'évaluation thérapeutique moderne. Ces controverses révèlent les difficultés auxquelles se confrontent les professionnels formés à la médecine fondée sur les preuves, lorsque ces derniers doivent intégrer des variables complexes comme les croyances, les attentes ou les émotions des patients dans leur pratique quotidienne.

Afin de mieux caractériser cette pratique et d'en affiner la compréhension, des études complémentaires plus rigoureuses et de meilleure qualité pourraient être envisagées.

La mise en place d'études qualitatives, basées sur des entretiens semi-directifs ou des focus groups, pourraient explorer en profondeur les motivations des prescripteurs et les barrières à l'utilisation des placebos. De plus, une étude longitudinale permettrait de suivre l'évolution des pratiques et des perceptions des médecins généralistes sur le long terme, en particulier dans un contexte où l'encadrement éthique et législatif pourrait évoluer. Par ailleurs, une étude expérimentale pourrait être menée pour tester l'acceptabilité, l'efficacité et le rapport coût-bénéfice des placebos ouverts en médecine générale en France, comparant différentes modalités d'information et d'administration des traitements.

Ce travail montre que la prescription de placebo est une réalité quotidienne en médecine générale, mais son encadrement reste flou. L'élaboration de recommandations officielles, sous l'égide des sociétés savantes et des instances sanitaires (HAS, Collège de médecine générale, Ordre des Médecins), permettrait d'apporter un cadre clair à cette pratique. Ces recommandations pourraient préciser dans quels contextes le placebo peut être envisagé, quelles pratiques sont éthiquement acceptables, et comment informer le patient de manière transparente sans altérer l'effet thérapeutique. Il serait également pertinent d'interroger directement les facultés de médecine afin d'évaluer leur position concernant l'intégration éventuelle d'une formation spécifique sur l'utilisation des placebos dans les cursus médicaux. Des formations continues pourraient sensibiliser davantage les médecins à un usage raisonné et bénéfique, en insistant sur l'efficacité de l'effet médecin en soins primaires (57,58), et ainsi tendre vers une désescalade thérapeutique.

L'acceptabilité des placebos, et en particulier des placebos ouverts, dépend également de la perception qu'en ont les patients, qu'il serait également pertinent d'explorer. Des campagnes d'information et d'éducation thérapeutique pourraient être mises en place pour faire prendre conscience au grand public de l'impact des attentes et des croyances dans l'effet des traitements, de déconstruire certaines idées reçues sur le placebo. Une meilleure compréhension des mécanismes de l'effet placebo pourrait réduire les réactions négatives face à son utilisation et favoriser une approche plus pragmatique et éclairée des traitements et de la surprescription en

médecine générale. En rendant le patient acteur de sa santé, il devient lui-même un élément actif du processus thérapeutique et devient ainsi lui-même source d'un effet thérapeutique réel (59–61).

