



HAL
open science

Les internes de médecine générale de l'Océan Indien interrogent-ils leurs patients au sujet de leur éventuel usage de plantes à but thérapeutique ?

Marie Ivanez

► To cite this version:

Marie Ivanez. Les internes de médecine générale de l'Océan Indien interrogent-ils leurs patients au sujet de leur éventuel usage de plantes à but thérapeutique ?. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01876735

HAL Id: dumas-01876735

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01876735>

Submitted on 18 Sep 2018

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.

Année 2018

n°101

Thèse

présentée pour le diplôme d'état de

Docteur en Médecine

et soutenue publiquement le 17 juillet 2018

par Marie-Lais Ivanez

**LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE
L'OCEAN INDIEN INTERROGENT-ILS LEURS
PATIENTS AU SUJET DE LEUR EVENTUEL
USAGE DE PLANTES A BUT THERAPEUTIQUE ?**

Composition du jury:

Pr Jean-Philippe Joseph : Président

Pr Jean-Marc Franco : Directeur de thèse

Dr Line Riquel : Rapporteur de thèse

Dr Marie-Noëlle Lan Nang Fan : Assesseur

Dr Philippe Desmarchelier : Assesseur

Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur le Professeur Jean-Marc Franco, Directeur du Département de Médecine Générale de l'Université de La Réunion, qui a encadré ce travail de thèse.

Mes remerciements s'adressent également à Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph, Directeur du département de médecine générale de Bordeaux président du jury ainsi que Monsieur le Docteur Philippe Desmarchelier, Maître de Conférence Associé qui ont accepté de juger mon travail en participant à ce jury.

Je remercie également Madame le Docteur Line Riquel, Maître de Conférences Associé des Universités, qui m'a conseillée, en qualité de rapporteur au cours de l'élaboration de cette thèse.

Je remercie tout particulièrement Madame le Docteur Marie-Noëlle Lan Nang Fan, maître de stage ainsi que Madame le Docteur Sandra Sartori, qui m'ont accompagnées dans la découverte de la médecine générale et de la médecine alternative et complémentaire. Le témoignage de leur confiance et de leur soutien m'a été précieux et m'est considérable aujourd'hui.

Ce travail n'aurait pas été possible sans l'aide technique et l'encouragement continu de mon ami Simon Lorrain, de ma tante Joanna Przybylak et de mon petit ami Jean Briard.

Au terme de ce parcours, je remercie enfin celles et ceux qui me sont chers et qui m'ont exprimé sans relâche leur encouragement : ma maman, ma plus grande admiratrice, mon papa fier et réjoui de me savoir enfin docteur et mon frère Damien, naturaliste passionné. Je leur suis redevable de certaines de mes orientations professionnelles et personnelles dont je suis heureuse aujourd'hui. J'ai une pensée toute particulière pour Babcia et Dziadzia, mes grands-parents que j'aime tant et qui m'aiment plus encore. Egalement, pour leurs attentions et encouragements, je remercie mes amis qui m'ont accompagnée tout au long de ces années.

Abréviations et sigles

ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
APLAMEDOM	Association pour Plantes Aromatique et Médicinales de La Réunion
DU	Diplôme Universitaire
EBM	<i>Evidence Based Medicine</i> (Médecine basée sur la preuve)
FDA	<i>Food and Drug Administration</i> ()
IMG OI	Internes de Médecine Générale subdivision Océan Indienx
MAC	Médecine alternative et complémentaire
MC	Médecine Complémentaire
MT	Médecine Traditionnelle
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PM	Plantes Médicinales
PT	Plantes à but Thérapeutique
TCEM 1-2-...-6	Troisième Cycle d'Etudes Médicales 1 ^{ère} – 2 ^{ème} – ... – 6 ^{ème} année

Abstract

INTRODUCTION

The majority of the indigenous population of La Reunion uses alternative and complementary medicine (ACM) often in the form of native plants and herbs. The medical interns of the Indian Ocean (GPM IO) are not familiar with this therapeutic approach. Despite the risks associated with the consumption of ACM, its use is often not reported to the physician unless specifically asked. Thus, we sought to determine if the GPM IO routinely questioned their patients regarding their consumption of therapeutic plants (TP). We profiled the characteristics of the GPM IO as well as their challenges in determining the use of TP.

METHODS

We conducted a cross-sectional, descriptive and quantitative study via an auto-administered questionnaire to all GPM IO. Interns without diploma or those who didn't study in La Reunion were omitted.

RESULTS

The study lasted 6 months, from May 1st to October 31, 2017. We collected 108 questionnaires and 98 interns took part. The majority of interns (82.6%) questioned their patients regarding their consumption of TP; a quarter of those (21.4%) would ask the question often/all the time and two-thirds of them (61.2%) seldom or from time to time. Patient data collection on their consumption of TP was different based on the gender ($p < 0.05$), age ($p=0.01$), years in internship ($p=0.02$) and personal use of TP ($p<0.0001$) but was not associated with the years of internship of the practicing physician ($p=0.76$) nor with the background of the intern ($p=0.21$). The majority of interns (85.7%) expressed an insufficient knowledge in the subject, access to human resources (96.9%) and reliable documentation (91.8%).

CONCLUSION

The GPM IO are concerned by the use of TP but encounter obstacles which prevents them from introducing them into the clinical practice. Training in traditional medicine would allow the GPM IO to better understand the local context as well as appreciate the use of MAC by the patients.

Résumé

INTRODUCTION

La majorité de la population réunionnaise aurait recours à la Médecine Alternative et Complémentaire (MAC) traditionnellement représentée par l'usage de plantes. Les internes de médecine générale de l'océan Indien (IMG OI) ne semblent pas sensibilisés à cette pratique. Malgré les risques liés à l'usage de MAC, il n'apparaît pas signalé au médecin si la question n'est pas explicitement posée.

Ainsi, nous avons cherché à savoir si les IMG OI interrogeaient leurs patients au sujet de leur usage éventuel de Plantes à but Thérapeutique (PT). Puis, nous avons défini le profil des IMG OI et précisé leurs difficultés à appréhender cet usage.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale quantitative par questionnaire individuel auto-administré à tous les IMG OI. Les internes diplômés ou n'ayant pas encore étudié à La Réunion étaient exclus.

