



HAL
open science

Recours aux plantes médicinales locales en Martinique : une double enquête patients, médecins généralistes

Madina Larcher Luce

► **To cite this version:**

Madina Larcher Luce. Recours aux plantes médicinales locales en Martinique : une double enquête patients, médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01361532

HAL Id: dumas-01361532

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01361532v1>

Submitted on 7 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

Année 2015

**RECOURS AUX PLANTES MÉDICINALES
LOCALES EN MARTINIQUE :
UNE DOUBLE ENQUÊTE
PATIENTS/MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
de l'Université des Antilles et de la Guyane et examinée par les enseignants de la dite
Faculté pour le compte de la Faculté de Médecine de Nice

Le 24 juin 2015 par

Madina LARCHER LUCE

Née le 03 Avril 1973 à Fort de France (972)

Pour l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine

Jury de thèse :

Président : M. le Professeur André CABIÉ

Assesseurs : M^{me} le Professeur Maryvonne DUEYMES-BODENES

M. le Professeur Georges JEAN-BAPTISTE

Directeur de thèse : M. le Docteur Christian DERANCOURT

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er décembre 2014** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelise
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BLAIVE Bruno	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOQUET Patrice	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
M. DAR COURT Guy	M. MATTEI Mathieu
M. DELLAMONICA Pierre	M. MOUIEL Jean
M. DELMONT Jean	Mme MYQUEL Martine
M. DEMARD François	M. OLLIER Amédée
M. DOLISI Claude	M. ORTONNE Jean-Paul
M. FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TRAN Dinh Khiem
M. GRELLIER Patrick	M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHELIS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérard	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)

M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENZIRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
M.	PRENTKI Marc	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	DARMON David	Médecine Générale
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE LA GUYANE
FACULTE DE MEDECINE Hyacinthe BASTARAUD
LISTE DES ENSEIGNANTS
ANNEE UNIVERSITAIRE 2013/2014

Nom	Prénom	Grade	Spécialité	Centre hospitalier d'affectation	Mail
ARFI	Serge	PUPH	Médecine interne	CHU de Marinique	serge.arfi@wanadoo.fr serge.arfi@chu-
AZNAR	Christine	MCUPH	Parasitologie	CH de Cayenne	christine.aznar1@wanadoo.fr
BEUCAIRE	Gilles	PUPH	Maladies infectueuses	CHU de Pointe à Pitre	gilles.beucaire@chu-guadeloupe.fr
BLANCHET	Pascal	PUPH	Urologie	CHU de Pointe à Pitre	pascal.blanchet@chu-guadeloupe.fr
CABIE	André	PUPH	Maladies infectueuses	CHU de Marinique	andre.cabie@chu-fortdefrance.fr
CABRE	Philippe	PUPH	Neurologie	CHU de Marinique	pcabre_fr@yahoo.fr
CARME	Bernard	PUPH	Parasitologie	CH de Cayenne	carne.bernard@ch-cayenne.fr
CESAIRE	Raymond	PUPH	Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie	CHU de Marinique	raymond.cesaire@chu-fortdefrance.fr
COUPPIE	Pierre	PUPH	Dermato-vénérologie	CH de Cayenne	couppie.pierre@voila.fr
DABADIE	Philippe	PUPH	Anesthésiologie	CHU de Pointe-à-Pitre	philippe.dabadie@chu-guadeloupe.fr
DAVID	Thierry	PUPH	Ophthalmologie	CHU de Pointe à Pitre	pr.t.david@chu-guadeloupe.fr
DELIGNY	Christophe	MCUPH	Gériatrie et biologie du vieillissement	CHU de Marinique	christophe.deligny@chu-fortdefrance.fr
DUEYMES-BODENES	Maryvonne	PUPH	Immunologie	CHU de Marinique	maryvonne.dueymes@chu-fortdefrance.fr
DUFLO	Suzy	PUPH	ORL	CHU de Pointe à Pitre	sduflo@yahoo.com
DUVAUFERRIER	Régis	PUPH	Radiologie et Imagerie médicale	CHU de Marinique	regis.duvaufferrier@chu-fortdefrance.fr
GANE-TROPLENT	Franciane	MCA	Médecine générale		franciane.troplent@orange.fr
HELENE-PELAGE	Jeannie	PU associée	Médecine générale	CHU de Pointe à Pitre	jeannie.pelage@wanadoo.fr
HOEN	Bruno	PUPH	Maladies infectueuses	CHU de Pointe-à-Pitre	
INAMO	Jocelyn	MCUPH	Cardiologie	CHU de Marinique	jocelyn.inamo@chu-fortdefrance.fr
JANKY	Eustase	PUPH	Gynécologie-Obstétrique	CHU de Pointe à Pitre	eustase.janky@chu-guadeloupe.fr
JEAN-BAPTISTE	Georges	PUPH	Rhumatologie	CHU de Marinique	georges.jean-baptiste@chu-fortdefrance.fr
JEHEL	Louis	PUPH	Psychiatrie adultes	CHU de Marinique	louis.jehel@orange.fr
LANNUZEL	Annie	PUPH	Neurologie	CHU de Pointe-à-Pitre	annie.lannuzel@chu-guadeloupe.fr an
LALANNE-MISTRH	Marie-Laure	MCUPH	Nutrition	CHU de Pointe-à-Pitre	ml.lmistrh@wanadoo.fr
NACHER	Mathieu	PUPH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention	CHU de Pointe-à-Pitre	mathieu.nacher@ch-cayenne.fr
ROQUES	François	PUPH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	CHU de Marinique	chirurgie.cardiaque@chu-fortdefrance.fr
ROUDIE	Jean	PUPH	Chirurgie Digestive	CHU de Marinique	jean.roudie@chu-fortdefrance.fr
ROUVILLAIN	Jean-Louis	PUPH	Chirurgie orthopédique	CHU de Marinique	jean-louis.rouvillain@chu-fortdefrance.fr
UZEL	André-Pierre	PUPH	Anatomie-Chirurgie Orthopédique-Traumatologie	CHU de Pointe à Pitre	maxuzel@hotmail.com
VELAYOUDOM épse CEPHISE	Fritz-Line	MCUPH	Endocrinologie	CHU de Pointe-à-Pitre	fritz-line.velayoudom@chu-guadeloupe.fr
WARTER	André	PUPH	Anatomie-pathologie	CHU de Marinique	alwarter@yahoo.fr

REMERCIEMENTS

Au Professeur André CABIÉ

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider cette thèse. Je vous suis reconnaissante pour la bienveillance dont vous avez fait preuve à mon égard. Je vous remercie de m'avoir donné à apprécier ce qu'est soigner avec humanité et rigueur scientifique.

Aux Professeurs Georges JEAN-BAPTISTE et Maryvonne DUEYMES-BODENES

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse en étant membres du jury. J'espère que vous trouverez ce travail intéressant.

Au Docteur Christian DERANCOURT

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse avec enthousiasme et confiance. Merci pour ta disponibilité, tes précieux encouragements et tes conseils avisés.

À Rishika BANYDEEN

Je te remercie pour le temps que tu m'as accordé avec gentillesse, pour ton aide inestimable.

Au Professeur Jean-Baptiste SAUTRON

Je vous remercie d'avoir pu conjuguer textes de loi et humanité pour me permettre de terminer mon internat auprès de ma famille.

Au Docteur Jean-Louis LONGUEFOSSE

Je vous remercie pour la relecture de mes questionnaires, pour avoir fait grandir mon intérêt pour les plantes médicinales locales avec vos livres.

À ma famille et mes amis

À mon mari Johann, pour sa patience, son attention, son amour. Merci de me supporter... tous les jours dans les joies et les moments pénibles,

À mes enfants Satya et Waly pour leur énergie insouciante, pétillante, aimante et joyeuse,

À ma mère chérie pour sa foi, son amour inconditionnel, sa présence sans faille,

À mon père pour son soutien, son exemple de persévérance,

À ma sœur adorée Raïza pour son amour et sa confiance,

À Caro ma sœur de coeur pour avoir accepté il y a 20 ans d'être « ma copine », pour toutes ces années de partages et d'échanges, de pleurs et de rires,

À ma tatie Yviane, médecin exceptionnel qui m'a insufflé l'envie de soigner,

À ma mamie Anaïs pour son soutien, de là où tu es, tu peux le voir : j'y suis arrivée,

À Armelle, pour les années passées sur les bancs de la fac, pour ses encouragements,

À mes cousins, cousines et leurs tribus pour les partages, pour ce que vous m'apportez chacun à votre façon. Même si on ne se voit pas souvent, vous êtes dans mon cœur,

À tous mes amis lointains ou proches Marièle, Linda, Daniel, Thierry, Yannick, Idana, Claire, Miguel, tous les « yogis »... qui me soutiennent, embellissent ma vie et me donnent des ailes.

À tous les autres,

À tous ceux qui, à Nice, ont pu faire que je termine mon internat dans mon île natale,

À tous les soignants que j'ai croisés et que je croise encore pour leur force, courage, engagement... Vous m'inspirez,

À tous les médecins, les patients qui ont participé à cette étude, pour leur patience et leur gentillesse.

RÉSUMÉ

Titre :

Recours aux plantes médicinales locales en Martinique : une double enquête patients/médecins généralistes.

Résumé :

L'utilisation des plantes médicinales locales (PML) en Martinique n'a pas été étudiée récemment. L'objectif de cette étude prospective était d'évaluer et de caractériser le recours aux PML par les patients martiniquais ainsi que les attitudes et connaissances des médecins généralistes en rapport avec ces plantes. Des questionnaires ont été proposés aux patients dans la salle d'attente de cabinets de médecins généralistes et aux médecins.

310/335 patients interrogés avaient utilisé au moins une fois les PML. Les principaux problèmes de santé pour lesquels les patients utilisaient les PML étaient la grippe (76,1 %), les problèmes digestifs (41,1 %) et la fièvre (38,2 %). 23,9% des patients utilisaient des plantes en rapport avec leur pathologie chronique. Les sources d'information principales étaient les proches avec une transmission par les mères dans 68,5% des cas. 60,8 % des patients ne disaient jamais à leur médecin qu'ils utilisaient les PML.

15/18 médecins interrogés se disaient favorables à l'utilisation des PML dans le système de santé primaire et demandaient parfois ou souvent à leurs patients s'ils les utilisaient, mais la moitié de l'échantillon estimait que seulement 30 à 50 % de leur patientèle avait recours aux PML. Ils n'étaient que 44,4 % de l'échantillon total à conseiller des PML à leurs patients par voie orale. Les principales sources de connaissance des médecins sur les plantes étaient la famille 27,8 % et les livres 33,3 %. Seuls 11,1 % de l'échantillon avaient suivi une formation sur le sujet. Les connaissances des médecins sur les plantes étaient lacunaires.

La prévalence d'utilisation des PML est élevée chez les patients en Martinique. Ceux qui ont un traitement chronique les utilisent aussi avec un risque potentiel d'interactions. Les médecins généralistes ne sont pas formés sur le sujet. La formation des médecins sur les PML, ainsi que la communication avec les patients sur le sujet demandent à être améliorées.

Mots clefs : plantes médicinales, phytothérapie, Antilles françaises, communication médecin/patient, interaction, médecine traditionnelle, enquête, médecin généraliste.