En conclusion, cette étude ouvre la voie à de futures recherches et initiatives visant à encadrer et optimiser la prescription des placebos en médecine générale. L'enjeu est de garantir une pratique plus transparente, qui respecte les principes fondamentaux de notre pratique, tout en intégrant l'importance de la relation médecin patient et de la dimension humaine dans l'efficacité des soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Frisaldi E, Shaibani A, Benedetti F. Understanding the mechanisms of placebo and nocebo effects. *Swiss Med Wkly*. 1 sept 2020;150(3536):w20340-w20340.
2. Skierka AS, Michels KB. Ethical principles and placebo-controlled trials – interpretation and implementation of the Declaration of Helsinki’s placebo paragraph in medical research. *BMC Med Ethics*. 15 mars 2018;19(1):24.
3. Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Placebo interventions for all clinical conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 20 janv 2010;2010(1):CD003974.
4. Pinsault RM& N. *Le Monde diplomatique*. 2019 [cité 18 oct 2024]. « Placebo », de la liturgie à l’objet politique. Disponible sur: <https://www.monde-diplomatique.fr/2019/04/MONVOISIN/59744>
5. Moerman DE, Jonas WB. Deconstructing the Placebo Effect and Finding the Meaning Response. *Ann Intern Med*. 19 mars 2002;136(6):471-6.
6. Linde K, Fässler M, Meissner K. Placebo interventions, placebo effects and clinical practice. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*. 27 juin 2011;366(1572):1905-12.
7. Beecher HK. The powerful placebo. *J Am Med Assoc*. 24 déc 1955;159(17):1602-6.
8. Benedetti F. Placebo effects: the need for a new perspective and conceptualization.
9. Bishop FL, Howick J, Heneghan C, Stevens S, Hobbs FDR, Lewith G. Placebo use in the UK: a qualitative study exploring GPs’ views on placebo effects in clinical practice. *Fam Pract*. 1 juin 2014;31(3):357-63.
10. Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *The Lancet*. févr 2010;375(9715):686-95.
11. Benedetti F, Lanotte M, Lopiano L, Colloca L. When words are painful: Unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience*. juin 2007;147(2):260-71.
12. Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE, et al. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ*. 3 mai 2008;336(7651):999-1003.
13. World Health Organization. Placebos and their uses in clinical practice. 2021.
14. Pardo-Cabello AJ, Manzano-Gamero V, Puche-Cañas E. Placebo: a brief updated review. *Naunyn Schmiedeberg Arch Pharmacol*. 2022;395(11):1343-56.
15. Hróbjartsson A, Norup M. The Use of Placebo Interventions in Medical Practice—A National Questionnaire Survey of Danish Clinicians. *Eval Health Prof*. juin 2003;26(2):153-65.
16. Tilburt JC, Emanuel EJ, Kaptchuk TJ, Curlin FA, Miller FG. Prescribing « placebo treatments »: results of national survey of US internists and rheumatologists. *BMJ*. 23 oct 2008;337(oct23 2):a1938-a1938.
17. Howick J, Bishop FL, Heneghan C, Wolstenholme J, Stevens S, Hobbs FDR, et al. Placebo Use in the United Kingdom: Results from a National Survey of Primary Care Practitioners. *PLoS ONE*. 20 mars 2013;8(3):e58247.

18. Haas JW, Bender FL, Ballou S, Kelley JM, Wilhelm M, Miller FG, et al. Frequency of Adverse Events in the Placebo Arms of COVID-19 Vaccine Trials: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 4 janv 2022;5(1):e2143955.
19. Colloca L, Barsky AJ. Placebo and Nocebo Effects. *N Engl J Med*. 6 févr 2020;382(6):554-61.
20. Colloca L, Finniss D. Nocebo Effects, Patient-Clinician Communication, and Therapeutic Outcomes. *JAMA*. 8 févr 2012;307(6):567-8.
21. Wells RE. To Tell the Truth, the Whole Truth, May Do Patients Harm: The Problem of the Nocebo Effect for Informed Consent. *Am J Bioeth*. mars 2012;12(3):22-9.
22. Durand G. L'utilisation du placebo dans les essais cliniques est-elle légitime ? *Éthique Santé*. 1 sept 2024;21(3):225-32.
23. Blease C, Colloca L, Kaptchuk TJ. ARE OPEN-LABEL PLACEBOS ETHICAL? INFORMED CONSENT AND ETHICAL EQUIVOCATIONS. *Bioethics*. juill 2016;30(6):407-14.
24. Benedetti F, Carlino E, Pollo A. How Placebos Change the Patient's Brain. *Neuropsychopharmacology*. janv 2011;36(1):339-54.
25. Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Is the Placebo Powerless?: An Analysis of Clinical Trials Comparing Placebo with No Treatment. *N Engl J Med*. 24 mai 2001;344(21):1594-602.
26. Bernstein MH, Locher C, Stewart-Ferrer S, Buegler S, DesRoches CM, Dossett ML, et al. Primary care providers' use of and attitudes towards placebos: An exploratory focus group study with US physicians. *Br J Health Psychol*. sept 2020;25(3):596-614.
27. Héron A, Leroux C, Dubayle D. Le placebo à l'hôpital: Regard sur son utilisation dans les services de médecine polyvalente. *médecine/sciences*. août 2019;35(8-9):674-81.
28. Kaptchuk TJ, Friedlander E, Kelley JM, Sanchez MN, Kokkotou E, Singer JP, et al. Placebos without Deception: A Randomized Controlled Trial in Irritable Bowel Syndrome. *PLoS ONE*. 22 déc 2010;5(12):e15591.
29. Linde K, Friedrichs C, Alscher A, Wagenpfeil S, Meissner K, Schneider A. The Use of Placebo and Non-Specific Therapies and Their Relation to Basic Professional Attitudes and the Use of Complementary Therapies among German Physicians – A Cross-Sectional Survey. *PLoS ONE*. 2 avr 2014;9(4):e92938.
30. Fässler M, Meissner K, Schneider A, Linde K. Frequency and circumstances of placebo use in clinical practice - a systematic review of empirical studies. *BMC Med*. 23 févr 2010;8:15.
31. Ferentzi E, Köteles F, Bárdos G. The use of placebos in medical practice. A questionnaire survey among GPs of Hungary. *Clin Exp Med J*. juin 2011;5(2-3):73-84.
32. World Health Organization. Comités d'éthique de la recherche : notions de base pour le renforcement des capacités. *Res Ethics Comm Basic Concepts Capacity-Build*. 2009;75.
33. Fent R, Rosemann T, Fässler M, Senn O, Huber CA. The use of pure and impure placebo interventions in primary care - a qualitative approach. *BMC Fam Pract*. 24 mars 2011;12:11.
34. Benedetti F, Carlino E, Piedimonte A. Increasing uncertainty in CNS clinical trials: the role of placebo, nocebo, and Hawthorne effects. *Lancet Neurol*. juin 2016;15(7):736-47.
35. Linde K, Atmann O, Meissner K, Schneider A, Meister R, Kriston L, et al. How often do general