RESULTATS

L'enquête a duré 6 mois, du 1^{er} mai au 31 octobre 2017. Nous avons recueilli 108 questionnaires et 98 internes ont été inclus. La majorité des internes déclarait interroger leurs patients (82.6%) ; un quart les interrogeait souvent/toujours (21.4%), deux tiers rarement/de temps en temps (61.2%) et 17 internes ne les interrogeaient jamais. Le recueil d'information auprès du patient sur leur consommation de PT était différent selon le genre ($p < 0.05$), l'âge ($p = 0.01$), le stade du cursus ($p = 0.02$) et l'utilisation personnelle de plantes médicinales ($p < 0.0001$) mais n'était pas associé au stage chez le praticien ($p = 0.76$) ni à l'origine des internes ($p = 0.21$). La majorité des internes exprimait des difficultés face à leur manque de connaissances (85.7%) et à l'accès à des ressources humaines (96.9%) et documentaires fiables (91.8%).

DISCUSSION

Les IMG OI semblent préoccupés par l'usage de PT mais des freins apparaissent à son introduction en pratique clinique. Un enseignement sur la médecine traditionnelle locale permettrait aux IMG OI de mieux se saisir du contexte réunionnais et d'appréhender le recours de leurs patients aux MAC.

Sommaire

I. Introduction.....	10
A. Médecine alternative et complémentaire, dans le monde.....	10
1. Le recours au MAC, une considération nécessaire pour le soignant.....	11
2. Aborder le recours aux MAC en entretien médical.....	12
3. Les apports d'un enseignement sur les MAC.....	13
4. Les difficultés des soignants pour appréhender ces MAC.....	14
B. Médecine Traditionnelle à La Réunion.....	15
C. Objectifs de l'étude et question de recherche.....	18
1. Objectif principal et objectifs secondaires.....	18
2. Hypothèses.....	19
II. Matériel et méthodes.....	20
A. Type d'étude.....	20
B. Population étudiée.....	20
1. Critère d'inclusion des sujets.....	20
2. Critères d'exclusion.....	20
C. Caractéristiques de l'enquête.....	20
1. Réalisation du questionnaire.....	20
2. Réalisation de l'enquête.....	21
3. Saisie et outils statistiques.....	22
III. Résultats.....	23
A. Population étudiée.....	23
B. Analyse statistique.....	24
1. Profil des internes.....	24
2. Recueil d'information des internes sur la consommation de PT.....	25
3. Profil des internes en fonction du recueil d'information auprès des patients lors des entretiens médicaux.....	25
4. Profil des internes en fonction de l'utilisation personnelle de PM.....	27
5. Recueil d'information et prescription ou conseil d'usage de PM en fonction de l'origine des internes.....	28
6. Difficultés perçues par les internes et apport d'un enseignement sur les PM.....	29
IV. Discussion.....	31

A.	Les résultats de l'étude	31
1.	<i>Résultat principal</i>	31
2.	<i>Profil et pratiques des IMG OI</i>	31
3.	<i>Difficultés perçues par les internes</i>	33
4.	<i>Apport d'un enseignement sur les PM</i>	33
5.	<i>Commentaires libres</i>	34
B.	Limites, forces et perspectives de l'étude.....	36
1.	<i>Biais de mesure</i>	36
2.	<i>Biais de sélection</i>	37
V.	Conclusion	39
VI.	Bibliographie	40
VII.	Annexes	45

Liste des tableaux

Tableau 1. Profil des internes	24
Tableau 2. Profil des internes en fonction de l'interrogatoire des patients lors des entretiens médicaux	26
Tableau 3. Profil et pratique des internes en fonction de l'utilisation personnelle de PM	28
Tableau 4. Pratique des internes en fonction de leur origine	29
Tableau 5. Description des difficultés perçues et apport d'un enseignement sur les PM	29

Liste des figures

Figure 1. Diagramme de flux de la sélection de la population étudiée	23
Figure 2. Recueil d'information auprès des patients sur leur consommation de PT lors des entretiens médicaux	25

Listes des annexes

Annexe 1. Questions soumises aux internes mais non analysées	45
Annexe 2. Préambule de l'enquête	47
Annexe 3. Enquête	48
Annexe 4. Mots Mesh	52

I. Introduction

A. Médecine alternative et complémentaire, dans le monde

Dans son rapport sur la stratégie pour la médecine traditionnelle 2014-2023, l'OMS rapporte un usage de la MT (Médecine Traditionnelle) répandu dans le monde entier. Dans les pays en voie de développement, sa présence locale et son faible coût expliquent le recours très fréquent à cette MT, essentiellement pour des soins de santé primaire. Dans les pays développés, elle est utilisée comme médecine alternative et complémentaire (MAC) et son recours est croissant (1).

D'après l'OMS, il existe une demande significative de pratiques et de praticiens de MAC partout dans le monde. En Australie, les consultations chez des praticiens de médecine complémentaire ont affiché une augmentation de 30% en 10ans (entre 1995 et 2005) (1). En France, en 2015, le Conseil national de l'Ordre des médecins affirmait que 40% des français y avaient déjà eu recours et que cette proportion augmentait chez les personnes atteintes de maladie grave ou chronique (2).

Pas moins de 400 médecines alternatives et complémentaires ont été recensées par l'OMS et 4 sont aujourd'hui reconnues par le Conseil national de l'Ordre des médecins français : l'homéopathie, l'ostéopathie, la mésothérapie et l'acupuncture (2). En 2016, dans sa thèse sur le recours aux MAC en médecine générale dans le Languedoc Roussillon, le Dr Chamard, observait que 88% des patients avaient utilisé au moins une fois dans leur vie une MAC. Les trois MAC les plus citées étaient alors l'homéopathie (86%), l'ostéopathie (76%), l'acupuncture (73%) et en quatrième position, la phytothérapie (30%) (2). En France, la formation des praticiens de santé autour des MAC ne fait pas partie du cursus obligatoire et la phytothérapie n'est pas reconnue comme une spécialité médicale. (2)

L'intérêt des consommateurs pour les MAC est grandissant et contemporain d'une prise de conscience d'une grande diversité de soins disponibles (1). Les MAC s'inscrivent dans une démarche de réappropriation du soin et de sa santé. Ainsi, il est nécessaire qu'elles soient intégrées aux systèmes de santé et que les soignants s'interrogent sur la manière dont elles peuvent améliorer l'expérience du patient et la santé de la population.

Aux Etats-Unis, une revue de littérature de 2013 montrait que la majorité des patients qui avaient recours aux MAC pour une affection particulière utilisait en même temps des traitements conventionnels; pourtant, elle n'en informait pas leur médecin (3). Egalement, en

Arabie Saoudite, une étude menée en 2012 dans la région de Riyad montrait que la majorité de la population avait recours aux MAC et que malgré l'attitude positive des praticiens de santé vis-à-vis de ces médecines, seulement 8% de la population en informaient leur médecin. De plus, les médecins sous-estimaient cet usage des MAC (4).