Table des matières

PRÉAMBULE.....	14
1 Présentation.....	15
1.1 Historique général de l'usage des plantes.....	15
1.2 Historique de la médecine traditionnelle martiniquaise.....	17
1.2.1 Apports amérindiens.....	17
1.2.2 Apports européens.....	17
1.2.3 Apports africains.....	18
1.2.4 Apports indiens.....	18
1.3 Médecine traditionnelle créole.....	18
1.4 La médecine en Martinique aujourd'hui : cohabitation de 2 médecines.....	20
1.5 Un contexte favorable au développement des médecines traditionnelles.....	20
1.6 Quelques définitions.....	21
2 Étude.....	23
2.1 Introduction.....	23
2.2 Objectifs.....	24
2.3 Matériels et méthodes.....	25
2.3.1 Schéma d'étude.....	25
2.3.2 Population d'étude.....	25
2.3.3 Durée et modalités d'organisation de la recherche.....	25
2.3.4 Circulation et analyse des données.....	26
2.4 Résultats du questionnaire patient.....	27
2.4.1 Population d'étude.....	27
2.4.2 Caractéristiques sociodémographiques.....	27
2.4.3 Description de l'utilisation des PML.....	29
2.4.4 Pathologies traitées et plantes utilisées.....	30
2.4.5 Formes d'utilisation, source d'approvisionnement et de connaissances	33
2.4.6 Modes d'utilisation des PML.....	36
2.4.7 Dosage, effets indésirables, danger.....	36
2.4.8 Raisons d'utilisation.....	38
2.4.9 Communication avec le médecin traitant.....	38
2.5 Résultats du questionnaire médecin.....	39
2.5.1 Caractéristiques sociodémographiques.....	39

2.5.2 Avis concernant les PML.....	40
2.5.3 Attitudes par rapport aux PML.....	40
2.5.4 Connaissances.....	41
2.6 Discussion.....	42
2.6.1 Étude sur les patients.....	42
2.6.2 Étude sur les médecins.....	50
2.7 Limites.....	55
3 Conclusion.....	56
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	57
ANNEXES.....	63
Annexe 1 : Table des abréviations.....	63
Annexe 2 : Liste des principales plantes médicinales citées par les patients.....	64
Annexe 3 : Autres plantes citées par les patients.....	65
Annexe 4 : Questionnaires.....	66
Annexe 5 : Découpage de la Martinique en 3 zones d'agglomération.....	78
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	79

TABLE DES ILLUSTRATIONS**Tableaux**

Tableau I. Caractéristiques sociodémographiques de la population.....	28
Tableau II. Problèmes de santé traités par les plantes.....	31
Tableau III. Principales plantes citées.....	32
Tableau IV. Raisons d'utilisation des PML.....	38
Tableau V. Caractéristiques des médecins.....	39
Tableau VI. Raisons de non prescription des PML.....	41

Diagrammes

Diagramme I. Utilisation de PML au cours des 6 derniers mois en fonction du sexe...29	
Diagramme II. Utilisation de PML au cours des 6 derniers mois en fonction de l'âge..30	
Diagramme III. Sources d'information sur les plantes pour les patients.....34	
Diagramme IV. Sources d'information chez les proches.....35	

PRÉAMBULE

Les plantes sont utilisées à des fins thérapeutiques par les hommes depuis toujours. Dans les pays où les populations n'ont pas accès aux médicaments allopathiques cet usage a perduré. Dans les pays dits développés, elles ont été quelque temps supplantées par la chimiothérapie mais de nombreuses études ont montré une recrudescence de leur utilisation avec les problèmes potentiels d'interaction avec les médicaments allopathiques que cela peut représenter. En Martinique (Antilles Françaises), aucune étude récente concernant l'utilisation des plantes médicinales n'avait été réalisée. Nous avons mené une étude prospective afin d'apprécier les attitudes et connaissances des martiniquais et de leurs médecins généralistes vis à vis des plantes médicinales locales. Nous avons interrogé les patients dans les salles d'attente de plusieurs cabinets de médecine générale de l'île, ainsi que les médecins de ces cabinets.

Dans une première partie nous présenterons l'histoire de l'usage des plantes au fil des siècles, et plus spécifiquement en Martinique.

Dans une seconde partie, nous présenterons notre étude avant de proposer une conclusion.

1 Présentation

1.1 Historique général de l'usage des plantes

Il existe de nombreuses preuves archéologiques de l'utilisation des plantes médicinales par les hommes préhistoriques.

Par la suite plusieurs pharmacopées ont été établies dont on a retrouvé la trace (1) :

- 2 730-3 000 avant Jésus Christ, la pharmacopée de l'Empereur Shen Nung de Chine qui décrit l'usage médical de plantes comme l'aconite ou l'opium.

- Vers 1 500 avant Jésus Christ, la pharmacopée égyptienne d'Ebers Papyrus qui décrit des plantes comme le pavot, l'huile de ricin...

- Hippocrate (460 av. J-C ; 377 av. J-C), médecin grec, relate son enseignement dans le Corpus Hippocraticum qui explique les vertus d'environ 250 plantes.

- Galien (vers 131 ; vers 201 de notre ère) recense quelque quatre cents plantes médicinales, en précisant pour chacune d'elles les effets thérapeutiques, les indications, les contre-indications éventuelles.

- Dioscoride (entre 20 et 40 – vers 90 de notre ère) qui dans « Le traité de matière médicale » décrit l'utilisation médicale de plus de 800 substances, dont une grosse majorité sont des végétaux.

Dans les civilisations premières, la maladie était habituellement considérée comme le fruit d'une punition divine. Et l'usage des plantes pour guérir était fortement associé aux dieux.

Avec la chute de l'empire romain et l'avancement du christianisme dans les cultures occidentales, l'usage des plantes pour guérir a été freiné. Les premiers chrétiens, qui ne reconnaissaient le pouvoir que d'un seul Dieu, pensaient que la guérison ne pouvait venir que de la repentance et de la prière.

Vers 1 500 ans après Jésus Christ, la « théorie des signatures », selon laquelle la forme et l'aspect des plantes sont à rapprocher de leurs propriétés thérapeutiques, se répand en occident. Par exemple, la chélidoine dont le suc est jaune est supposée soigner les pathologies de la vésicule biliaire.

Malgré l'influence négative du christianisme, les arabes ont continué à compiler des données sur les valeurs médicinales des plantes. Ils ont traduit les manuscrits grecs en arabe et ont ajouté leurs propres observations. Un de ces manuscrits est « le Canon de médecine » qui enregistre les découvertes d'Avicenne (environ 1 000 ans après J.C.).

Avec l'âge des explorations et des conquêtes, on assiste à un regain d'intérêt pour les plantes avec la découverte du quinquina curatif du paludisme, du coca tonifiant et antalgique.

Grâce aux progrès de la chimie et de la physiologie, le XIX^{ème} siècle marque une étape nouvelle avec l'isolement des principes actifs : de l'opium, on isole la morphine.

Mais l'ère moderne débute réellement en 1937 avec la découverte de l'action antibactérienne des sulfamides. S'en suit la production de nombreuses drogues synthétiques.

Pour autant, l'utilisation des plantes à des fins médicinales perdure. De nos jours, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) estime que 80 % de la population mondiale utilise des plantes pour la santé (2).

Dans les pays en voie de développement, l'O.M.S explique cet usage si répandu par le caractère accessible et abordable des plantes. Et dans les pays dits « développés » par « les inquiétudes au sujet des effets nocifs des médicaments chimiques, par la remise en question des démarches et présomptions de l'allopathie et par l'accès de plus en plus facile du grand public à l'information sur la santé » (2).

1.2 Historique de la médecine traditionnelle martiniquaise

Au fil des siècles, les savoir-faire des différents peuples qui ont occupé la Martinique se sont mêlés, aboutissant à un système médical singulier : la médecine traditionnelle martiniquaise (3).

1.2.1 Apports amérindiens

Les Amérindiens possédaient une pharmacopée riche, essentiellement composée de végétaux, mais également de nombreux animaux et minéraux.

Au début de la colonisation, les arrivants et notamment les religieux bénéficient des connaissances des amérindiens.

Parmi les plantes médicinales utilisées par les Amérindiens on peut citer :

- *Anacardium occidentale* L. Anacardiaceae (Pomme cajou)
- *Nicotiana tabacum* L. Solanaceae (tabac)
- *Justicia secunda* Vahl Acanthaceae (herbe à tension) (Etifier-Chalono, E. 2005).

1.2.2 Apports européens

Durant le XVI^{ème} siècle, de nouvelles espèces (corossolier, bananier, goyavier, avocatier, canne à sucre...) sont introduites par les espagnols lors des escales de retour des colonies d'Amérique du Sud.

A partir du XVII^{ème} siècle, les colons européens importent leurs conceptions médicales (théorie des humeurs) et des végétaux d'origines diverses (arbre à pain de Polynésie, hibiscus d'Asie, pervenche de Madagascar, pourpier d'Europe...).

Les colons apportent également une dimension magico-religieuse de la médecine. Lorsqu'une maladie ne trouve pas de soulagement par le système logique des humeurs ou qu'elle devient chronique, on lui prête une origine surnaturelle, et remèdes, prières, rites et magie sont mis en œuvre pour tenter de la vaincre.

1.2.3 Apports africains

Avec la traite des noirs, des graines sont transportées par les bateaux négriers entraînant l'introduction d'espèces végétales venues d'Afrique telles que l'agouman, le balambala.

Les plus importants apports africains concernent d'une part :

- l'origine surnaturelle des maladies : les africains prélevés lors de la traite venaient surtout de l'Afrique de l'Ouest, du golfe de Guinée et d'Afrique centrale. La maladie avait pour origine un dieu, une âme, un esprit, un homme, un animal, une plante... (Eymeri J.-C., 1992)
- les quimboiseurs et les séanciers, sorciers représentants des « marabouts » d'Afrique. (Bouckson G. et al. 1972). « Les premiers symbolisent le mal persécutant, les seconds le bon objet guérissant. »

1.2.4 Apports indiens

Après l'abolition de l'esclavage (1848), des indiens sont introduits en tant que travailleurs libres dans les plantations, apportant avec eux leurs pratiques culturelles et médicinales.

La pharmacopée caribéenne s'enrichit alors de nouvelles plantes telles que le paroka, le safran...

1.3 Médecine traditionnelle créole

Il en résulte une médecine traditionnelle martiniquaise où l'on retrouve « doctrine des signatures », magie, religion et néo-hippocratismes avec des remèdes issus des différents peuplements.

Le système de représentation du corps et de la classification des maladies repose sur un équilibre subtil entre le chaud et le froid : la plupart des remèdes populaires visent à

maintenir, ou restaurer l'équilibre chaud-froid (régulé par le sang). Une « maladie du froid » sera traitée par un végétal qui réchauffe et « une maladie du chaud » par un remède qui rafraîchit.

Certains concepts médicaux sont propres à la médecine traditionnelle martiniquaise (4) :

- l'*inflammation* : ce terme s'applique à une série de symptômes liés à un excès de chaleur. Par exemple le travail au soleil provoque un sang chaud qui induit une inflammation aussi bien au niveau interne (inflammations bucco-pharyngées, brûlures d'estomac...), qu'externe (éruptions cutanées...).
- l'*imprudence* : elle résulte du passage d'un état chaud à un état froid (par exemple un courant d'air sur un corps échauffé ou l'ingestion d'un aliment froid par un organisme chaud) entraînant une sensation de froid accompagnée de frissons et de fièvre.
- la *grippe* : état grippal bénin accompagné éventuellement de toux et de fièvre.
- la *blesse* : chez le jeune enfant, elle est provoquée par un mouvement brutal, une chute, un coup et peut entraîner, parfois des années plus tard, une anorexie, une indigestion, des vomissements ou des douleurs dorsales. Chez les adultes, suite à un effort violent, elle se manifeste par des douleurs sternales et thoraciques avec parfois un amaigrissement, une perte d'appétit, de la fièvre, des côtes enfoncées.
- Les *flums* : ils correspondent à un encombrement bronchique lié à une expectoration difficile.
- Les *infections du sang* : le sang peut devenir sale suite à une inflammation mal soignée, une alimentation déséquilibrée, un accident, ou avec l'âge entraînant des troubles cutanés, des rhumatismes, des troubles hépato-biliaires, de l'hypertension artérielle.

D'autres pathologies spécifiques de cette médecine sont décrites : vers, irritations oculaires, mycoses interdigitales...

1.4 La médecine en Martinique aujourd'hui : cohabitation de 2 médecines.

Les pratiques populaires créoles ont été largement utilisées pendant 300 ans par les antillais compte tenu de l'éloignement du médecin et du pharmacien. Avec la départementalisation et le développement du système de santé, les plantes ont été progressivement délaissées au profit des médicaments de synthèse prescrits par le médecin.

Mais la mise en place d'un système structuré n'a pas fait disparaître la médecine créole, qui évolue toujours discrètement en Martinique.

Ainsi, une enquête ethnopharmacologique menée par E. NOSSIN, Docteur en Pharmacie de février à mai 2002, sur le grand marché de Fort-de-France, a permis de recenser 117 plantes médicinales.

Le Docteur NOSSIN y voit deux systèmes complémentaires : « d'un côté, une médecine technicienne qui permet les interventions ponctuelles [...] et d'autre part, une médecine de la conscience qui permet à l'Homme de se retrouver, se réconcilier avec son milieu ambiant, son groupe social et son environnement. » (NOSSIN E., 2010)

Ce sont véritablement deux systèmes de santé différents qui emploient des langages différents, ce qui empêche de prime abord la facile intégration de l'un dans l'autre.

1.5 Un contexte favorable au développement des médecines traditionnelles

Depuis 1978, l'O.M.S, dont l'objectif est la santé pour tous, encourage le développement et le recours aux médecines traditionnelles.

Lors d'un bilan en 2008, cet organisme rapporte « dans les pays industrialisés une tendance croissante et relativement nouvelle à utiliser la médecine traditionnelle, tout comme la médecine complémentaire et parallèle, pour compléter les soins allopathiques. »

Dans ce contexte, T.R.A.M.I.L (TRAditional Medicine in the IsLands) (5) est né en 1982 dans la zone Caraïbe. C'est un programme de recherche appliqué à la pharmacopée traditionnelle et aux pratiques de santé populaires.