practitioners use placebos and non-specific interventions? Systematic review and meta-analysis of surveys. PLoS ONE. 24 août 2018;13(8):e0202211.

36. Blease C, Annoni M. Overcoming disagreement: a roadmap for placebo studies. Biol Philos. avr 2019;34(2):18.

37. Fässler M, Gnädinger M, Rosemann T, Biller-Andorno N. Use of placebo interventions among Swiss primary care providers. BMC Health Serv Res. déc 2009;9(1):144.

38. Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. The Lancet. févr 2010;375(9715):686-95.

39. Sobriété médicamenteuse : moins prescrire pour mieux soigner [Internet]. [cité 23 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sarthe/medecin/sante-prevention/medicaments/le-bon-traitement-c-est-pas-forcement-le-medicament>

40. Le bon traitement, ce n'est pas forcément un médicament [Internet]. 2024 [cité 23 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sarthe/medecin/actualites/le-bon-traitement-ce-n-est-pas-forcement-un-medicament>

41. Consommation d'antibiotiques et lutte contre l'antibiorésistance : l'état des lieux 2024 [Internet]. 2024 [cité 24 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sarthe/medecin/actualites/consommation-d-antibiotiques-et-lutte-contre-l-antibioresistance-l-etat-des-lieux-2024>

42. Héron A, Leroux C, Dubayle D. Le placebo à l'hôpital: Regard sur son utilisation dans les services de médecine polyvalente. médecine/sciences. août 2019;35(8-9):674-81.

43. Smits RM, Veldhuijzen DS, Middendorp H van, Heijden MJE van der, Dijk M van, Evers AWM. Integrating Placebo Effects in General Practice: A Cross-Sectional Survey to Investigate Perspectives From Health Care Professionals in the Netherlands. Front Psychiatry. 12 janv 2022;12:768135.

44. Rozenkrantz L, Mayo AE, Ilan T, Hart Y, Noy L, Alon U. Placebo can enhance creativity. Manalo E, éditeur. PLOS ONE. 11 sept 2017;12(9):e0182466.

45. Hurst P, Schipof-Godart L, Szabo A, Raglin J, Hettinga F, Roelands B, et al. The Placebo and Nocebo effect on sports performance: A systematic review. Eur J Sport Sci. 2020;20(3):279-92.