Selon une étude américaine menée dans l'Oregon en 2013, en dépit de leur faible niveau de connaissances, les médecins souhaiteraient se former sur les plantes médicinales. En effet, ils considèreraient devoir prendre connaissance des usages des MAC de leurs patients et le prendre en compte dans leur interrogatoire (3).

Alors que la population se tourne de plus en plus vers de multiples MAC, l'ignorance des praticiens de santé autour de ces pratiques risque d'aggraver le manque de communication entre eux. A Singapour, en 2005, une étude montrait que les étudiants en médecine reconnaissaient ce risque et désiraient améliorer cela (5).

1. Le recours au MAC, une considération nécessaire pour le soignant

Dans un contexte mondial où les individus cherchent à recouvrer une relation harmonieuse avec leur environnement, les MAC semblent être perçues comme sans danger. La plante particulièrement, serait perçue comme bonne et non nocive parce que naturelle (6).

Cependant, les risques associés aux produits de MAC, aux praticiens et à l'auto-prise en charge seraient nombreux : produits de qualité médiocre ou falsifiés, praticiens non qualifiés, erreurs de diagnostic, évènements directs négatifs, effets secondaires ou interactions thérapeutiques (1). Au-delà d'une relation de confiance et d'une autonomisation des patients, les échanges autour des MAC doivent donc permettre de rechercher les effets indésirables ou interactions médicamenteuses éventuels.

Une revue de littérature de 2016, affirmait qu'en Finlande la prévalence de consommation de PM chez les personnes âgées était élevée et que cela contribuait à la polymédication de ces personnes aux comorbidités multiples. L'étude confirmait l'existence d'effets indésirables en lien avec l'interaction médicamenteuse chez ces personnes âgées. Les médecins ignoraient souvent cette consommation de PM et affirmaient initier rarement la discussion à ce sujet (7).

Dans de nombreux pays, sont rapportés des accidents liés à la consommation de MAC et plus particulièrement de plantes à usage thérapeutique. En 2015, une étude Serbe montrait que les patients atteints de diabète de type 2 qui consommaient des PM faisaient plus d'hypoglycémies que ceux qui n'en prenaient pas (8). Aux Etats-Unis, la plante « Ma Huang» (plante du genre

Ephedra riche en alcaloïdes), traditionnellement utilisée en Chine pour traiter la congestion des voies respiratoires et commercialisée comme complément alimentaire, aurait entraîné des décès, des accidents cardio-vasculaires et des hépatites fulminantes à cause d'un dosage excessif. Sa commercialisation a depuis été interdite en France en 2003 (exceptée en homéopathie). Certains principes actifs utilisés dans le cadre de MAC seraient une cause importante d'hépatite fulminante (9) (10).

En France en 2004, le département de néphrologie de l'hôpital Pitié Salpêtrière montrait que l'utilisation de PM avait considérablement augmenté dans les années précédentes et avait conduit à diverses atteintes rénales. Il précisait que les produits à base de PM n'étant pas régulés dans la plupart des pays, une intoxication pouvait résulter de produits cachés, de métaux lourds, d'interactions médicamenteuses ou d'erreur d'identification de l'espèce consommée. L'étude concluait à la nécessité de s'informer des risques potentiels de telles PM et d'interroger les patients au sujet de cette consommation (11). En Chine une étude de 2016 montrait que la majorité des intoxications de type anticholinergique à Hong Kong de 1989 à 2012 était due à une erreur d'espèce de PM consommée (12).

En dépit de ces accidents liés aux MAC, il est important de préciser que selon une étude Australienne de 2005, le risque d'une médecine alternative serait plus lié à un diagnostic erroné ou retardé et à l'interaction avec d'autres traitements médicamenteux qu'aux risques spécifiques des thérapies alternatives elles-mêmes. Cette étude montrait également qu'une meilleure communication entre patients et thérapeutes autour de l'utilisation de cette médecine alternative minimisait le risque d'évènements indésirables (13). Ainsi, une étude menée en Angleterre en 2015, montrait que de nombreux médecins généralistes étaient ouverts à l'utilisation de PM mais demandaient des données de recherche sur leurs efficacités, leurs sécurités et leurs interactions médicamenteuses potentielles ainsi qu'une régulation de l'activité des praticiens assurant des soins à base de plantes (14).

2. Aborder le recours aux MAC en entretien médical

Une étude suisse, menée en 2006 qui décrivait l'attitude de médecins généralistes américains, montrait qu'ils déclaraient aborder rarement la question du recours aux MAC avec leurs patients (15). En 2016, une étude américaine analysait les entretiens médicaux en oncologie, et retrouvait que les échanges autour des MAC n'apparaissaient pas par hasard, mais lors des entretiens centrés sur le patient (16).

Au Canada en 2013, une enquête menée auprès de médecins de famille du Labrador et de Terre Neuve montrait que seulement 19% d'entre eux affirmaient interroger régulièrement ou fréquemment, les patients sur leur éventuelle consommation de produits de MAC. Ils pensaient ne pas en être spontanément informés et en même temps ne la recherchaient pas (17). Egalement au Canada, en 2014, une enquête auprès de gastroentérologues montrait que seulement 8% d'entre eux déclaraient initier la conversation au sujet des MAC (18). A l'inverse, une étude transversale récente, sur les professionnels de santé dans les Caraïbes (Trinidad et Tobago, 2017) retrouvait que la moitié des médecins interrogés questionnaient leurs patients sur leur recours à la médecine alternative (19).

De la littérature scientifique, nous avons retenu certaines caractéristiques des soignants qui s'intéressaient aux MAC. Deux études menées à Copenhague en 2008, et au Koweït en 2012, montraient que la plupart des étudiants en médecine avait un faible niveau de connaissance des MAC ; cependant ils y avaient déjà eu recours au moins une fois. L'étude Danoise montrait qu'ils recommandaient l'usage de PM à leurs patients et que les femmes avaient une attitude plus positive que les hommes vis-à-vis des MAC (20). L'étude Koweïtienne montrait que les femmes étaient plus consommatrices de MAC et que les PM représentaient la MAC la plus utilisée (21). En 2015, une étude réalisée en Serbie montrait que les femmes semblaient également avoir plus souvent recours aux PM que les hommes (8).