Le but de TRAMIL est de permettre l'accès aux soins primaires aux populations de cette région géographique en limitant les recherches à la médecine traditionnelle.

Il s'agit de vérifier scientifiquement l'innocuité et l'efficacité de remèdes traditionnels d'usage courant, et de les recommander ou non en fonction des résultats des recherches.

Parallèlement depuis mai 2009, la L.O.D.E.O.M. (Loi pour le Développement Économique des Outre-mer) a officialisé la reconnaissance de la Pharmacopée des Outre-mer, et souhaite permettre l'inscription des plantes médicinales qui la composent à la pharmacopée française.

Ainsi, 16 plantes martiniquaises (6) font désormais partie de la pharmacopée française. Cette reconnaissance permet maintenant d'envisager une modification fondamentale de notre savoir-faire traditionnel, afin de le rationaliser et de l'intégrer au système moderne, mais également d'envisager de nouvelles possibilités économiques pour notre île.

1.6 Quelques définitions.

- **Phytothérapie** : traitement ou prévention des maladies par des plantes sous diverses formes, à l'exception des formes sophistiquées élaborées par des firmes pharmaceutiques.

- **Plantes médicinales** : drogues végétales dont au moins une partie possède des propriétés médicamenteuses. Ces plantes médicinales peuvent également avoir des usages alimentaires, condimentaires ou servir à la préparation de boissons hygiéniques.
- **Rimèd razié (traduction : remède des halliers)** : remède à base de plantes dans les Antilles françaises.
- **Médecine traditionnelle** : selon l'O.M.S., « La médecine traditionnelle est la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales ». (O.M.S., 2000).

2 Étude

2.1 Introduction

Selon l'OMS, 80 % de la population mondiale utilise des plantes pour sa santé.

Suite à la départementalisation, on avait observé en Martinique un délaissement progressif d'une médecine traditionnelle basée sur la phytothérapie, qui avait dominé pendant 3 siècles, au profit de la médecine moderne de la métropole.

Mais depuis la fin du XX^{ème} siècle, on assiste à un véritable regain d'intérêt des Martiniquais pour les plantes médicinales (Antenne Martinique du Conservatoire Botanique des Antilles Françaises : « Les plantes médicinales sont presque toujours présentes dans les jardins autour des maisons ou en pot dans les appartements, de même que sur les étals des marchés. »).

En Martinique, une seule étude a été réalisée par le réseau TRAMIL en 1996 (7), chez des personnes d'un âge moyen de 69 ans, principalement des femmes. Elle rend compte de l'utilisation fréquente des plantes (256 sont recensées par cette étude).

En Guadeloupe, une étude menée en 2010 par questionnaire auprès de 65 patients a montré que 86 % des patients utilisaient des plantes médicinales (8).

On peut penser qu'un tel engouement correspond à celui observé pour les médecines non conventionnelles rapporté par diverses études.

Cela pose plusieurs questions : iatrogénie, interactions médicamenteuses (selon une étude réalisée à la Jamaïque en 2010 (9), 80,6 % des adultes utilisaient de manière concomitante des plantes et des médicaments classiques), communication avec le médecin traitant (selon la même étude, seuls 18 % mettaient leur médecin au courant).

Dans le même temps, des efforts sont réalisés pour permettre une intégration des plantes médicinales dans le système de santé primaire : réseau TRAMIL (TRAditional Medicine in the IsLands) pour mieux connaître la pharmacopée traditionnelle, pour reconnaître la pharmacopée des Outre-mer et permettre l'inscription des plantes médicinales qui les composent à la pharmacopée française : L.O.D.E.O.M. (Loi pour le Développement Économique des Outre- Mer).

Dans un tel contexte, il était intéressant de savoir :

- d'une part comment les patients martiniquais ont recours aux plantes médicinales.
- d'autre part comment les médecins généralistes se situent par rapport à ces plantes.

2.2 Objectifs

L'objectif principal de cette étude était de faire une description du recours aux plantes médicinales locales (PML) en Martinique chez des patients consultant leur médecin généraliste.

Les objectifs secondaires étaient :

- d'explorer la communication médecin/malade en rapport avec les plantes médicinales.
- de rendre compte de la façon dont les médecins généralistes perçoivent les plantes médicinales et l'utilisation que leurs patients en font.

2.3 Matériels et méthodes

2.3.1 Schéma d'étude

Il s'agissait d'une enquête transversale par questionnaire anonyme auto-administré.

2.3.2 Population d'étude

La population d'étude était représentée :

- d'une part, par un échantillon varié de patients martiniquais de plus de 18 ans ayant un médecin généraliste déclaré.
- d'autre part, par des médecins généralistes libéraux.

Le nombre de sujets inclus dans l'étude s'est fait en fonction du recrutement.

Nous avons inclus dans l'étude 335 patients et 18 médecins.

2.3.3 Durée et modalités d'organisation de la recherche

L'étude s'est déroulée entre décembre 2013 et août 2014.

Les cabinets médicaux ont été choisis de façon à rendre compte de l'utilisation des PML sur toute l'île, et de mettre en évidence d'éventuelles disparités entre les différentes zones. Nous avons ainsi couvert les 3 communautés d'agglomération de la Martinique : Cap nord, CACEM, Espace sud (annexe5).

L'auteur de l'étude a passé une à plusieurs matinées dans les cabinets choisis au hasard pour récolter les questionnaires.

Les questionnaires ont été remplis soit par les patients seuls, soit à l'aide d'une secrétaire ou de l'auteur de l'étude.

Les médecins des cabinets choisis ont été invités à remplir un questionnaire.

Pour les patients, le questionnaire comprenait des questions relatives aux items suivants :

- Caractéristiques sociodémographiques
- Fréquence d'utilisation des plantes
- Pathologies traitées et plantes utilisées
- Formes d'utilisation, source d'approvisionnement et de connaissances
- Modes d'utilisation des plantes
- Dosage, effets indésirables, danger
- Raisons d'utilisation des plantes
- Communication avec le médecin traitant

Pour les médecins, le questionnaire abordait les sujets suivants :

- Caractéristiques sociodémographiques
- Attitudes vis à vis des PML
- Connaissances sur les PML

2.3.4 Circulation et analyse des données

Les données des questionnaires ont été recueillies sur papier (annexe 4). Elles ont été saisies dans un tableur LibreOffice (version: 4.2.8.2) , de manière anonymisée, selon les procédures ayant fait l'objet d'un accord CNIL (numéro de déclaration 1770489v0).

Les données ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive : les comparaisons des variables qualitatives ont été faites avec le test du Chi2 ; les comparaisons de moyennes avec le test T de Student, ou avec des tests non paramétriques le cas échéant. Le seuil de significativité retenue était de 5 % ($p < 0,05$).

2.4 Résultats du questionnaire patient

2.4.1 Population d'étude

335 patients ont répondu au questionnaire dont 193 (57,6 %) seuls et 142 (42,4 %) à l'aide de l'enquêteur.

310 patients (92,5 %) indiquaient avoir utilisé au moins une fois une PML.

2.4.2 Caractéristiques sociodémographiques

Les patients interrogés (84 hommes soit 25,2 % et 250 femmes soit 74,9 %) étaient âgés en moyenne de $49,9 \pm 17,6$ ans).

82,7 % des patients étaient traités par des PML quand ils étaient enfants.

109 patients (32,8 %) étaient bénéficiaires de la CMU.

76 % des patients qui avaient utilisé des PML au moins une fois étaient des femmes, 61 % avaient plus de 45 ans, 76,4 % étaient des personnes niveau bac ou moins (niveaux d'études 1, 2 et 3 du questionnaire) et 25,5 % faisaient partie de la classe des retraités.

On retrouvait la même prévalence d'utilisation quelque soit le lieu de vie : appartement ou maison.

Tableau I
Caractéristiques sociodémographiques de la population
(N = 335)*

	n	%
Classes d'âge (années)		
18-29	61	18,2
30-44	64	19,1
45-59	108	32,2
60-74	66	19,7
75-90	36	10,8
Sexe		
Hommes	84	25,2
Femmes	250	74,9
Zone de résidence		
Nord	143	42,7
Centre	80	23,9
Sud	100	29,9
Niveau d'éducation		
Bac ou moins	256	76,4
Supérieur au Bac	75	22,4
Diplômes		
Sans diplôme	103	31,1
Au moins 1 diplôme	228	68,9
CSP		
Agriculteurs	7	2,1
Artisans	9	2,7
Cadres/Professions intermédiaires	56	16,7
Employés	82	24,5
Ouvriers	5	1,5
Militaires	20	6
Retraités	84	25,1
Sans activité professionnelle	71	21,2
Lieu de vie		
Appartement	121	36,1
Maison	212	63,3

*nombre de personnes ayant participé à l'étude

2.4.3 Description de l'utilisation des PML.

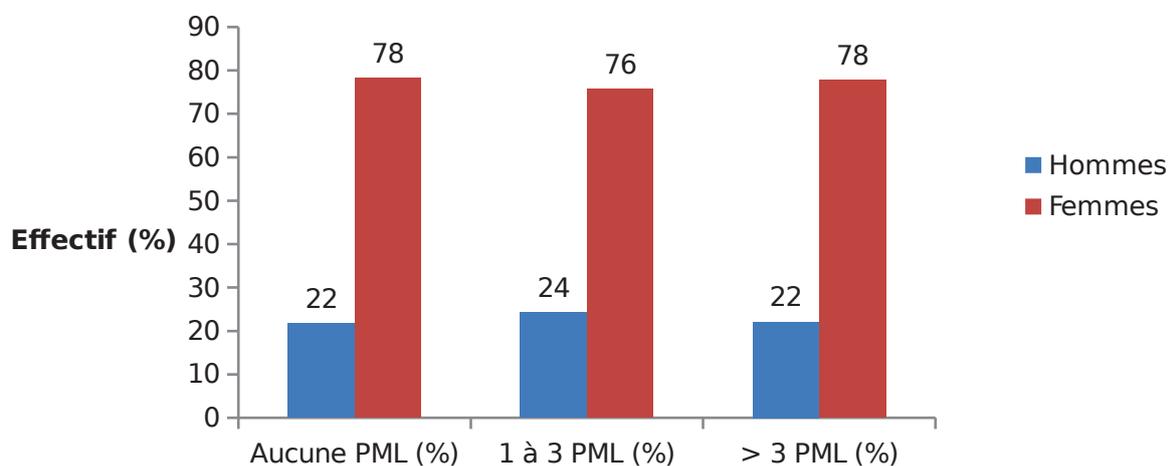
28,1 % des patients avaient utilisé des PML pour leur motif de consultation du jour (20,0 % durant la semaine, 8,1 % au cours du dernier mois).

Durant le dernier mois, 20 % des patients avaient utilisé plus de 3 PML (*grands utilisateurs*) et 37,7 % n'en avaient pas utilisé.

Durant les 6 derniers mois, 27,8 % des patients avaient utilisé plus de 3 PML et 26,9 % n'en avaient pas utilisé.

Au cours des 6 derniers mois, il n'y avait pas de différence significative d'utilisation des PML entre les femmes et les hommes.

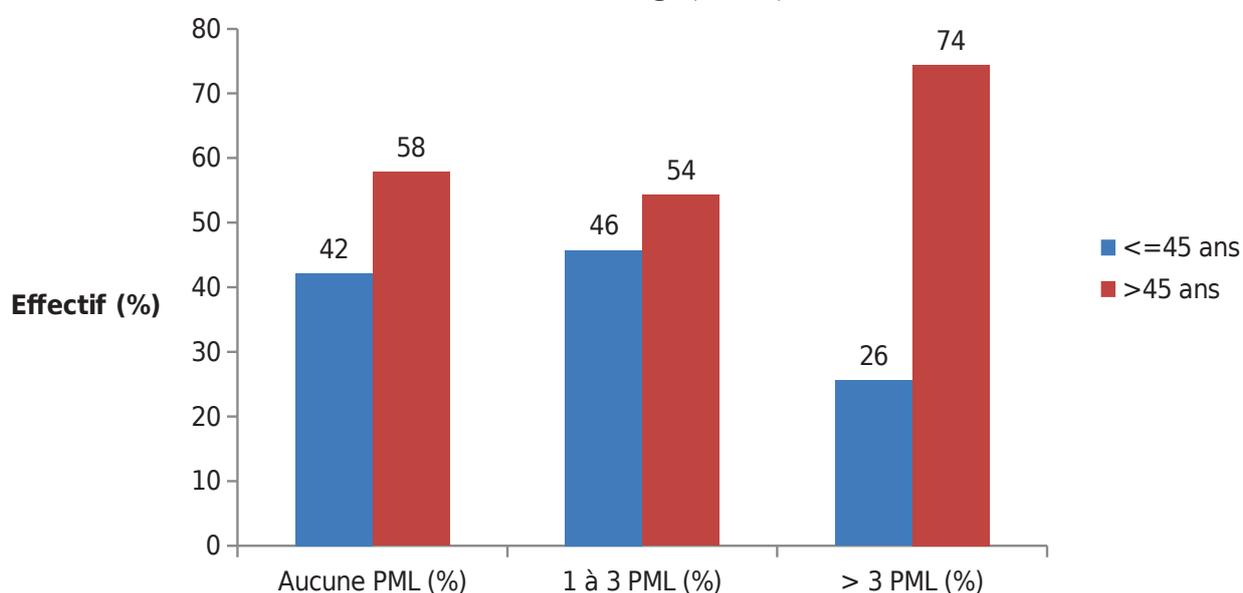
Diagramme I Utilisation de PML au cours des 6 derniers mois en fonction du sexe (N = 299)*



*nombre de personnes ayant mentionné leur utilisation des 6 derniers mois

Au cours des 6 derniers mois, il n'y avait pas de différence significative d'utilisation ou pas des PML entre les personnes de plus de 45 ans et celles qui avaient 45 ans ou moins. On pouvait tout de même noter une tendance à une plus grande utilisation d'un plus grand nombre de PML chez les plus de 45 ans.