46. Beecher HK. Ethics and Clinical Research. N Engl J Med. 16 juin 1966;274(24):1354-60.

47. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 27 nov 2013;310(20):2191-4.

48. Druart L, Graham Longworth S, Rolland C, Dolgopolooff M, Terrisse H, Bosson JL, et al. Can an Open-Label Placebo Be as Effective as a Deceptive Placebo? Methodological Considerations of a Study Protocol. Medicines. 2 janv 2020;7(1):3.

49. Carvalho C, Caetano JM, Cunha L, Rebouta P, Kaptchuk TJ, Kirsch I. Open-label placebo treatment in chronic low back pain: a randomized controlled trial. PAIN. déc 2016;157(12):2766.

50. von Wernsdorff M, Loef M, Tuschen-Caffier B, Schmidt S. Effects of open-label placebos in clinical trials: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 16 févr 2021;11(1):3855.

51. Colloca L, Enck P, DeGrazia D. Relieving pain using dose-extending placebos: a scoping review. Pain. août 2016;157(8):1590-8.

52. Flowers KM, Patton ME, Hruschak VJ, Fields KG, Schwartz E, Zeballos J, et al. Conditioned open-label placebo for opioid reduction after spine surgery: a randomized controlled trial. *Pain*. 1 juin 2021;162(6):1828-39.
53. Geoffroy F. Existe-t-il un effet Hawthorne ? *Ann Mines - Gérer Compr*. 15 mars 2019;135(1):42-52.
54. Annequin D. Placebo/nocebo, la face cachée de nos traitements. *Rev Prat*. 2023;73.
55. Ortiz R, Chandros Hull S, Colloca L. Patient attitudes about the clinical use of placebo: qualitative perspectives from a telephone survey. *BMJ Open*. 4 avr 2016;6(4):e011012.
56. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 8 mars 2025]. Médicaments homéopathiques : une efficacité insuffisante pour être proposés au remboursement. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3066934/fr/medicaments-homeopathiques-une-efficacite-insuffisante-pour-etre-proposes-au-remboursement
57. Balint M. *Le Médecin, son malade et la maladie*. PAYOT. 1996. 418 p.
58. Alain M, Boussageon R, Girier P, Figon S. L'efficacité thérapeutique de " l'effet médecin " en soins primaires. *Presse Médicale*. 2006;35(6, Part1):967-73.
59. André Grimaldi: «On ne peut pas réduire le patient à un unique objet de soins» - *Le Temps*. 17 sept 2019 [cité 15 mars 2025]; Disponible sur: <https://www.letemps.ch/sciences/sante/andre-grimaldi-on-ne-reduire-patient-un-unique-objet-soins>
60. Grimaldi PA. *XXIe JOURNÉE DE L'ORDRE*.
61. Ferry-Danini, Vernaudo. *La Revue Pratiques*. 2024 [cité 16 mars 2025]. Juliette Ferry-Danini, Pilules roses. *De l'ignorance en médecine*, Stock, 2023. Disponible sur: <https://pratiques.fr/Juliette-Ferry-Danini-Pilules-roses-De-l-ignorance-en-medecine-Stock-2023>

ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire d'enquête

Questionnaire sur la prescription de placebos en cabinet de ville :

Les placebos sont parfois utilisés dans la pratique clinique en raison de l'effet placebo, un phénomène où le simple fait de recevoir un traitement, même inactif, peut entraîner une amélioration perçue de la condition du patient en raison de mécanismes psychologiques et physiologiques complexes.

Ce questionnaire vise à explorer les connaissances, les attitudes et les pratiques des médecins généralistes concernant la prescription de placebos dans le cadre de leur pratique quotidienne. Vos réponses sont anonymes et confidentielles et contribueront à une meilleure compréhension de l'utilisation des placebos en cabinet de ville et des considérations éthiques et pratiques qui y est associée.

Merci pour votre participation, votre avis nous est précieux.