Deux études menées aux Etats-Unis en 2002, et plus récemment en 2015 en Irlande, montraient que les praticiens qui avaient personnellement recours aux MAC avaient plus tendance à les recommander à leurs patients (22) (23). D'après l'étude mentionnée plus haut, menée à Trinidad et Tobago, en 2017, la tendance était différente. Il était montré que plus de la moitié des médecins interrogés déclaraient consommer personnellement des MAC mais moins de 15% des médecins seulement les recommandaient à leurs patients (19). Dans une étude menée en 2017 en Ethiopie, le département de pharmacie clinique de l'université de Gondar, affirmait que la moitié des pharmaciens en consommait personnellement mais seulement 13% en conseillaient de temps en temps l'usage aux patients et 72% rarement ou jamais (24).

3. Les apports d'un enseignement sur les MAC

Nous avons souligné l'importance des échanges au sujet des MAC afin d'apporter une information sur la qualité, la sécurité et l'efficacité des différentes thérapies. Il incomberait aux professionnels de santé d'appréhender et de valoriser les points de vue et expériences des patients pour encourager les démarches d'auto-prise en charge sanitaire (25). En effet, selon

l'étude américaine de 2016 citée plus haut, ces échanges autour des MAC sont perçus positivement par les patients et les praticiens, ils sont associés à une plus grande satisfaction des deux parties, un meilleur investissement dans le dialogue, un discours moins dominant de la part du thérapeute et des soins plus centrés sur le patient (16).

En 2016, une étude australienne montrait que les étudiants en médecine souhaitaient intégrer les MAC à leur cursus pour mieux communiquer avec les patients et les orienter (26). Dans une étude réalisée en Irlande en 2016, les étudiants déclaraient que des connaissances sur le sujet leur permettraient d'apporter de meilleurs soins aux patients et de mieux exploiter l'effet placebo. Selon eux, le médecin devrait être capable de répondre aux questions des patients sur les médicaments à base de PM ainsi que d'alerter sur les MAC qui ne seraient pas rigoureusement testées (23). Dans une étude de 2013, les médecins généralistes américains faisaient l'hypothèse que l'intégration des MAC à leur prise en charge médicale favoriserait l'observance des traitements proposés (27). L'enseignement des MAC rendrait les médecins plus à l'aise pour conseiller leurs patients et savoir où trouver de l'information pertinente et basée sur les données probantes (28). En effet, l'étude transversale du département de pharmacie de Jabriya (Koweït, 2012), montrait que la large majorité des étudiants en médecine, reconnaissaient l'importance d'avoir des connaissances sur les MAC en tant que praticien de santé pour mieux conseiller leurs patients (21).

4. Les difficultés des soignants pour appréhender ces MAC

Alors que nous observons un intérêt grandissant des praticiens de santé et des patients pour les MAC, nous constatons des difficultés de la part des soignants à appréhender ce recours. En 2012, dans une étude Koweïtienne, les étudiants interrogés affirmaient que leur manque de connaissances et le manque de preuves scientifiques constituaient leurs difficultés à appréhender les MAC (21). Dans une étude réalisée en 2014, en Californie, 61 % des médecins interrogés estimaient ne pas avoir assez de connaissances sur la sécurité ou l'efficacité des MAC (15). Plus récemment, en 2014 au Canada, la moitié des médecins interrogés n'étaient pas à l'aise avec cette discussion et le manque de connaissance était la première raison déclarée de cet inconfort avec le sujet (18). En 2006, une revue de littérature suisse montrait que les internes américains de médecine générale admettaient pour la plupart ne pas être à l'aise pour conseiller leurs patients sur les MAC et éprouver de grandes difficultés à trouver des informations fiables sur leur utilisation (15). Dans une étude réalisée en Ethiopie en 2017, les pharmaciens interrogés affirmaient également que la difficulté d'accès à l'information constituait une barrière à l'intégration de cette pratique dans leur exercice (24).

B. Médecine Traditionnelle à La Réunion

Sur l'île de La Réunion, la médecine alternative et complémentaire est traditionnellement représentée par l'usage de plantes largement consommées sous formes de tisanes appelées « zerbaz » en créole. Elle revêt une dimension locale, où savoirs et pratiques préexistent aux modèles importés actuels. Les connaissances empiriques de ces plantes, essentiellement héritées des Malgaches (dont la flore est pour une grande part commune à celle de La Réunion) et des esclaves marrons se sont transmises oralement (31).

D'après l'étude de 2011, réalisée par le Dr. Dutertre, une large majorité de la population réunionnaise consommerait des plantes pour se soigner (87%). La plupart des personnes interrogées déclarait ne pas en parler avec leur médecin (79%) et 86% d'entre elles souhaitaient que leur médecin connaisse leur utilisation des PM. Parmi les personnes qui prenaient un traitement chronique, la grande majorité utilisait en même temps des PM (29). Dans son étude anthropologique de 2011, C. Desprès montrait que dans un certain nombre d'entretiens, l'usage de plantes n'était pas signalé au médecin si la question n'était pas explicitement posée. Cet usage, serait inscrit dans une pratique considérée comme naturelle et donc inutile à relater. De plus l'appréhension d'une demande de rupture avec cette pratique, de la part des soignants, pourrait être vécue comme un frein à la souveraineté du patient dans sa démarche de soins (6). En effet, cet usage de plantes encore très ancrée dans certaines familles, semble représenter une forme d'autonomisation dans la démarche de soins, une réappropriation du corps et de la maladie, ainsi qu'une responsabilisation dans le processus de guérison.

Par ailleurs, de nombreux médecins installés à La Réunion, n'auraient pas ce même héritage culturel, et de fait, ne sembleraient pas mobiliser ce moyen thérapeutique (6). Dans cet échange interculturel, les difficultés inhérentes à la relation de soins peuvent alors apparaître plus marquées. Ce décalage entre l'expérience de la maladie et du soin et l'attitude du médecin, font de l'usage des plantes un phénomène qui peut être difficile à appréhender.

A ce jour, 22 plantes originaires ou endémiques de La Réunion sont inscrites à la Pharmacopée française par l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament), ce qui assure une reconnaissance officielle des savoirs faire traditionnels et patrimoniaux (30). Par conséquent, ces plantes sont des drogues végétales qui doivent être utilisées comme tout médicament qui comportent des propriétés thérapeutiques et des risques sanitaires potentiels.