Diagramme II Utilisation des PML au cours des 6 derniers mois en fonction de l'âge (N=299)*



*nombre de personnes ayant mentionné leur utilisation des 6 derniers mois

2.4.4 Pathologies traitées et plantes utilisées

Les principaux problèmes de santé pour lesquels les patients utilisaient les PML étaient la grippe : 76,1 %, les problèmes digestifs : 41,1 % et la fièvre : 38,2 %.

Tableau II
Problèmes de santé traités par les plantes
(N=309)*

	%
Grippe	76,1
Problèmes digestifs	41,1
<i>gaz</i>	26,2
Fièvre	38,2
Drainage	18,1
Fatigue	17,5
Problèmes de sommeil	16,8
Problèmes de peau	16,5
Autres	12,3
Inflammation	12,3
Imprudences	10,4
Flums	8,7
Problèmes articulaires	8,7
Hypertension artérielle	8,1
Diabète	7,4
Cholestérol	7,1
problèmes urinaires	6,5
problèmes respiratoires	6,1
blesse	6,1
problèmes gynécologiques	2,6
infections du sang	1,3

*nombre de personnes ayant cité au moins une pathologie

155 patients (46,3 %) avaient un traitement au long cours (prise de traitement quotidien sous ordonnance).

23,9 % utilisaient des plantes en rapport avec leur pathologie chronique.

Les patients ont cité 105 plantes différentes (annexes 2 et 3) et disaient avoir recours à 4 plantes ($4,3 \pm 3,9$ plantes) en moyenne.

Tableau III Principales plantes citées (N=301)*

	%
Atoumo (<i>Alpinia zerumbet</i>)	57,5
Citronnelle (<i>Cymbopogon citratus</i>)	48,5
Basilic (<i>Ocimum basilicum L.</i>)	45,5
Brisée (<i>Lippia alba</i>)	17,3
Menthe courante (<i>Mentha spicata L.</i>)	16,3

*nombre de personnes ayant cité au moins une plante

Il y avait une tendance à utiliser plus de plantes chez les patients de plus de 45 ans ($3,6 \pm 3,6$ plantes en moyenne chez les ≤ 45 ans comparé à $4,7 \pm 4,0$ plantes en moyenne chez les > 45 ans), les femmes ($3,8 \pm 3,7$ plantes en moyenne chez les hommes contre $4,5 \pm 3,9$ plantes en moyenne chez les femmes), les personnes vivant dans la région Nord ($4,8 \pm 4,4$ plantes en moyenne dans le nord, contre $3,8 \pm 3,3$ plantes en moyenne dans le Sud et $3,9 \pm 3,3$ plantes en moyenne dans le centre (annexe 5)).

Les patients qui prenaient un médicament au long cours disaient utiliser en moyenne 4,7 plantes ($\pm 4,3$) contre 4,0 plantes ($\pm 3,4$) pour ceux qui n'avaient pas de traitement chronique (différence non significative avec un $p=0,0945$).

2.4.5 Formes d'utilisation, source d'approvisionnement et de connaissances

Les plantes étaient utilisées essentiellement sous forme de tisane, thé, infusion et décoction (98,7 %).

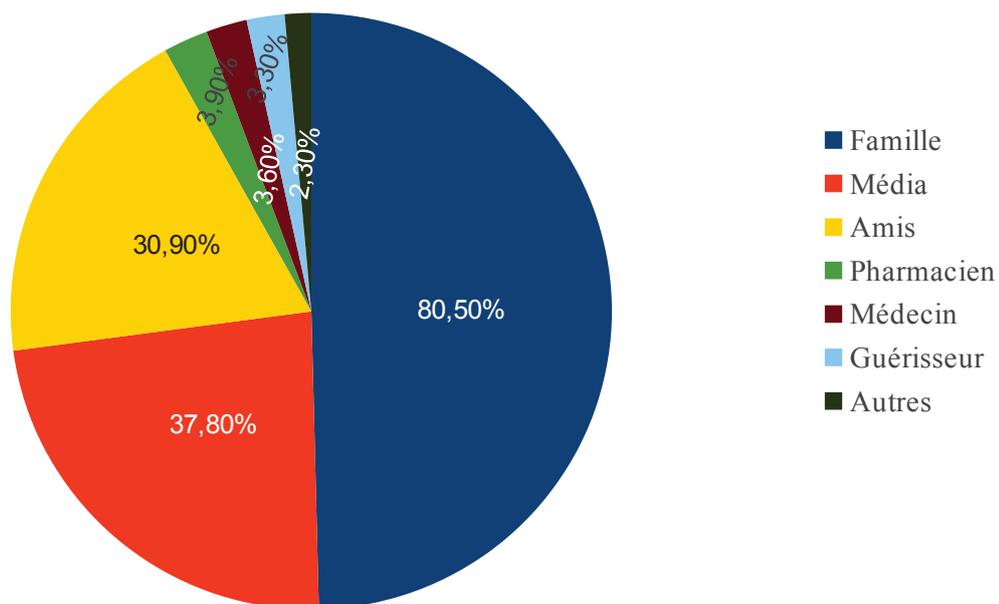
Venaient ensuite les sirops (15,3 %) et les bains/crèmes/pommades. Les autres modes d'utilisation étaient moins cités.

60,3 % des patients utilisaient les plantes de leur production personnelle et 51,6 % s'approvisionnaient auprès de proches.

Chez les personnes vivant en appartement (36,3 % des patients interrogés), 39,6 % avaient une production personnelle de plantes.

Les sources d'information principales étaient les proches et les médias.

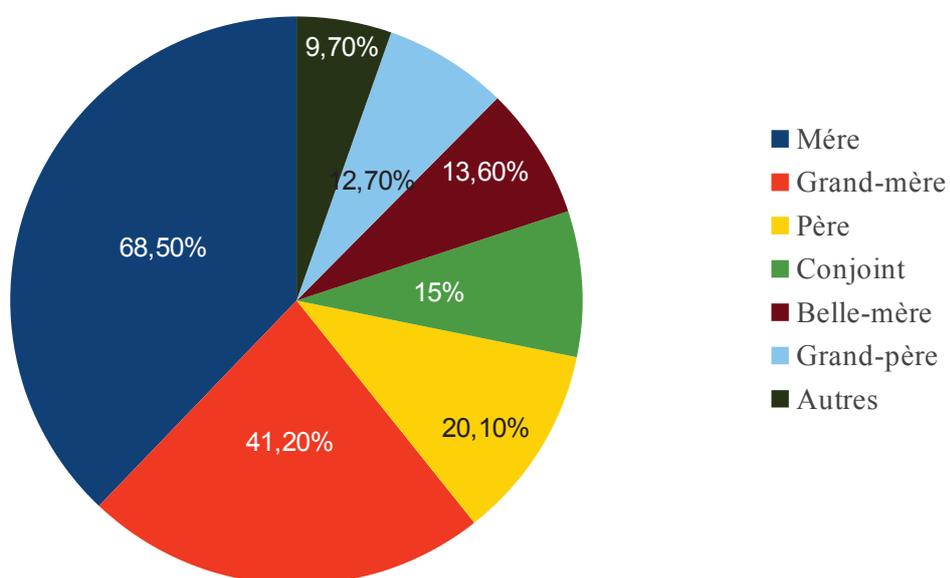
Diagramme III Sources d'information sur les plantes pour les patients (N=307)*



* nombre de patients ayant mentionné au moins une source d'information

Et parmi les proches, on retrouvait une transmission de la mère dans 68,5 % des cas, une transmission de la grand mère dans 41,4 %.

Diagramme IV Sources d'information chez les proches (N=308)*



* nombre de patients ayant cité au moins un proche

2.4.6 Modes d'utilisation des PML

48,1 % des patients disaient recourir aux PML en premier recours sans les médicaments classiques. 45,9 % les prenaient en même temps que les médicaments allopathiques.

Seuls 19,9 % disaient n'y avoir recours que quand les médicaments classiques ne marchaient pas.

À partir d'avril 2014, nous avons complété notre questionnaire, et un échantillon de 150 patients (44,8 %) a été interrogé plus en détail sur la façon dont ils avaient recours aux PML.

- 24,7 % des patients de cet échantillon utilisaient les PML en prévention.
- 56 % disaient utiliser les PML sans consulter lorsqu'ils étaient malades et que cela ne semblait pas grave.
- 26,7 % disaient consulter le médecin avant d'avoir recours aux PML et le faisaient alors en même temps que les médicaments prescrits par le médecin.
- 21,3 % utilisaient les PML en complément de leur traitement habituel. Parmi eux 62,5 % (n=32) patients avaient un traitement au long cours.

2.4.7 Dosage, effets indésirables, danger

Seuls 3,6 % des patients ont rapporté des effets indésirables. Parmi ceux-là, 8 patients ont mentionné des effets indésirables tels que difficulté à respirer, mal de tête, nausées, poussée tensionnelle, problème digestif/mal de ventre, sensation de vertige et vomissement.

55,2 % (n=165) des patients pensaient que les plantes étaient dangereuses. Parmi ces patients, 39,4 % parlaient de l'importance du dosage.

107 patients (35,6 %) disaient se renseigner sur les dosages.

80,1 % des patients ne connaissaient pas les effets secondaires et les contre-indications des RR.

Pour la réalisation d'une tisane, infusion ou décoction les modes de dosage des plantes se répartissaient comme suit : feuilles 61,8 %, approximativement 32,5 %, poignées 7,8 %, pesée 2,4 %.

72 patients (soit 21,5 %) ont précisé le nombre de feuilles utilisées : 76,4 % disaient utiliser plus de 2 feuilles par tasse.

La plupart des patients ne se renseignaient pas sur les dosages (60,5 %).

Lorsque les patients se renseignaient (n=107), c'était auprès de leurs proches (39,3 %), de sources extérieures (pharmaciens, guérisseurs...) (23,4 %), de livres (16,8 %) ou de leurs aînés (14,0 %) essentiellement.

Seuls 12,1 % disaient se renseigner auprès d'internet et des médias.

2.4.8 Raisons d'utilisation

La principale raison invoquée pour l'utilisation des RR était la tradition (47,9 %).

Tableau IV
Raisons d'utilisation des PML (N=305)

	%
Tradition	47,9
PML moins toxiques	37,5
Rester en bonne santé	30,5
Complément des traitements habituels	26
En accord avec ma vision de la santé	23,5
Plus autonome vis à vis de ma santé	12,7
Autres	11,4

*nombre de personnes ayant cité au moins une raison

2.4.9 Communication avec le médecin traitant

60,8 % des patients ne disaient jamais à leur médecin qu'ils utilisaient les RR.

Parmi eux, 44,9 % disaient ne pas y penser mais 10,3 % ne le faisaient pas car leur médecin ne leur posait pas la question.

Sur l'échantillon total des patients, 43,0 % ne voyaient leur médecin que lorsqu'ils étaient malades.

Ils représentaient 45 % des patients qui informaient leur médecin de leur utilisation des RR. Ceux qui le voyaient plus de 3 fois par an représentaient 20 % des patients qui informaient leur médecin.

Seuls 8,6 % des patients rapportaient que leur médecin leur avait proposé des PML.

2.5 Résultats du questionnaire médecin

2.5.1 Caractéristiques sociodémographiques

Un échantillon de 18 médecins a été interrogé.