Section 1 : Informations Démographiques

- 1- Âge :
 - ☐ < 30 ans
 - ☐ 30 – 39 ans
 - ☐ 40 – 49 ans
 - ☐ 50 – 59 ans
 - ☐ ≥ 60ans
- 2- Sexe :
 - ☐ Masculin
 - ☐ Féminin
 - ☐ Préfère ne pas répondre
- 3- Années d'expérience en tant que médecin généraliste :
 - ☐ < 5 ans
 - ☐ 5 – 10 ans
 - ☐ 11 – 20 ans
 - ☐ > 20 ans
- 4- Zone de pratique :
 - ☐ Urbaine
 - ☐ Rurale
 - ☐ Semi - rurale
- 5- Exercice professionnel :
 - ☐ Exclusivement en cabinet
 - ☐ Exclusivement en milieu hospitalier
 - ☐ Mixte (cabinet + hôpital)
- 6- Numéro du département d'exercice :
 - ☐ _____

Section 2 : Connaissances et Attitudes sur les Placebos

- 7- Connaissez-vous la définition d'un placebo ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ J'aimerais avoir la définition : <https://www.definitionduplacebo.fr/>

- 8- Avez-vous reçu une formation sur l'utilisation des placebos lors votre formation médicale initiale ou lors de votre formation médicale continue ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
- 9- Pensez-vous que prescrire un placebo est éthiquement acceptable ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non

Section 3 : Pratiques de Prescription de Placebos

Définition : Un placebo est une substance ou un traitement sans propriétés thérapeutiques spécifiques pour la condition traitée. Il existe des placebos purs (par ex. pilules de sucre) et impurs (par ex. vitamines ou antibiotiques pour des infections virales).

- 10- Avez-vous déjà prescrit un placebo à un patient ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
- 11- Si oui, à quelle fréquence prescrivez-vous des placebos ?
- ☐ Une fois par semaine
 - ☐ Une fois par mois
 - ☐ Une fois par trimestre
 - ☐ Une fois par an
 - ☐ Moins souvent
- 12- Quels types de placebos avez-vous utilisés ? (Choisissez tout ce qui s'applique)
- ☐ Pilules de sucre
 - ☐ Injections de solution saline
 - ☐ Homéopathie
 - ☐ Magnétothérapie
 - ☐ Vitamines pour des conditions sans bénéfice prouvé
 - ☐ Oligoéléments sans carence avérée
 - ☐ Antibiotiques pour des infections virales
 - ☐ Compléments alimentaires sans validation scientifique
 - ☐ Prescription de médicaments à très faible dose sans effet thérapeutique
 - ☐ Acupuncture pour des conditions non prouvées
- 13- Pour quelle(s) indication(s) avez-vous prescrit des placebos ? (Choisissez tout ce qui s'applique)
- ☐ Douleurs chroniques
 - ☐ Syndrome de l'intestin irritable
 - ☐ Rhume et infection des voies respiratoires supérieures
 - ☐ Fatigue
 - ☐ Dépression légère à modérée
 - ☐ Insomnie
 - ☐ Anxiété légère
 - ☐ Symptômes fonctionnels non spécifiques (par ex. douleurs abdominales sans cause organique)
 - ☐ Crampes musculaires

- 14- Quelle était votre principale motivation pour prescrire un placebo ? (Choisissez tout ce qui s'applique)
- ☐ Effet bénéfique attendu par l'effet placebo
 - ☐ Répondre aux attentes des patients
 - ☐ Éviter l'utilisation des médicaments potentiellement nocifs
 - ☐ Absence de traitement efficace disponible
 - ☐ Effet psychologique positif
 - ☐ Réduire le recours excessif aux soins de santé (consultations répétées, examens médicaux non nécessaires)
 - ☐ Gain de temps en consultation
 - ☐ Faciliter le sevrage de médicaments actifs
 - ☐ Évaluer la nature des symptômes (composante psychologique des symptômes)
 - ☐ Créer une relation thérapeutique
 - ☐ Prévenir l'usage abusif de médicaments