La plante préserverait ou rétablirait l'harmonie et l'équilibre du corps. Cependant, il existe des risques liés aux plantes elles-mêmes (erreur d'identification, effets indésirables, interactions

médicamenteuses), aux praticiens non qualifiés, aux erreurs de diagnostic, au diagnostic tardif ou à la non utilisation de traitement conventionnel efficace. Marc Rivière, pharmacien auteur du livre *Les plantes toxiques et dangereuses de La Réunion*, explique que les Réunionnais « sont mal informés sur les dangers des plantes tropicales et flirtent régulièrement avec les plantes toxiques » (31).

Les graines de Bois noir rouge (*Adenantha pavonina*) vendues au marché forain sous forme de colliers aux propriétés anti-inflammatoires et antalgiques, se trouvent être cytotoxiques, et donc à éloigner de la portée des enfants. Aussi, le Galabert (*Lanta camara*), plante envahissante à La Réunion utilisée comme antalgique et anti-inflammatoire, préconisée en cas de règles douloureuses ou de rhumatismes et communément conseillée pour les états grippaux, en cas de fièvre ou de dengue, est une plante toxique, qui provoque une photosensibilité avec des effets hépato et néphrotoxiques. Elle serait pourtant retrouvée sur les étals des tisaneurs au marché forain (31). Encore, en 2005, une femme de 28 ans aurait présenté une symptomatologie caractéristique des intoxications par grayanotoxines (vomissements, hypotension artérielle et bradycardie) suite à une consommation, par erreur, sous forme d'infusion de feuilles de Bois de Rempart (*Agarista salicifolia*) (32). Encore appelée Bois de gale ou Bois de Mapou, ses feuilles et ses graines seraient encore utilisées à La Réunion en médecine traditionnelle contre les maladies de peau et les hémorroïdes. Il est également rapporté un cas d'allergie cutanée suite à la consommation d'une plante prise pour du Zambavil (*Hubertia ambavilla*) (33).

Parmi les 22 plantes Réunionnaises inscrites à la pharmacopée française, 20 sont inscrites en Liste A « plantes médicinales utilisées traditionnellement ». Une seule est inscrite en Liste B « plantes médicinales utilisées traditionnellement en l'état ou sous forme de préparation dont les effets indésirables potentiels sont supérieurs au bénéfice thérapeutique attendu » : *Ochrosia borbonica* ou Bois jaune. Une plante, *Turraea thouarsiana* ou Bois de quivi, est inscrite sur les deux listes, en Liste A pour un usage externe et en Liste B pour un usage interne (30).

Selon les données d'une enquête de l'APLAMEDOM (Association pour les plantes aromatique et médicinales de La Réunion) menée entre 2005 et 2013, 25 plantes médicinales seraient classiquement consommées à La Réunion, dont cinq par plus de 50% de la population interrogée (34). L'Ayapana (*Ayapana triplinervis*), représente largement la plante la plus utilisée, 80% de la population interrogée en consommerait. La cerise créole (*Eugenia uniflora*) arrive en seconde position avec une consommation déclarée par environ 70% de la population interrogée. En troisième et quatrième position se trouvent le romarin (*Rosmarinus officinalis*) et la citronnelle (*Cymbopogon citratus*) avec une consommation déclarée d'environ 60% pour

chacune. Enfin, la cannelle (*Cinnamomum burmanii*) serait consommée par plus de 50% de la population interrogée. Les maux motivant le recours à ces plantes seraient principalement l'état pseudogrippal et les troubles digestifs devant les troubles du sommeil et la nervosité puis les troubles cutanés et les pathologies chroniques comme le diabète. Arrivent après les troubles génito-urinaires, musculo-squelettiques, la circulation sanguine et enfin les blessures (34).

L'Ayapana possède des propriétés digestive, cicatrisante, antidiarrhéique, antispasmodique, et antiseptique. En usage externe elle peut être utilisée contre les traumatismes musculo-tendineux. Elle fait partie de la liste A de la pharmacopée française et ne présente donc pas de risque de toxicité orale aiguë ou chronique. Cependant, l'*Ayapana triplinervis* est également inscrite à la FDA Poisonous Database (Food and Drug Administration) devant la présence de coumarine simple et de ses dérivés suggérant des précautions d'emploi avec l'utilisation d'anticoagulant (35) (36).

Les jeunes feuilles d'*Eugenia uniflora* ou cerise créole ou à côtes ou encore cerise de cayenne, sont utilisées contre les états grippaux (grippe, dengue, chickungunya et paludisme) pour leurs propriétés anti-inflammatoires, fébrifuges, anti-oxydantes et antidiabétiques. La plante n'est inscrite sur aucune liste de l'ANSM, mais la FDA et l'APLAMEDOM rapportent cependant un risque de diarrhée liée à l'ingestion des graines de la plantes qui seraient très résineuses (37) (38) .

Le Romarin (*Rosmarinus officinalis*) est inscrit sur la liste A de l'ANSM. Parallèlement elle est inscrite à la FDA car le camphre et les cétones que son huile essentielle peut contenir en quantité sont neurotoxiques (augmentation du seuil épileptogène). Les préparations à base de feuilles de romarin sont à déconseiller en cas de grossesse, d'obstruction des voies biliaires, d'hypertension artérielle ou d'épilepsie. Ses propriétés sont nombreuses : cholagogues dues aux acides rosmariniques, diurétiques, antiseptiques, cicatrisantes, sympatholytiques, mucolytiques. Elle est traditionnellement utilisée contre le « saisisement » (malaise). Pour ses propriétés hypertensives, la plante est employée en cas d'évanouissement liés à une insuffisance circulatoire. En application locale, le romarin est proposé pour aider à la cicatrisation des plaies et soulager les douleurs des muscles et des articulations. Il peut également apparaître une dermatite de contact en réaction au carnosol contenu dans la plante. Les produits comportant du romarin pourraient théoriquement interagir avec les médicaments diurétiques et les suppléments de fer.

La Citronnelle (*Cymbopogon citratus*) ou encore Verveine des Indes, fait partie de la liste A de l'ANSM. Elle est utilisée par voie orale comme calmant, antibactérien et pour lutter contre les troubles digestifs et par voie externe comme anti-inflammatoire, antibactérien et répulsif.

Aucune toxicité de la plante n'est retrouvée dans la littérature mais elle est tout de même inscrite à la FDA poisoning database. Potentiellement inducteur du cytochrome P450 et allergisant pouvant causer des dermatites de contact. Son huile essentielle est contre-indiquée chez la femme enceinte.