La moyenne d'âge des médecins interrogés était de $52,2 \pm 10,0$ ans.

Parmi les médecins interrogés, 61,1 % étaient des femmes et 50 % s'estimaient originaires de la Martinique.

Il n'y avait pas de différence entre les médecins originaires de la Martinique et ceux qui ne l'étaient pas en ce qui concerne le fait de conseiller les RR, même s'il existait une tendance à moins conseiller chez les médecins se disant originaires de la Martinique (37,5% contre 62,5% chez ceux ne déclarant pas une origine martiniquaise) ($p=0,3$).

Tableau V Caractéristiques des médecins (N=18)

Moyenne d'âge	52,2 ±10 ans
Sexe (%)	
femmes	61,1
hommes	38,9
Origine (%)	
Martinique	37,5
Autre	62,5
Pratiquant une MNC (%)	
oui	83,33
non	16,67
Moyenne de patients par jour	29,5 ± 10,6 ans

2.5.2 Avis concernant les PML

La plupart des médecins (83,3 %) se disaient favorables à l'utilisation des RR dans le système de santé primaire.

2 médecins seulement jugeaient que les RR n'étaient pas efficaces.

88,9 % avançaient comme raison d'utilisation des RR par les patients la tradition.

83,3 % l'absence de danger.

27,8 % l'insatisfaction de la médecine conventionnelle.

44,4 % avançaient d'autres raisons : connaissances des patients, utilisation en cas d'échec, 1^{ère} intention avant consultation, système médical propre...

75,0 % des médecins de moins de 45 ans se disaient favorables à une formation sur les RR contre 71,4 % chez les médecins de plus de 45 ans.

2.5.3 Attitudes par rapport aux PML

83,3 % des médecins disaient demander parfois ou souvent à leurs patients s'ils utilisaient des RR.

Ils étaient 8 médecins (44,4 de l'échantillon total ; 100 % des médecins conseillant des RR à leurs patients) à conseiller des RR à leurs patients par voie orale.

La proportion de médecins prescrivant des RR chez les médecins pratiquant une médecine non conventionnelle (46,7 %) n'était pas significativement différente de celle des médecins ne pratiquant pas de médecine non conventionnelle (33,3 %).

La proportion de médecins prescrivant les RR chez les médecins les utilisant pour eux (100 %) était significativement très différente ($p < 0,0001$) de celle des médecins ne les utilisant pas (9,1 %).

Parmi les 44,4 % qui n'en conseillaient pas, la majorité (27,8 %) l'expliquaient par le manque de formation.

Tableau VI Raisons de non prescription des RR (N=18)

	%
Pas de formation	27,8
Problème médico-légal en cas d'effets secondaires	16,7
Autres	16,7
Pas d'intérêt	5,6
Manque de temps	5,6

Seuls 3 médecins avaient constaté des effets secondaires dus aux RR chez leurs patients.

Un cas d'interactions entre anticoagulants et RR a été rapporté au cours de cette étude.

2.5.4 Connaissances

Leurs connaissances venaient de la famille (27,8 %), des livres (33,3 %), de la formation professionnelle (11,1 %), de leurs amis (22,2 %), d'internet (11,1 %), d'autres sources (22,2 %).

Seuls 11,1 % des médecins avaient suivi une formation sur le sujet.

Lors de l'évaluation des connaissances des propriétés de l'herbe couresse (*peperomia pellucida*) à l'aide d'un questionnaire à choix multiples où toutes les propositions étaient justes (10-11), les réponses des médecins se répartissaient de la sorte :

- Pas de réponse : 27,7 %
- 1 réponse : 44,4 %
- 2 réponses : 22,2 %
- 3 réponses : 5,6 %

Lorsqu'on a demandé aux médecins de citer 3 exemples de RR avec leurs usages communs et leurs contre-indications, ils étaient 33,3 % à ne proposer aucune réponse et 38,9 % à donner 3 exemples.

Aucun médecin n'a cité de contre-indication aux plantes qu'il a proposées.

2.6 Discussion

2.6.1 Étude sur les patients

Cette étude était la première à être menée sur l'utilisation des plantes médicinales locales (PML) auprès de patients martiniquais. Une étude ethnobotanique réalisée en 1996 (7) avait montré que l'usage des plantes perdurait au sein de la population rurale de la Martinique malgré une tendance à disparaître à cause de la médecine moderne et du manque de transmission, mais il s'agissait d'une étude menée auprès de femmes âgées.

Nous avons retrouvé une forte utilisation des PML : 92,5 % des patients interrogés disaient avoir utilisé des plantes médicinales locales au moins une fois et ils étaient 67,5 % à en avoir utilisé au moins une fois durant les 6 derniers mois.

Ces résultats sont proches des 80,3 % des participants prenant régulièrement ou ayant pris un remède à base de plantes dans le passé dans une étude sur une population hispanique aux États-Unis (12), de ceux retrouvés dans plusieurs autres études sur l'utilisation des plantes médicinales (8-13-14-15).

Ces pourcentages sont plus élevés que ceux retrouvés dans d'autres études s'intéressant à l'usage de la phytothérapie (16-17-18-19-20-21).

La prévalence d'utilisation des plantes peut donc varier en fonction des pays et des groupes ethniques.

Notre étude ne retrouvait pas de différence significative d'utilisation des plantes selon le sexe, contrairement à plusieurs autres études, où on retrouve une prévalence plus élevée chez les femmes (13-16-17-18-21-22), et pour certaines les femmes d'âge moyen (17-18-22). Cela peut être dû au manque de puissance de comparaison dans une population de patients où globalement le sexe féminin était surreprésenté.

Selon notre étude, les patients de plus de 45 ans avaient tendance à utiliser plus de plantes que ceux de 45 ans et moins. Cette tendance est rapportée ailleurs (14-23).

Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence de différence d'utilisation des plantes selon le niveau d'éducation ni la CSP, contrairement à d'autres études (16-17-18-21-22) dans lesquelles ce sont les personnes avec un niveau d'éducation le plus élevé et les actifs avec les plus hauts revenus qui ont le plus recours aux produits à base de plantes.

Une grande majorité de patients trouvaient les plantes efficaces ce qui est en accord avec d'autres études (8-12-25).

La répartition des motifs d'utilisation des plantes médicinales varie d'une étude à l'autre. Ce sont : la « grippe » (*telle que décrite dans les pathologies créoles*), les problèmes digestifs, la fièvre, le drainage, la fatigue et le sommeil qui étaient les principaux problèmes de santé pour lesquels les patients utilisaient les plantes.

On retrouvait une utilisation importante des plantes pour des symptômes tels que syndromes grippaux, toux, fièvre, comme dans plusieurs études (12-18-25).

La notion de « maintien de la santé, du bien-être » mise en évidence dans plusieurs articles (14-17-18-20-25) était retrouvée chez un tiers des patients de notre étude.

Mais les patients utilisaient également des plantes pour leur pathologie chronique. Ainsi, 8,1 % des patients, soit environ la moitié de notre échantillon de patients prenant un traitement au long cours pour l'hypertension artérielle, avaient recours aux plantes pour cette pathologie. Ils étaient 10 % à la Jamaïque selon une étude sur la prévalence d'utilisation des PM et de leur usage avec les médicaments classiques (14), et 20 % à Trinidad selon une étude s'intéressant à la perception de l'efficacité des PM par les utilisateurs de soins primaires (25), deux autres îles de la Caraïbe présentant une prévalence importante de l'hypertension artérielle.

Dans notre étude, un peu moins de la moitié des patients prenait des plantes en même temps que les médicaments allopathiques et ils étaient 23,9 % à utiliser des plantes pour leur pathologie chronique (celle pour laquelle ils prenaient un médicament au long cours).

Cette notion de co-médication avec des pourcentages similaires a été largement décrite (14-17-18-23-25). Dans une étude jamaïcaine ciblant uniquement les personnes ayant au moins une prescription au long cours (24), 80,6 % utilisaient des plantes en même temps que leur traitement.

Cela pose le problème des interactions entre les médicaments et les plantes médicinales décrites dans plusieurs articles (27-28-29), notamment chez les personnes âgées polymédiquées.

Un nombre d'interactions entre les plantes et les médicaments sont connues, le plus souvent suite à des cas rapportés ou des observations cliniques. C'est le cas pour les plantes comme le millepertuis, le ginkgo, le ginseng, le gingembre et l'ail (30). D'autres interactions sont possibles via des mécanismes aussi bien pharmacodynamiques que pharmacocinétiques identifiés. On retrouve des interactions potentielles avec certaines

plantes de notre pharmacopée. Par exemple, entre le curcuma et plusieurs anticancéreux par un mécanisme d'interaction avec un transporteur de protéine, entre le noni et les médicaments hyperkalémiants, entre le boldo et les diurétiques et laxatifs par un mécanisme pharmacodynamique (27). Mais hormis quelques interactions mises en évidence chez un nombre significatif de personnes, toutes les interactions rapportées ne sont pas cliniquement significatives. Des recherches cliniques dans ce domaine sont nécessaires.

Ces interactions sont en partie rendues possible par le fait que beaucoup de patients ne font pas part de leur usage des plantes à leur médecin.

Dans notre étude 60,8 % des patients ne disaient jamais à leur médecin qu'ils utilisaient les PML. Cette tendance se retrouve dans de nombreuses études avec des chiffres similaires (8-14-21) ou plus élevés (12-14-23-26-31).

Parmi les patients qui ne parlaient pas à leur médecin de leur usage des PML, un peu moins de la moitié des patients disait ne pas y penser alors que 21,3 % avançaient le fait que le médecin ne leur avait pas posé la question.

Selon une revue d'études qualitatives et quantitatives sur la communication par les patients de leur usage des plantes (32), les principales raisons pour lesquelles les patients ne parlaient pas de leur utilisation des plantes étaient : des préoccupations concernant une réponse négative des médecins, la croyance que le médecin n'avait pas besoin d'être au courant de leur usage des médecines non conventionnelles (12-25), le fait que le médecin ne pose pas la question (23-25).

Des effets indésirables dus aux plantes ont été rapportés par 3,6 % des patients.

Les patients ont mentionné : difficulté à respirer, mal de tête, nausée, poussée tensionnelle, problèmes digestifs/mal de ventre, sensation de vertige, vomissements.

Des effets indésirables ont été rapportés ailleurs avec des chiffres variables : 11,3 % des patients hospitalisés lors d'un sondage turc sur l'utilisation de la phytothérapie (17), 1,7 % de personnes utilisant de manière concomitante les plantes et les médicaments dans l'étude jamaïcaine (24), 6 % dans l'étude trinitadienne (25), 7 % chez les co-utilisateurs de plantes et médicaments dans une étude norvégienne (23), 20 % dans l'étude d'une population de citoyens nigériens (33).

Ces chiffres sont probablement sous-estimés dans la mesure où les patients ne font pas forcément la relation entre les symptômes présentés et les plantes qu'ils prennent. Et les patients ne rapportent pas systématiquement ces effets secondaires aux professionnels de santé. Seuls 4 des 11 patients de notre étude ayant eu des effets secondaires avaient consulté.

Dans une enquête au Royaume Uni (34), on demanda à 120 personnes de réagir face à un scénario : dans l'hypothèse où elles constateraient un effet secondaire lié à la prise d'une plante, plus de 50 % de l'échantillon indiqua qu'il ne consulterait pas son médecin généraliste.

Une étude récente (35), examinant plusieurs bases de données des effets secondaires liées aux plantes, a classé les plantes en 3 catégories en fonction des effets secondaires sévères, modérés ou mineurs. On retrouve certaines plantes citées dans notre étude par les patients : l'aloé vera, parmi les plantes pouvant donner des effets secondaires modérément sévères, et parmi celles dont les effets secondaires sont mineurs, la menthe courante, la cannelle, le noni, le thym et le curcuma.

Dans notre étude, un peu moins de la moitié des patients pensait que les plantes ne présentaient pas de danger, chiffre comparable à celui d'autres études (14-33) et la moindre toxicité était la 3^{ème} raison invoquée pour l'utilisation des PML.

Dans l'étude turque (17), 1/4 des personnes interrogées choisissaient les plantes parce qu'elles étaient d'origine naturelle, et 10,6 % avançaient qu'elle étaient sans danger.

Dans une étude israélienne (19), un peu plus de la moitié des utilisateurs des « médicaments naturels » croyaient qu'ils n'avaient aucun effet secondaire.

D'ailleurs, nous avons retrouvé que plus de la moitié de notre échantillon (60,5 %) ne se renseignait pas sur les dosages des plantes, et lorsque les patients le faisaient c'était en majorité auprès des proches comme c'est le cas dans bon nombre d'études, avec le manque de fiabilité que cela implique.