Section 4 : Considérations Éthiques et Pratiques

- 15- Informez-vous les patients que vous leur prescrivez un placebo ?
- ☐ Toujours
 - ☐ Parfois
 - ☐ Rarement
 - ☐ Jamais
- 16- Selon vous, dans quelles conditions l'utilisation de placebos est-elle justifiée ? (Choisissez tout ce qui s'applique)
- ☐ Quand il n'existe pas de traitement efficace pour une condition particulière
 - ☐ Lorsque l'effet placebo peut améliorer la qualité de vie du patient
 - ☐ Lorsque le placebo est utilisé dans le cadre d'une transparence partielle avec le patient (informer le patient que le traitement pourrait avoir un effet bénéfique sans entrer dans les détails sur son manque d'effet pharmacologique)
 - ☐ Pour éviter des prescriptions de médicaments inutiles ou potentiellement dangereux
 - ☐ Lorsque le placebo est utilisé comme outil diagnostique
- 17- Quels sont, selon vous, les risques associés à la prescription de placebos ? (Choisissez tout ce qui s'applique)
- ☐ Perte de confiance du patient si l'utilisation du placebo est découverte
 - ☐ Impact éthique : atteinte à l'autonomie du patient
 - ☐ Délais dans la prise en charge d'une condition médicale réelle
 - ☐ Risque liée à l'effet nocebo
 - ☐ Manque d'efficacité réelle, surtout dans les conditions graves
- 18- Dans quelle mesure pensez-vous que l'utilisation des placebos peut être bénéfique ?
- ☐ Très bénéfique
 - ☐ Plutôt bénéfique
 - ☐ Peu bénéfique
 - ☐ Pas du tout bénéfique
- 19- Avez-vous eu besoin de la définition du placebo ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non

Section 5 : Conclusion

- 20- Auriez-vous aimé ou aimeriez-vous recevoir une formation sur l'utilisation des placebos en pratique médicale ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non

21- Pour aller plus loin ...

Études et articles qui ont été utilisés comme base de référence pour élaborer ce questionnaire :



Merci de votre participation !! Si vous souhaitez avoir un exemplaire de ma thèse, je vous laisse m'adresser votre demande par mail.

Annexe 2. Site internet créé proposant une définition du placebo.

Page n°1 :

Mais qu'est ce qu'un placebo ?

[Accueil](#)

[Contact](#)



Un placebo est une substance ou un traitement administré à un patient qui ne possède aucune propriété thérapeutique spécifique pour la condition traitée. Les placebos peuvent être classés en deux types principaux :

les placebos purs et les placebos impurs.

Les placebos purs sont des substances inactives comme les pilules de sucre ou les solutions salines qui n'ont aucun effet pharmacologique direct sur la condition du patient.

En revanche, les placebos impurs incluent des substances ou des traitements actifs dont l'efficacité pour la condition traitée n'est pas prouvée, comme des vitamines, des antibiotiques pour des infections virales, ou des compléments alimentaires sans validation scientifique spécifique. S'ajoutent d'autres interventions, comme les suggestions positives, certaines médecines complémentaires ou encore des examens réalisées à la demande du patient.

Ces distinctions sont cruciales pour comprendre comment les placebos sont utilisés dans les essais cliniques et les pratiques médicales, où la confusion entre effets réels et effets placebo peut influencer les résultats des études et les décisions thérapeutiques.

Ces définitions permettent d'aborder de manière critique l'utilisation des placebos et les implications éthiques et scientifiques de leur administration dans différents contextes cliniques et de recherche.

Références bibliographiques :

1. Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Placebo interventions for all clinical conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2010(1).
2. Benedetti F, Carlino E, Pollo A. How placebos change the patient's brain. Neuropsychopharmacology. 2011 Jan;36(1):339-54.
3. Kaptchuk TJ, Miller FG. Placebo Effects in Medicine. N Engl J Med. 2015 Jul 2;373(1):8-9.
4. Enck P, Bingel U, Schedlowski M, Rief W. The placebo response in medicine: minimize, maximize or personalize? Nat Rev Drug Discov. 2013 Mar;12(3):191-204.
5. Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. Lancet. 2010 Feb 20;375(9715):686-95.
6. Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. N Engl J Med. 2001 May 24;344(21):1594-602.