La cannelle (*Cinnamomum burmannii*), ni sur la liste A (contrairement à d'autres Cannelles) ni sur la B, non inscrite à la FDA poisoning database, cependant constituée entre autre de coumarine et de cinnamaldéhyde, aux propriétés anti-microbiennes, anti-infectieuses intestinal, anti-parasitaires et antifongiques. Egalement stimulant cardiaque et de la motricité gastro-intestinale, elle est déconseillée aux femmes enceintes et aux personnes souffrant d'ulcère gastro-intestinal ou d'insuffisance cardiaque. Les allergies dermatologiques seraient fréquentes. Les deux utilisations les plus répertoriées à La Réunion sont les états grippaux, les refroidissements et les troubles digestifs.

Dans ce contexte de recours massif aux PM et de risques potentiels liés à cet usage, il est important que les patients puissent faire des choix éclairés. Les jeunes médecins (internes de MGOI), arrivant à La Réunion pour leur internat, ne bénéficient pas d'enseignement spécifique sur ces pratiques médicinales culturelles et ne possèdent habituellement pas de connaissance scientifique en phytothérapie qu'elle soit locale ou non. Ils découvrent alors pour la plupart cette MAC en débutant leur activité sur l'île. Moi-même, jeune médecin en formation, j'ai constaté ce recours fréquent aux plantes, pour leurs vertus thérapeutiques. La rencontre avec cet usage m'a ouverte à de nouvelles pratiques.

C. Objectifs de l'étude et question de recherche

Notre question de recherche est la suivante : les internes de la subdivision Océan Indien (IMG OI) interrogent-ils les patients au sujet de leur usage éventuel de plantes médicinales au cours de leur prise en charge médicale ?

1. Objectif principal et objectifs secondaires

L'objectif principal était de savoir, à l'aide d'un questionnaire auto-administré, si les IMG OI interrogent les patients au sujet de leur usage éventuel de plantes médicinales au cours de leur prise en charge.

Dans les objectifs secondaires, nous avons souhaité :

- Définir le profil des internes qui déclarent interroger leurs patients, en fonction de leur genre, de leur âge de leur origine réunionnaise ou non, de leur utilisation personnelle de PM, du stade de leur cursus ainsi que de la réalisation du stage chez le praticien en ambulatoire.
- Préciser leurs éventuelles difficultés à appréhender l'usage de PT
- Recueillir leur avis sur l'apport d'un enseignement sur les PM, centré sur la relation médecin-patient.

2. Hypothèses

- Les étudiants en médecine n'interrogeraient pas ou peu (rarement à de temps en temps) leurs patients au sujet de leur éventuel usage de PT.
- Le genre féminin, l'âge et le stade du cursus avancés, le stage chez le praticien en ambulatoire, l'utilisation personnelle de PM et l'origine réunionnaise seraient associés à la recherche d'usage de PT chez les patients ainsi qu'à l'usage personnel de PM.
- Les internes connaîtraient des difficultés à appréhender cet usage, liées au manque de connaissances sur les PM, au manque d'accès à des ressources spécialisées ou à des sources documentaires fiables.

II. Matériel et méthodes

A. Type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude descriptive transversale quantitative par questionnaire individuel auto-administré.

B. Population étudiée

1. Critère d'inclusion des sujets

La population étudiée était issue des internes de médecine générale de l'océan indien. Les sujets inclus concernaient les étudiants en stage du 1er au 6ème semestre du troisième cycle d'études médicales (TCEM1 à TCEM3) et les internes inscrits en année de thèse (TCEM4-5 et 6). En effet, nous avons souhaité étudier non seulement les étudiants ayant avancé dans leur cursus mais également les jeunes internes arrivés récemment sur l'île, dans un contexte de découverte pour la plupart, d'une nouvelle culture et plus particulièrement de nouvelles pratiques médicales.

2. Critères d'exclusion

Les sujets exclus de l'étude concernaient ceux qui n'avaient encore fait aucun semestre d'étude à La Réunion (internes à Mayotte), ou qui étaient déjà diplômés. Effectivement, face à des pratiques culturelles propres à la population locale, l'expérience de l'exercice de la médecine sur l'île de La Réunion était indispensable à la participation des sujets à l'étude. Nous avons souhaité exclure les médecins expérimentés ayant évolué dans leur exercice de la médecine au contact de la population consommatrice de PT. Nous avons donc choisi d'exclure les médecins déjà diplômés du doctorat de médecine.

C. Caractéristiques de l'enquête

1. Réalisation du questionnaire

La première étape a été de formuler les objectifs principal et secondaires afin de lister les questions pertinentes. Puis la recherche bibliographique sur les différents moteurs de recherche (Pubmed, google scholar, cismef, cochrane, scopus) a permis de comparer ces questions à celle retrouvées dans la littérature et ainsi de modifier et de rajouter des questions plus adaptées à

nos objectifs. Le questionnaire a, in fine, été réalisé sur Google Form dans une logique de praticité.

Un courrier d'accompagnement a également été élaboré et associé au questionnaire afin de présenter l'objet d'étude et le cadre de réalisation de l'enquête. L'objectif était de sensibiliser la population cible à l'intérêt de participer à l'étude, et de rassurer sur le temps dédié au remplissage du questionnaire.

La première partie de l'enquête, appelée « votre profil » recherchait des critères sociaux démographiques et universitaires envisagés comme déterminants dans la prise en compte de cet usage : le genre, l'origine, le stade du cursus universitaire, le stage chez le praticien et l'utilisation personnelle de PM. A la fin de cette première rubrique, il était demandé explicitement le consentement des étudiants à l'exploitation des données récoltées et il était stipulé que toutes ces données seraient anonymisées et utilisées dans le strict cadre de ce travail de thèse.

La deuxième partie, appelée « le questionnaire » déroulait l'ensemble des 20 questions. La première version du questionnaire a été pré-testée sur quelques sujets. L'analyse du pré-test a permis une reformulation plus claire des questions ainsi que l'ajout d'un champ libre. Nous avons opté pour une majorité de questions fermées afin de permettre une rapidité de réponse et d'exploitation des données avec 19 questions fermées à choix unique. La dernière question était ouverte à la rédaction d'éventuels commentaires des personnes interrogées. Les réponses proposées aux sujets ont été développées selon une échelle ordinale (échelle de Likert) avec une liste de 5 items possibles permettant de nuancer le degré d'accord.

2. Réalisation de l'enquête

Nous avons réalisé cette étude à l'aide de questionnaires individuels auto-administrés.