Lors de la préparation d'une tisane ou décoction, si 1/3 des patients procédaient de manière approximative, 2/3 disaient avoir recours à un certain nombre de feuilles. Pour 71 patients (21,2 %), il s'agissait de mettre de 2 à 4 feuilles par tasse.

Dans le sondage ethnobotanique de TRAMIL (7) les dosages étaient également imprécis mais des chiffres revenaient comme le chiffre 7. Il s'agit de chiffres symboliques liés aux croyances et aux pratiques magico-religieuses (7).

Le principal mode de préparation des plantes était les thés (infusions, décoctions) chez 98,7 % des patients interrogés. Ce mode de préparation était aussi le plus courant dans d'autres études (36-48).

Dans le sondage de TRAMIL (7), les différentes formes d'administration des plantes sont citées sans précision chiffrée. Sont mentionnées les purges, les macérations qui n'apparaissent pas dans notre étude. On peut faire l'hypothèse que ces modes de préparation se perdent. L'étude TRAMIL concernait surtout des femmes plutôt âgées.

60,3 % des patients de notre étude utilisaient les plantes de leur production personnelle. Ces chiffres sont comparables à ceux trouvés dans l'étude ethnopharmacologique aux Saintes (36) à Terre de haut où 52 % des plantes venaient du jardin familial, ainsi que dans l'étude menée par le réseau TRAMIL (7) qui mentionnait : « un grand nombre de plantes sont cultivées dans les jardins ou à côté des maisons », ou à Trinidad (26) où le « jardin derrière la maison » était la principale source d'approvisionnement (79,2 %).

Notre étude révèle une production personnelle chez 39,6 % des patients vivant en appartement (n=111).

L'approvisionnement sur le marché (16 %) est plus fréquent que dans l'étude trinidadienne (26).

La principale source d'information était les proches et la tradition était la principale raison d'utilisation citée par les patients. De nombreuses études mettent en évidence ce rôle de la tradition familiale (13-17-20-23-33-37).

Venaient ensuite comme source d'information les médias comme dans les études précitées. Par contre les rôles du pharmacien et du médecin étaient moindres.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre étude n'incluait ni les produits à base de plantes ni les suppléments, comme d'autres études.

Ce n'est que depuis l'introduction dans la pharmacopée française de certaines de nos plantes qu'elles sont commercialisées dans les pharmacies et magasins diététiques.

Dans la transmission des informations, le rôle des femmes était primordial. Dans un peu plus de 2/3 des cas, la transmission se faisait par la mère, dans 41,4 % par la grand-mère. Cette notion apparaît dans l'étude ethnobotanique de Nossin (7) où « les mères et les grands-mères qui participent à la survie de la médecine traditionnelle dans la famille

plus que les pères ont joué un rôle important dans le sondage ». Les femmes jouant probablement ce rôle de management de la santé familiale comme cela a été décrit ailleurs (18).

Les patients ont cité spontanément 105 plantes, résultat proche de ceux retrouvés dans plusieurs études (14-25-36-38).

Dans leur étude, NOSSIN et LONGUEFOSSE (7) ont recensé plus de plantes, soit 256 (94 plantes étaient retrouvées chez au moins 20 % des personnes interrogées) probablement parce que la population interrogée était composée de femmes âgées (moyenne d'âge de 69 ans) avec de plus grandes connaissances sur les plantes et aussi parce qu'il s'agissait d'un travail ethnobotanique plus axé sur les plantes elle-mêmes.

L'atoumo, la citronnelle, le basilic, la brisée et la menthe courante étaient les 5 plantes les plus utilisées par les patients. Ces plantes sont différentes de celles retrouvées dans d'autres études. Elles sont toutes indiquées dans la grippe (63) qui était le premier problème de santé pour lequel les patients disaient avoir recours aux plantes.

Les travaux de TRAMIL (5) sur la brisée et la citronnelle avec des adultes sains n'ont pas mis en évidence de toxicité. L'atoumo est atoxique (4-5).

La menthe contient du menthol qui consommé à forte dose présente une toxicité sur le système nerveux central. Consommée en infusion, elle est dépourvue de toxicité (4-5).

Quant au basilic il contient de l'estragol qui, administré oralement au rat, se métabolise partiellement en hydroxy-estragol, considéré comme carcinogène. Son emploi thérapeutique est déconseillé chez les enfants, ainsi que chez les femmes enceintes ou allaitantes, et dans tous les cas, on recommande de ne le prescrire que pendant de courtes périodes (5).

2.6.2 Étude sur les médecins

Cette étude s'intéresse pour la première fois aux attitudes, connaissances, pratiques des médecins généralistes vis à vis des PML.

La majorité des médecins interrogés (83,3 %) se disait favorable à l'utilisation des PML dans le système de santé primaire et seuls 2 médecins sur 18 pensaient que les plantes médicinales n'étaient pas efficaces

Cette notion d'acceptation de la phytothérapie par les médecins se retrouve dans d'autres études (25-26-33-39-40).

Dans une étude nigérienne sur l'évaluation des connaissances des pharmaciens et des médecins sur la phytothérapie (40), 18,5 % des médecins pensaient qu'elle n'était pas efficace.

Dans une autre étude nigérienne (33), ils étaient 62 % à penser que les PML avaient un rôle positif à jouer dans la santé des patients.

Ce qui rejoint la notion d'acceptation des PML par les médecins du secteur hospitalier révélée par une étude trinitadienne (26).

Dans une étude libanaise s'intéressant aux perceptions et pratiques de médecins en rapport avec la phytothérapie (39), 40 % des médecins interrogés croyaient que les préparations herbales étaient bénéfiques pour les patients.

Les principales raisons invoquées par les médecins expliquant l'usage des plantes par leurs patients étaient la tradition et le fait qu'ils les considéraient sans danger, notions largement retrouvées dans notre enquête auprès des patients.

Seuls moins d'1/3 des médecins pensaient que les patients n'étaient pas satisfaits par la médecine conventionnelle contrairement à un sondage auprès de médecins israéliens sur leurs perceptions de l'utilisation par leurs patients des médecines complémentaires (41),

dans lequel la plupart des médecins pensaient que les patients se tournaient vers des méthodes alternatives quand ils n'étaient pas satisfaits par la médecine conventionnelle.

Dans notre étude, la moitié des médecins estimait que 30 à 50 % de leur patientèle avait recours aux PML. Ce qui est bien en deçà des 92,5 % de patients ayant utilisé au moins une fois les PML dans notre étude.

Cette tendance à sous-estimer le recours aux médecines non conventionnelles par les médecins se retrouve ailleurs : dans l'étude canadienne sur les attitudes d'internes en médecine vis à vis de la phytothérapie (42), les participants estimaient que 11 à 30 % des patients avaient recours aux préparations herbales ; 68 % des médecins israéliens (41) sous-estimaient également le pourcentage de patients utilisateurs de médecines complémentaires en annonçant un pourcentage de 15 %.

Une grande majorité de médecins (83,3 %) disait demander parfois ou souvent à leurs patients s'ils utilisaient les PML. Dans d'autres études ce pourcentage est bien moins élevé (26-41).

Dans l'étude israélienne (41), 58 % des médecins posaient souvent ou toujours à leurs patients la question sur leur recours aux médecines complémentaires.

Plus de la moitié des médecins interviewés dans l'étude trinitadienne de CLEMENT, WILLIAM et al. (26) rapportait avoir demandé aux patients lors de l'anamnèse s'ils utilisaient des préparations à base de plantes.

Les patients de notre étude disaient ne pas parler de leur usage des plantes surtout parce qu'ils n'y pensaient pas. On peut tout de même avancer que les patients ne révèlent pas leur utilisation des plantes même si on leur pose la question, pour plusieurs raisons

qu'ils n'ont pas mentionnées par souci de se montrer sous une facette positive (biais de désirabilité sociale). Des études (12-43) ont montré que les patients peuvent avoir l'impression que leur médecin ne s'intéresse pas aux PML ; ils anticipent une mauvaise réponse de sa part ; ils sont convaincus que le médecin est incapable de leur donner une information utile sur le sujet.

Cela montre l'importance qu'il y a à sensibiliser les patients pour qu'ils prennent conscience de l'enjeu d'une communication claire et confiante sur le sujet avec leur médecin sans avoir peur d'être jugés.

Moins de la moitié des médecins conseillaient les PML, pourcentage similaire aux 45 % de médecins israéliens prescrivant de manière régulière de la phytothérapie à leurs patients (14), aux 40 % des médecins du secteur public hospitalier trinitadien ayant prescrit des plantes médicinales à leurs patients dans le passé (26).

Nos résultats sont plus élevés que ceux observés dans l'étude sur les opinions et usages des médecines complémentaires par les médecins, infirmiers norvégiens (38) où seulement 12 % des médecins rapportaient avoir utilisé des médecines non conventionnelles, dont la phytothérapie. Dans l'étude malaysienne sur les facteurs prédictifs de recommandation de la phytothérapie de médecins à leurs patients (44), 19 % des médecins avaient recommandé de la phytothérapie à leurs patients alors que dans l'étude brésilienne (13) ils n'étaient que 10 %. Dans une étude nigérienne (45), seuls 20,7 % des médecins avaient prescrit des PM à leurs patients alors que leurs connaissances étaient bonnes.

Dans notre étude, tous les médecins qui utilisaient les plantes médicinales locales pour eux les prescrivait à leurs patients alors qu'ils n'étaient que 9,1 % à les prescrire parmi les médecins non utilisateurs, résultat compatible avec l'étude malaysienne (44) qui a montré que l'usage personnel des plantes par les médecins était un facteur prédictif de la recommandation qu'ils en faisaient aux malades.

Les médecins qui ne conseillaient pas les PML l'expliquaient en majorité par le manque de formation, comme les internes de l'étude canadienne (42). Ils invoquaient ensuite les problèmes médico-légaux en cas d'effets secondaires.

On peut supposer que c'est également à cause d'un risque médico-légal que ceux qui prescrivait les PML le faisaient uniquement de manière orale.

Comme dans bon nombre de pays (26-42) les médecins étaient peu formés à l'utilisation des PML (11 %).

Leurs connaissances venaient essentiellement des proches (famille et amis), puis des livres, comme cela a été décrit dans plusieurs études (42-45)

L'étude nigérienne s'intéressant aux attitudes des médecins vis-à-vis de la phytothérapie (45) a montré que 96 % des médecins avaient lu des documents sur le sujet.

Les livres étaient, pour les internes canadiens (42), la principale source d'information sur la phytothérapie avant les collègues.

Un des médecins de notre étude avait suivi une formation avec le Dr NOSSIN, pharmacien et coordinateur du réseau TRAMIL. Mais il n'existe aucune formation universitaire de phytothérapie locale. Et les cours de phytothérapie sont absents de la formation initiale des médecins comme ailleurs (39-42).

Mais les 3/4 des médecins se disaient favorables à suivre une formation, ce qui rejoint l'opinion des médecins libanais (39), conscients de leur manque d'information sur les plantes et enclins à être formés.

Ce manque de formation explique les faibles connaissances des médecins (surtout concernant les contre-indications) en matière de PML. Cette tendance, décrite dans d'autres pays (26-39-42-46), pose problème dans la mesure où il y a un risque d'interactions des plantes avec les médicaments classiques, et des effets secondaires possibles comme nous l'avons vu dans l'enquête sur les patients.

Dans notre étude, 3 médecins avaient constaté des effets secondaires dus aux PML : une surinfection cutanée due à l'usage du mancenillier, des troubles digestifs (plantes non spécifiées), des épigastralgies, une hypotension et un syndrome néphrotique pour le dernier médecin.

Le médecin qui avait diagnostiqué le syndrome néphrotique suite à l'utilisation de plantes médicinales chez son patient ne l'avait pas signalé et ne se souvenait pas des plantes en cause. Dans l'étude nigérienne (40), 13 % des médecins rapportaient les effets secondaires aux centres de pharmacovigilance, les autres disaient simplement aux patients d'arrêter le produit.

Un cas d'interaction avec des anticoagulants a été également rapporté mais sans que ne soient précisées les plantes mises en cause.

Il est urgent que soient mis en place des programmes de formation sur les PML sachant que des études ont montré que des programmes structurés d'éducation à la phytothérapie augmentent les connaissances, la confiance dans la prescription et les interactions avec les patients (47).

2.7 Limites

Notre étude est la seule enquête récente s'intéressant à l'utilisation de plantes médicinales aux Antilles Françaises par les patients. Nous ne pouvons cependant élargir nos conclusions à l'ensemble de la population martiniquaise compte tenu de la méthode de l'étude (caractéristiques des personnes enquêtées).