Créez votre propre site internet avec [Webador](#)

Annexe 3. Carte QR code

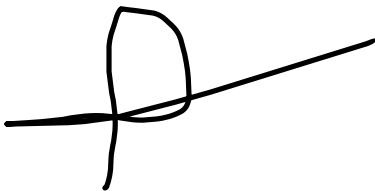


Annexe 4. Répartition des prescripteurs de placebo en fonction des régions (N=362)



Le Directeur de Thèse

« signature »



Vu le Doyen
de la Faculté de Médecine de Tours

« signature »

FRATTINA Juliette

52 pages – 5 tableaux – 8 figures – 4 annexes

Résumé :

INTRODUCTION. La prescription de placebo en médecine générale est une pratique dont l'ampleur et les motivations restent peu explorées en France, bien qu'elle soit largement documentée à l'international. Deux types de placebos peuvent être décrits, les placebos purs, substances inactives comme les pilules de sucre ou solutions salines et les placebos impurs qui incluent des procédures ou des substances actives dont l'efficacité pour la condition traitée n'a pas été prouvée (par ex. antibiotiques pour des infections virales).

OBJECTIF. Cette étude visait à explorer les pratiques de prescription des placebos en médecine générale, en évaluant la fréquence de leur utilisation, les types de placebos prescrits et leurs indications cliniques. Secondairement, ont été étudiés les perceptions éthiques et les facteurs influençant cette pratique.

MÉTHODES. Une enquête nationale a été menée, via un questionnaire en ligne, entre septembre 2024 et janvier 2025 auprès de médecins généralistes français ayant une activité libérale. Une analyse descriptive a été réalisée en donnant les fréquences des différentes catégories proposées. En complément, des modèles de régression logistique, univariés puis multivariés ont été effectués afin d'identifier les facteurs associés à la prescription de placebo puis à leur acceptabilité éthique.

RÉSULTATS. Au total, 362 réponses ont été analysées. Parmi les répondants, 80% ont déclaré avoir déjà prescrit un placebo au cours de leur carrière. Les vitamines sans bénéfice prouvé (64%) et l'homéopathie (47%) étaient les types de placebos les plus fréquemment utilisés. Les principales indications incluaient la fatigue (68%), l'anxiété légère (57%) et l'insomnie (50%). La motivation principale était d'éviter l'usage de traitements potentiellement nocifs (78%). La prescription de placebos était jugée éthiquement acceptable par 84% des participants, bien que 37% des prescripteurs n'informaient jamais leurs patients. Les modèles multivariés par régression logistique ont révélé que les femmes étaient plus susceptibles de prescrire des placebos que les hommes (OR = 1,88 ; IC 95 % : 1,06 - 3,35 ; p = 0,031). En revanche, ni l'âge ni le mode d'exercice n'étaient significativement associés à cette prescription. Par ailleurs, les praticiens jugeant cette pratique comme éthiquement acceptable avaient une probabilité 7,34 fois plus importante d'y recourir (OR = 7,34 ; IC 95 % : 3,94 – 13,88 ; p < 0,001). Les répondants n'ayant pas reçu de formation sur le sujet étaient significativement plus susceptibles de considérer la prescription comme justifiable d'un point de vue éthique (OR = 2,26 ; IC 95 % : 1,01 – 4,84 ; p = 0,04).

CONCLUSION. La prescription de placebos semblait être une pratique courante en médecine générale en France, avec une nette préférence pour les placebos impurs. Cette utilisation reposait principalement sur la volonté de limiter les prescriptions médicamenteuses nocives et de rechercher l'effet placebo pour améliorer la qualité de vie des patients. Toutefois, la question de la transparence demeure. Une alternative émergente, les placebos ouverts, pourrait offrir un compromis éthique. Des études qualitatives sur la perception des praticiens et des patients seraient dignes d'intérêt.

Mots clés : Placebo, médecine générale, soins primaires, prescription, éthique médicale, effet placebo.

Jury :

Président du Jury : Professeur Adrien LEMAIGNEN, Maladies infectieuses et tropicales, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Bernard RIVOAL, Médecine Générale – Voves

Membres du Jury : Docteur Alain AUMARECHAL, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours
Docteur Véronique FAUCHIER, Médecine Générale – Chartres

Date de soutenance : le 24 avril 2025