Une fois le questionnaire élaboré, il a été envoyé par courriel, en collaboration avec le département de médecine générale, à tous les IMG OI susceptibles de pouvoir participer à l'enquête. Ce mode d'administration a été choisi devant sa facilité de mise en œuvre. Par ailleurs il laisse libre l'interne d'y participer quand il le souhaite et il renforce le sentiment d'anonymat de l'information transmise. Malheureusement il diminue les chances d'obtenir un nombre important de répondants.

L'envoi du questionnaire a commencé le 04/05/2017 et la possibilité d'y participer aura duré jusqu'au 31/10/2017, soit un semestre d'internat. Deux relances ont été effectuées auprès des internes :

- 3 semaines après le début de l'enquête,
- un mois et demi après le début de l'enquête.

3. Saisie et outils statistiques

Les données ont été collectées automatiquement sur Google Form, puis nous les avons saisies sous forme de tableau sur une feuille de calcul Google Sheet.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SAS[®] (SAS Institute, version 9.0, North Carolina, USA) et pour ce faire nous avons fait appel, à titre personnel, à l'aide de Monsieur Simon Lorain, biostatisticien de l'Unité de Formation et de Recherche Sciences de la Vie de Bordeaux.

Les variables qualitatives et ordinales ont été décrites en termes d'effectif et de pourcentage. Les variables quantitatives ont été décrites en termes d'effectif, de moyenne arithmétique, d'écart-type et de quartiles (minimum, Q1, médiane, Q3 et maximum).

Afin de comparer les données en fonction des stratifications, les tests suivants ont été employés :

- test du Chi-deux pour les variables qualitatives (ou le test exact de Fisher lorsque les effectifs étaient trop faibles) ;
- test de Student pour les variables quantitatives.

Les p-values ont été considérées comme statistiquement significatives au seuil de 5%.

III. Résultats

A. Population étudiée

L'enquête a duré 6 mois, du 1^{er} mai au 31 octobre 2017.

Nous avons interrogé tous les IMG OI qui étaient en 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} année du troisième cycle d'études médicales (TCEM1-2-3), soit 166 étudiants des promotions 2014 à 2016. Parmi ces étudiants, 91 étaient des femmes (54.8%). Nous n'avons pas pu obtenir le nombre d'étudiants en année de thèse (TCEM4-5-6) des promotions de 2011 à 2013. De ce fait, nous n'avons pas pu calculer le taux de participation exact. Nous ne connaissons pas l'origine (réunionnaise ou non) des internes de la population initiale.

Sur les 108 participants, 10 internes ont été exclus de l'étude. Parmi ces derniers, 3 n'avaient encore fait aucun semestre à La Réunion et 7 étaient déjà diplômés.

Pour cette étude, 98 internes ont été inclus et tous ont consenti à l'analyse de leurs données dans le respect de leur anonymat.

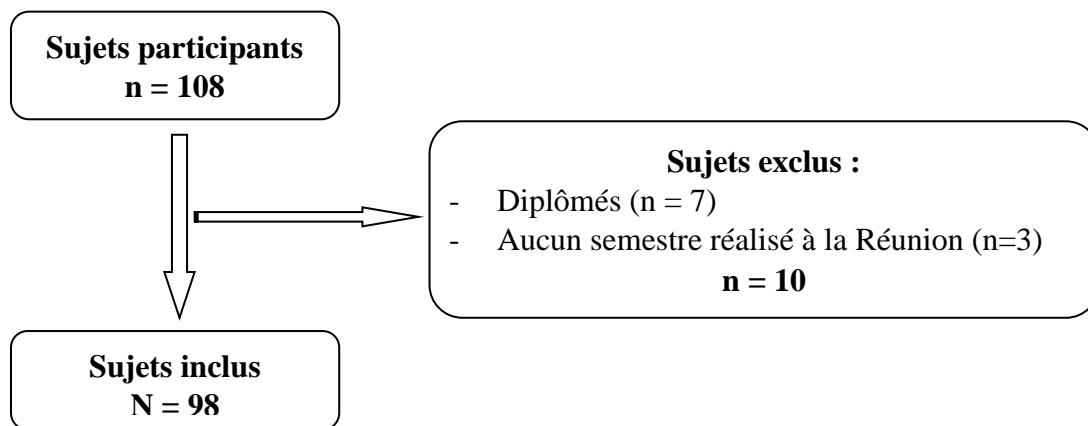


Figure 1. Diagramme de flux de la sélection de la population étudiée

B. Analyse statistique

1. Profil des internes

Parmi les 98 internes, les deux tiers étaient des femmes (62.2%) et moins d'un tiers était d'origine Réunionnaise (28.8%).

Leur âge était en moyenne de 28 ans (également pour la médiane).

Un peu moins de la moitié des sujets avait fini leur internat mais n'était toujours pas diplômée (39.8%). Autant d'internes étaient en TCEM2 qu'en TCEM3, soit 23.5% dans chacune des deux années du cursus et une minorité était en TCEM1 (13.3%). Une majorité des sujets avait effectué ou était en cours de stage chez le praticien (79.6%).

En ce qui concerne l'utilisation personnelle de plantes à but thérapeutique, la majorité des sujets interrogés déclarait en utiliser rarement à occasionnellement (63.2%), quand un tiers des sujets déclarait ne jamais en utiliser (29.6%) et une minorité déclarait en utiliser souvent (7.1%).

Tableau 1. Profil des internes

	Total N = 98
Genre, n (%)	
Homme	37 (37.8)
Femme	61 (62.2)
Age (en années)	
Effectif (manquants)	85 (13)
Moyenne (\pm e-t)	28.1 (2.0)
Médiane	28.0
[p25% - p75%]	[27.0;29.0]
[Min - Max]	[24.0;34.0]
Origine réunionnaise, n (%)	
Non	70 (71.4)
Oui	28 (28.6)
Utilisation personnelle de plantes à but thérapeutique, n (%)	
Jamais	29 (29.6)
Rarement	30 (30.6)
Occasionnellement	32 (32.7)
Souvent	7 (7.1)
Stade du cursus, n (%)	
TCEM 1 (première année du troisième cycle d'études médicales)	13 (13.3)
TCEM 2 (deuxième année du troisième cycle d'études médicales)	23 (23.5)
TCEM 3 (troisième année du troisième cycle d'études médicales)	23 (23.5)
TCEM terminé, mais toujours non diplômé(e) (doctorant)	39 (39.8)

	Total N = 98
Stage chez le praticien validé ou en cours de validation, n (%)	
Non	20 (20.4)
Oui	78 (79.6)

2. Recueil d'information des internes sur la consommation de PT

Lors de leurs entretiens médicaux, 81 internes déclaraient interroger leurs patients au sujet de leur éventuelle consommation de PT quand 17 internes affirmaient ne jamais le faire. La majorité des internes interrogeaient rarement à de temps en temps leurs patients (61.2%) quand un quart interrogeait souvent (20.4%) et un seul interne interrogeait toujours.