Par ailleurs certains biais viennent limiter l'interprétation des résultats :

- biais de sélection compte tenu du recueil des données effectué essentiellement le matin, avec une surreprésentation de femmes, âgées ou inactives, ce qui va sans doute dans le sens d'une surestimation de l'utilisation des PML.
- biais lié à la présence de l'enquêteur : dans le cas où l'enquêteur était présent avec remplissage en face à face, la complétion est sans doute meilleure, comme cela a été décrit dans plusieurs études (Collins 1987), mais le biais de désirabilité sociale est sans doute plus important (Hagenaars 1982, Mangione 1992, Deville 1998).

Notre méthodologie a limité le biais de mémorisation car les questions concernant le nombre de PML utilisés concernaient des périodes récentes et bien limitées dans le temps.

L'échantillon de médecins interrogés était faible induisant un manque de puissance statistique ne permettant pas de mettre en évidence des différences qui seraient apparues avec un échantillon plus grand.

Notre série de patients et de médecins est parfaitement crédible dans la mesure où elle s'apparente à d'autres séries comparables publiées en terme d'âge et de caractéristiques.

Et nos résultats sont assez cohérents avec les données de la littérature.

3 Conclusion

Notre étude montre, qu'en Martinique, l'utilisation des plantes médicinales locales est très vivace parmi les patients consultant leur médecin généraliste, comme c'est le cas dans de nombreux pays, avec une transmission familiale essentiellement par les femmes. Les plantes les plus utilisées servent à soigner des petits maux, mais certains patients les utilisent aussi en même temps que leur traitement au long cours sans informer leur médecin. Les médecins semblent conscients de cet usage de la part de leurs patients, le sous-estiment, et ne sont pas formés pour y faire face. Compte tenu de ces réalités, les plantes médicinales devraient être prises en compte par les politiques de santé publique et faire partie de la formation initiale et continue des médecins qui pourraient alors fournir à leurs patients une information claire sur les risques et bénéfices des plantes.

Lors de l'anamnèse, les médecins devraient systématiquement s'enquérir de l'utilisation des plantes médicinales et le faire figurer dans le dossier médical. Ils devraient aussi y penser en cas de difficulté à équilibrer un traitement ou de survenue de symptômes inexpliqués.

Il serait intéressant que cette étude soit complétée par d'autres études, notamment des études qualitatives et tout particulièrement auprès de patients ayant une pathologie chronique traitée que l'on n'arrive pas à équilibrer, en analysant leur utilisation des plantes médicinales.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Gossel-Williams M, Simon OR, West ME. The Past and Present Use of Plants for Medicines. *West Indian Med J* 2006;55:217-218.
2. World Health Organization WHO traditional medicine strategy 2002–2005 WHO, Geneva. 2002. 2014 [30/09/2014]; Available from : <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js2298f/>
3. Vaudreuil C. A propos de deux registres nécessaires au bon usage des plantes médicinales de Martinique : la Pharmacopée végétale martiniquaise et un vademécum de phytothérapie. 100 p. Thèse d'exercice : pharmacie. Rouen : 2012.
4. Longuefosse JL. 100 plantes médicinales de la Caraïbe. Gondawana, 1995, 237p.
5. T.R.A.M.I.L (Traditionnal Medicine for the Islands), site de la pharmacopée des plantes médicinales des Caraïbes. 2014 [15/04/2015]. Available from : <http://www.funredes.org/tramil/francais/>
6. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Liste A des plantes médicinales utilisées traditionnellement avec un additif concernant les plantes d'ou-tre mer. 2014 [30/09/2014]. Available from : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/95c5f7e3a5c2b0eed719142d3b16f7e0.pdf
7. Longuefosse JL, Nossin E. Medical ethnobotany survey in Martinique. *J Ethnopharmacol* 1996;53:117-42.
8. Chemla S. De la phytothérapie créole en Guadeloupe : à partir d'une étude prospective du terrain. 90. Thèse d'exercice : Médecine. Antilles-Guyane : 2010.

9. Delgoda R, Younger N, Barrett C et al. The prevalence of herbs use in conjunction with conventional medicines in Jamaica. *Complement Ther Med* 2010;18:13-20.
10. Wei LS, Wee W, Siong JY, Syamsumir DF. Characterization of anticancer, antimicrobial, antioxidant properties and chemical compositions of *Peperomia pellucida* leaf extract. *Acta Med Iran*. 2011;49(10):670-4.
11. Pulak M, Priya A, Satya V. Ethno-medicinal, phytochemical and pharmacological review of an amazing medicinal herb *Peperomia pellucida* (L.) HBK. *RJPBCS* 2011;2(4):358-64.
12. Howell L, Kochhar K, Saywell Rjr et al. Use of herbal remedies by Hispanic patients: do they inform their physician? *J Am Board Fam Med*. 2006;19(6):566-78.
13. Oliveira SG, de Moura FR, Demarco FF et al. An ethnomedicinal survey on phytotherapy with professionals and patients from Basic Care Units in the Brazilian Unified Health System. *J Ethnopharmacol*. 2012;140(2):428-537.
14. Picking D, Younger N, Mitchell S et al. The prevalence of herbal medicine home use and concomitant use with pharmaceutical medicines in Jamaica. *J Ethnopharmacol*. 2011;137(1):305-11.
15. Oblitas G, Hernández-Córdova G, Chiclla A et al. Use of medicinal plants among people attending two reference hospitals in Cuzco, Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(1):64-8.
16. Aziz Z, Tey NP. Herbal medicines : prevalence and predictors of use among Malaysian adults. *Complement Ther Med*. 2009;17(1):44-50.
17. Burak CS, Ayşe SS, Tahir KS. A survey of Turkish hospital patients's use of

- herbal medicine. *European Journal of Integrative Medicine*.2013;5(6):547-52.
18. Knotek K, Verner V, Chaloupkova P. Prevalence and use of herbal products in the Czech Republic: over-the-counter survey among adult pharmacies clients. *Complement Ther Med*. 2012;20(4):199-206.
 19. Giveon SM, Liberman N, Klang S, Kahan E. Are people who use «natural drugs» aware of their potentially harmful side effects and reporting to family physician? *Patient Educ Couns* 2004;53(1):5-11.
 20. Harnack LJ, Rydell SA, Stang J. Prevalence of use of herbal products by adults in the Minneapolis/St Paul, Minn, metropolitan area. *Mayo Clin Proc*. 2001 ; 76(7):688-94.
 21. Nur N. Knowledge and behaviours related to herbal remedies : a cross-sectionnal epidemiological study in adults in Middle Anatolia, Turkey. *Health Soc Care Community*. 2010;18(4):389-95.
 22. Kennedy J. Herb and supplement use in the US adult population. *Clinical Therapeutics* 2005; 27 :1847-57.
 23. Djuv A, Nilsen OG, Steinsbekk A. The co-use of conventional drugs and herbs among patients in Norwegian general practice : a cross-sectional study. *BMC Complement Altern Med*. 2013;13:295.
 24. Delgoda R, Younger N, Barrett C, Braithwaite J, Davis D. The prevalence of herbs use in conjunction with conventional medicines in Jamaica. *Complement Ther Med* 2010;18:13-20.
 25. Clement YN, Morton-Gittens J, Basdeo L, Blades A, Francis MJ, Gomes N, Janjua M, Singh A. Perceived efficacy of herbal remedies by users accessing primary healthcare in Trinidad. *BMC Complement Altern Med* 2007;7:7-16.

26. Clement YN, Williams AF, Khan K et al. A gap between acceptance and knowledge of herbal remedies by physicians : the need for educational intervention. *BMC Complement Altern Med* 2005;18:5-20.
27. Fugh-Berman A, Ernst E. Herb-drug interactions: review and assessment of report reliability *Br J Clin Pharmacol*, 2001 Nov;52(5):587-95.
28. Izzo AA, Ernst E. Interactions between herbal medicines and prescribed drugs. A systematic review. *Drugs* 2001;61(15):2163–75 ;
29. Colalto C. Herbal interactions on absorption of drugs: Mechanisms of action and clinical risk assessment. *Pharmacol Res.* 2010;62(3):207-27.
30. Mills E, Wu P, Johnston BC et al. Natural health product-drug interactions: a systematic review of clinical trials. *Ther Drug Monit.* 2005;27(5):549-57.
31. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, et al. Unconventional medicine in the United States. *N Engl J Med* 1993; 328: 246–52.
32. Robinson A, Mc Grail MR. Disclosure of CAM use to medical practitioners: a review of qualitative and quantitative studies. *Complement Ther Med.* 2004 Jun-Sep;12(2-3):90-8.
33. Oreagba IA, Oshiyoka KA, Amachree M. Herbal medicine use among urban residents in Lagos, Nigeria. *BMC Complement Altern Med.* 2011;11:117.
34. Lynch N, Berry D. Differences in perceived risks and benefits of herbal, over-the-counter conventional, and prescribed conventional, medicines, and the implications of this for the safe and effective use of herbal products. *Complement Ther Med.* 2007;15(2):84-91.

35. Posadzki P, Watson LK, Ernst E. Adverse effects of herbal medicines: an overview of systematic reviews. *Clin Med*. 2013;13(1):7-12.
36. Boulogne I, Germosén L, Ozier-Lafontaine H et al. TRAMIL ethnopharmacological survey in Les Saintes (Guadeloupe, French West Indies): a comparative study. *J Ethnopharmacol*. 2011;133(3):1039-50.
37. MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW. The escalating cost and prevalence of alternative medicine. *Prev Med*. 2002;35(2):166-73.
38. Risberg T, Kolstad A, Johansen A, Vingerhagen K. Opinions on and use of alternative medicine among physicians, nurses and clerks in northern Norway. *In Vivo*. 1999;13(6):493-8.
39. Ala Aeddine N, Khayat M, Alawieh H, Adibilly S, Adib S. Perceptions and practices regarding herbal medicine prescriptions among physicians in Greater Beirut. *J Med Liban*. 2014;62(3):130-6.
40. Fakeye TO, Onyemadu O. Evaluation of knowledge base of hospital pharmacists and physicians on herbal medicines in Southwestern Nigeria. *Pharm Pract (Granada)*. 2008;6(2):88-92.
41. Givon SM, Liberman N, Klang S, Kahan E. A survey of primary care physicians' perceptions of their patients' use of complementary medicine. *Complement Ther Med*. 2003;11(4):254-60.
42. Xu S, Levine M. Medical residents' and students' attitudes towards herbal medicines: a pilot study. *Can J Clin Pharmacol*. 2008;15(1):1-4.

43. Adler SR, Fosket JR. Disclosing complementary and alternative medicine use in the medical encounter: a qualitative study in women with breast cancer. *J Fam Pract.* 1999;48(6):453-8.
44. Aziz Z. Herbal medicines : predictors of recommendation by physicians. *J Clin Pharm Ther.*2004;29(3):241-6.
45. Awodele O., Agbaje E.O., Abiola O.O et al. Doctors' attitudes towards the use of herbal medicine in Lagos, Nigeria. *Journal of Herbal Medicine.*2012;2(1):16-22.
46. Suchard JR, Suchard MA, Steinfeldt JL. Physician knowledge of herbal toxicities and adverse herb-drug interactions. *Eur J Emerg Med.* 2004;11(4):193-7.
47. Mikail CN, Hearney E, Nemesure B. Increasing physician awareness of the common uses and contraindications of herbal medicines: utility of a case-based tutorial for residents. *J Altern Complement Med.* 2003;9(4):571-6.
48. Macia MJ, Garcia E, Vidaurre PJ. An ethnobotanical survey of medicinal plants commercialized in the markets of La Paz and El Alto, Bolivia. *J Ethnopharmacol.* 2005;97(2):337-50.

ANNEXES

Annexe 1 : Table des abréviations

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

LOEDOM : Loi pour le Développement Économique des Outre- Mers

PM : Plantes médicinales

PML : Plantes médicinales locales

RR : Rimèd razié

TRAMIL : TRADitional Medicine in the IsLands

Annexe 2 : Liste des principales plantes médicinales citées par les patients (N=301)

	n	%
Atoumo	173	57,5
Citronnelle	146	48,5
Basilic	137	45,5
Brisée	52	17,3
Menthe courante	49	16,3
Coquelicot rouge	45	15,0
Citron	43	14,3
Doliprane	35	11,6
Gros thym	33	11,0
Cannelle	30	10,0
Corossol	25	8,3
Patchouli	25	8,3
Chardon béni	24	8,0
Pomme cannelle	23	7,6
Sureau	21	7,0
Herbe couresse	20	6,6
Cassia lata	19	6,3
Té Chine	18	6,0
Boldeau	17	5,6
Japana	17	5,6
Gingembre	14	4,7
Menthe glaciale	14	4,7
Orange amère	13	4,3
Efferalgan	12	4,0
Verveine blanche	12	4,0
Anis	10	3,3
Goyave	9	3,0
Bois d'inde	8	2,7
Curcuma	8	2,7
Guéritout	8	2,7
Herbe charpentier	8	2,7
Té pays	8	2,7
Gren anba fey	6	2,0
Herbe à vers	5	1,7
Plantain	4	1,3
Chenille trèfle	2	0,7

Annexe 3 : Autres plantes citées par les patients

1. absinthe
2. ail
3. ananas
4. armoise
5. avocat
6. balai doux
7. banane
8. bonnet carré
9. caca béké
10. camomille
11. canari macaque
12. canne
13. casé coutelas
14. casse
15. céleri
16. chacha
17. clou de girofle
18. consoude rouge
19. cotelette
20. fruit à pain
21. galba
22. giraumon
23. glycéline
24. groseille
25. herbe à chat
26. herbe à tension
27. herbe amère
28. herbe grasse
29. jujube
30. lilas blanc
31. lime
32. mandarine
33. mangue
34. marie honte
35. mélisse
36. menthe vichy
37. moubin
38. navet
39. noni
40. oignon
41. olivier
42. orange sûre
43. ortie
44. oseille
45. paroka
46. petit thym
47. piment
48. pois angole
49. pompom soldat
50. porcelaine
51. pourpier
52. prune de cythère
53. quénette
54. quina
55. raquette
56. ricin
57. roseau des indes
58. salsepareille
59. sauge
60. sonde
61. soulier zombi
62. surette cochon
63. tamarin
64. ti l'oseille
65. tilleul
66. toloman
69. zoreilles mouton

Annexe 4 : Questionnaires

QUESTIONNAIRE PATIENT

Madame, Monsieur

Ce questionnaire a pour but d'évaluer vos pratiques vis à vis des *Rimèd Razié (plantes médicinales locales)*.

Il rentre dans le cadre d'une enquête en vue d'une thèse de médecine sur le recours aux *Rimèd razié* par les patients martiniquais.

Il est totalelement anonyme. Les données seront enregistrées par mes soins, dans une base de données, exclusivement sur mon ordinateur personnel. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique et aux libertés, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées vous concernant (loi n°2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Il vous demandera 5 minutes.

Nous vous demandons simplement d'être sincère. MERCI

1. Comment remplissez-vous le questionnaire ?

- seul
- avec interne
- avec secrétaire

2. Vous êtes

- un homme
- une femme

3. Votre âge : |_|_|

4. Dans quelle commune vivez-vous ?

.....

5. Etes vous originaire de la Martinique ?

- oui non

6. Avez-vous :

- des enfants ? des petits enfants ?

7. Votre niveau d'études

- Sans diplôme
 CAP, BEP, BEPC, brevet des collèges
 Baccalauréat
 Bac +2/+3
 Bac +5 et plus

8. Dans quelle catégorie vous situez-vous ?

- Agriculteurs, exploitants
 Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
 Cadres et professions intellectuelles supérieures
 Professions intermédiaires (professeurs des écoles, techniciens...)
 Employés (civils, administratifs, de commerce....)
 Ouvriers
 Retraités
 Autres personnes sans activité professionnelle
 Militaires

9. Habitez-vous

- Dans une cité (appartement)
 Dans une résidence (appartement)
 Dans une maison

10. Avez-vous une mutuelle ?

- Oui Non

11. Etes-vous bénéficiaire de la CMU ou de l'AME ?

- Oui Non

12. Prenez-vous un traitement sur ordonnance tous les jours ?

- Oui (médicaments pris :

.....
.....
.....

- Non

13. Croyez-vous que les rimèd razié sont efficaces ?

- Oui Non

14. Vous soignait-on avec des rimèd razié lorsque vous étiez enfant ?

- Oui Non

15. Avez-vous déjà utilisé les rimèd razié au moins une fois ?

- Oui Non

Si non, allez à la question Q39

16. Pour le motif de consultation du jour avez-vous pris des rimèd razié ?

- Non
 Oui, cette semaine
 Oui, au cours du dernier mois

17. Au cours du dernier mois, qu'avez-vous pris ?

- Aucun rimèd razié
 1 rimèd razié
 2 ou 3 rimèd razié différents

- Entre **3 et 5**
- Plus de **5**

18. Au cours des 6 derniers mois, qu'avez-vous pris ?

- Aucun rimèd razié
- 1** rimèd razié
- 2** ou **3** rimèd razié différents
- Entre **3 et 5**
- Plus de **5**

19. Pour quels types de problèmes de santé utilisez-vous les rimèd razié ?

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Sommeil |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol | <input type="checkbox"/> Drainage | |
| <input type="checkbox"/> Problèmes digestifs | <input type="checkbox"/> Problèmes urinaires | |
| <input type="checkbox"/> Problèmes gynécologiques | <input type="checkbox"/> Problèmes articulaires | |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de peau | <input type="checkbox"/> Problèmes respiratoires | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | |

20. Avez-vous déjà utilisé les rimèd razié pour

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> L'inflammation | <input type="checkbox"/> Les imprudences |
| <input type="checkbox"/> Les flums | <input type="checkbox"/> La blesse |
| <input type="checkbox"/> Une infection du sang | <input type="checkbox"/> La grippe |
| <input type="checkbox"/> Les gaz | |

21. Quelles plantes utilisez-vous et pour quoi ?

.....

.....

.....

22. Sous quelle(s) forme(s) utilisez vous les plantes ?

- Tisane, thé, décoction, infusion

- Sirop
- Cataplasme
- Bain
- Crème, pommade
- Autres :

23. Ou vous procurez-vous les plantes ?

- Production personnelle
- Proches
- Autres :
- Marché local
- Producteurs locaux

24. D'où vous viennent vos informations sur les rimèd razié?

- Famille
- Amis
- Médecin
- Pharmacien
- Médias (livres, presse, internet, radio...)
- Guérisseur
- Autres :

25. Parmi les personnes suivantes lesquelles vous conseillent (ou vous conseillaient) sur les rimèd razié ?

- Femme ou compagne
- Mère
- Grand mère
- Belle-mère
- Mari ou compagnon
- Père
- Grand père
- Autres :

26. Utilisez-vous les rimèd razié

- D'emblée et sans les médicaments classiques ?
- En même temps que les médicaments classiques ?
- Quand les médicaments classiques ne marchent pas ?

27. Comment utilisez-vous les rimèd razié?

- Je les utilise en prévention (pour rester en bonne santé)
- Quand je suis malade et que ça ne semble pas grave j'utilise les rimèd razié, et éventuellement je vais voir le médecin dans un second temps.
- Quand je suis malade je vais voir le médecin et j'utilise les RR en même temps que les médicaments classiques
- Je les utilise en complément de mes médicaments habituels

28. Avez-vous déjà eu des effets indésirables avec les rimèd razié ?

- Oui
- Non

Si oui :

29. Quels étaient les effets indésirables ?

.....

30. Aviez-vous dû consulter un médecin pour ces effets indésirables ?

- Oui
- Non

31. Pensez-vous que les plantes peuvent être dangereuses ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?.....

32. Connaissez-vous les effets indésirables et les contre indications des rimèd razié que vous utilisez ?

- Oui
- Non

33. Comment dosez-vous les plantes pour un thé (infusion ou décoction) ?

- par poignées
- par feuilles (nombre de feuilles pour une tasse
- en les pesant
- de manière approximative

34. Vous renseignez-vous sur les dosages ? Oui Non**Si oui :****35. Où vous renseignez-vous ?**

.....

.....

.....

36. Pour quelles raisons utilisez-vous les rimèd razié? (plusieurs réponses possibles)

- Cela m'aide en complément de mes traitements habituels
- Par tradition
- Les plantes sont moins toxiques, ont moins d'effets indésirables que les médicaments
- Cela me permet d'être plus autonome vis à vis de ma santé
- C'est en accord avec ma vision de la santé.
- Cela me permet de rester en bonne santé
- Autres :

37. Votre médecin traitant sait-il que vous utilisez des rimèd razié ?

- Oui, je lui demande toujours son avis
- Oui, je l'en informe toujours
- Oui, je l'en informe parfois
- Non

38. Si non, pourquoi n'en parlez-vous pas ?

- Je n'y pense pas
- Je ne veux pas
- Il n'y connaît rien
- Je n'ose pas lui en parler
- Cela n'a pas d'intérêt
- Autres :

.....

39. A quelle fréquence voyez-vous votre médecin traitant ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Uniquement si je suis malade | <input type="checkbox"/> Une fois par an |
| <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois par an | <input type="checkbox"/> plus de 3 fois par an |

40. Votre médecin vous a-t 'il déjà proposé des *rimèd razié* ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

41. Si non, voudriez vous qu'il vous en prescrive ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

42. Si oui étiez-vous satisfait ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

43. D'après vous pourquoi les médecins ne prescrivent pas de « *rimèd razié* » ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ils ne sont pas formés | <input type="checkbox"/> Ils n'ont pas le droit |
| <input type="checkbox"/> Ils pensent que ce n'est pas efficace | <input type="checkbox"/> Ils auraient moins de patients |
| <input type="checkbox"/> Ils n'ont pas le temps | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | |

MERCI d'avoir répondu à ce questionnaire

QUESTIONNAIRE MEDECIN

Madame, Monsieur

Ce questionnaire a pour but d'apprécier votre avis et vos pratiques vis à vis des *RIMÈD RAZIÉ*(*plantes médicinales locales*)

Il est totalement anonyme et vous demandera 5 minutes.

Nous vous demandons simplement d'être sincère.

Merci.

1. Age |_|_|

2. Sexe

M

F

3. Quelle est votre faculté de formation ?

.....

4. Vous estimez-vous originaire de la Martinique ?

Oui

Non

5. Taille de la patientèle ou nombre de patients par jour

.....

6. Nombre d'années d'exercice

|_|_|

7. Quelle(s) médecines non conventionnelles pratiquez-vous ?

- Aucune
 Homéopathie
 Acupuncture
 Ostéopathie
 Aromathérapie/phytothérapie
 Naturopathie
 Autres :.....

8. Pensez-vous que les *rimèd razié* présentent un intérêt dans le système de santé primaire ?

- Oui
 Non

9. Utilisez-vous les *rimèd razié* pour vous ?

- Oui
 Non

10. Pensez-vous que les *rimèd razié* ne devraient être utilisés qu'en cas d'échec des médicaments allopathiques ?

- Oui
 Non

11. Selon vous, pour quelles raisons les patients utilisent-ils des *rimèd razié* ?

- Par tradition
 Parce-qu'ils ne sont pas satisfaits de la médecine conventionnelle
 Parce-qu'ils pensent que les plantes ne présentent pas de danger
 Autres :.....

12. Demandez-vous à vos patients si ils prennent des *rimèd razié* ?

- Parfois
 Souvent
 Jamais
 Toujours

13. Avez-vous déjà constaté des effets secondaires des *rimèd razié* chez vos patients ?

- Oui
 Non

Si oui lesquels ?.....

14. Avez-vous déjà constaté des interactions entre les *rimèd razié* et les médicaments classiques chez vos patients ?

- Oui Non

Si oui lesquelles ?.....

15. Conseillez-vous des *rimèd razié* à vos patients ?

- Oui Non

Si **OUI** (répondre aux questions 13 et 14) :

16. S'agit-il d'une prescription ?

- Orale Ecrite

17. D'où vous viennent vos connaissances sur le sujet ?

- Famille Amis
 Livres Internet
 Formation personnelle
 Autres :

18. Si **NON** pourquoi n'en prescrivez-vous pas?

- Je ne crois pas qu'elles soient efficaces
 Je n'ai pas été formé
 Cela ne m'intéresse pas
 Je manque de temps
 Cela poserait un problème médico-légal en cas d'effets secondaires
 Autres :

19. Selon vous, quelle est la proportion de patients qui utilisent des *rimèd razié* dans votre patientèle ?

- 0 à 10 % 11 à 30%

- 30 à 50%
- Plus de 70 %
- 51 à 70 %

20. Seriez-vous intéressé par une formation sur les *rimèd razié* ?

- Oui
- Non

21. Quelles sont les propriétés de l' »herbe couresse » ?

- Antirhumatismale
- Hypotensive
- Dépurative
- Hypoglycémiante
- Antibactérienne
- Fébrifuge

22. Pourriez-vous donner 3 exemples de « *rimèd razié* » avec leurs usages communs et leurs contre-indications ?

.....

.....

.....

MERCI d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire.

Annexe 5 : Découpage de la Martinique en 3 zones d'agglomération.

NORD : CAP NORD

CENTRE : CACEM (Communauté d'Agglomération du CENTre de la Martinique)

SUD : ESPACE SUD

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leur conscience.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leur famille dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.