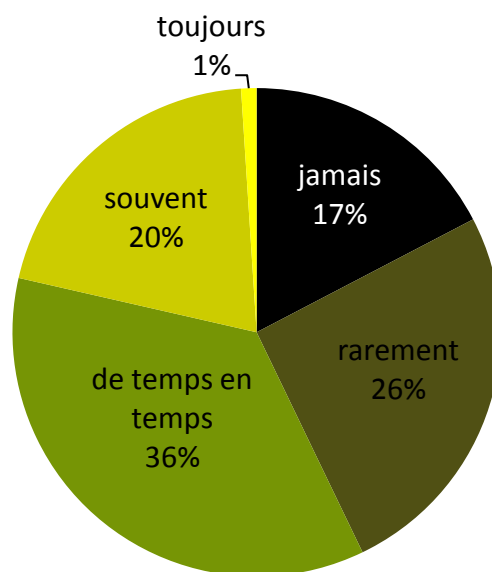


Figure 2. Recueil d'information auprès des patients sur leur consommation de PT lors des entretiens médicaux

3. Profil des internes en fonction du recueil d'information auprès des patients lors des entretiens médicaux

Nous constatons que le recueil d'information auprès du patient sur leur éventuelle consommation de PT est différent selon le genre (p -value < 0.05). Parmi les internes qui n'interrogeaient jamais, 58.8% étaient des hommes alors que parmi les internes qui interrogeaient leurs patients, 66.7% étaient des femmes.

Parmi les internes qui n'interrogeaient jamais, 7 étaient d'origine réunionnaise et 10 étaient d'origine non réunionnaise (58.8%). Nous observons, parmi ceux qui interrogeaient leurs

patients, une majorité d'internes d'origine non réunionnaise (74.1%). Cette différence n'est cependant pas statistiquement significative (p-value = 0.21).

Ce recueil est par ailleurs lié à l'âge. Les internes qui n'interrogeaient jamais leurs patients avaient en moyenne 27 ans (également en médiane) et la moitié de ces derniers avait un âge compris entre 26 et 27.5 ans. Quand les internes qui interrogeaient avaient en moyenne 28.1 ans avec un intervalle interquartile allant de 26 à 30.5 ans.

Egalement, le stade du cursus a un lien avec le recueil d'information sur la consommation de PT (p-value = 0.02). Près de la moitié des internes qui interrogeaient leurs patients était en TCEM4 (45.7%) et environ la moitié des internes qui n'interrogeaient jamais leurs patients était en TCEM2 (47.1%).

Nous notons que l'utilisation personnelle de PM est corrélée au recueil d'information à ce sujet (p-value < 0.0001). La majorité des sujets qui n'interrogeaient jamais leurs patients au sujet de leur éventuelle consommation de PT, n'en consommait personnellement jamais (70.6%). Inversement, la majorité des sujets qui interrogeaient leurs patients, rarement à toujours, utilisait personnellement des PM rarement à souvent (79.0%).

Enfin la réalisation du stage chez le praticien n'apparaît pas associée au recueil d'information auprès du patient sur sa consommation de PT (p-value = 0.76).

Tableau 2. Profil des internes en fonction du recueil d'information auprès des patients lors des entretiens médicaux

	Recueil d'information auprès du patient sur sa consommation de PT					p-value*
	Jamais n = 17	Rarement n = 25	De temps en temps n = 35	Souvent n = 20	Toujours n = 1	
genre, n (%)						0.05
homme	10 (58.8)	8 (32.0)	12 (34.3)	7 (35.0)	0 (0.0)	
femme	7 (41.2)	17 (68.0)	23 (65.7)	13 (65.0)	1 (100.0)	
Age						0.01
effectif (manquants)	16 (1)	20 (5)	29 (6)	19 (1)	1 (0)	
moyenne (± e-t)	27.0 (1.4)	29.1 (2.1)	28.0 (1.6)	28.0 (2.3)	31.0	
médiane	27.0	29.0	28.0	28.0	31.0	
[p25% - p75%]	[26.0;27.5]	[27.0;30.5]	[27.0;29.0]	[26.0;29.0]	[31.0;31.0]	
[Min - Max]	[25.0;30.0]	[26.0;34.0]	[24.0;31.0]	[24.0;32.0]	[31.0;31.0]	
Origine, n (%)						0.21
non réunionnaise	10 (58.8)	17 (68.0)	27 (77.1)	15 (75.0)	1 (100.0)	
réunionnaise	7 (41.2)	8 (32.0)	8 (22.9)	5 (25.0)	0 (0.0)	

	Recueil d'information auprès du patient sur sa consommation de PT					p-value*
	Jamais n = 17	Rarement n = 25	De temps en temps n = 35	Souvent n = 20	Toujours n = 1	
Utilisation personnelle de plantes à but thérapeutique**, n (%)						< 0.0001
jamais	12 (70.6)	7 (28.0)	6 (17.1)	4 (20.0)	0 (0.0)	
rarement	2 (11.8)	8 (32.0)	14 (40.0)	5 (25.0)	1 (100.0)	
occasionnellement	3 (17.6)	10 (40.0)	11 (31.4)	8 (40.0)	0 (0.0)	
souvent	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (11.4)	3 (15.0)	0 (0.0)	
Stade du cursus, n(%)						0.02
TCEM 1	2 (11.8)	4 (16.0)	4 (11.4)	3 (15.0)	0 (0.0)	
TCEM 2	8 (47.1)	6 (24.0)	5 (14.3)	4 (20.0)	0 (0.0)	
TCEM 3	5 (29.4)	2 (8.0)	12 (34.3)	4 (20.0)	0 (0.0)	
TCEM terminé, mais toujours non diplômé(e) (doctorant)	2 (11.8)	13 (52.0)	14 (40.0)	9 (45.0)	1 (100.0)	
Stage chez le praticien effectué ou en cours, n (%)						0.76
Non	3 (17.6)	7 (28.0)	6 (17.1)	4 (20.0)	0 (0.0)	
Oui	14 (82.4)	18 (72.0)	29 (82.9)	16 (80.0)	1 (100.0)	

* Comparaison entre le groupe qui n'interrogeait jamais les patients sur leur consommation de PT et ceux interrogeant rarement à toujours

** Regroupement des modalités « rarement », « occasionnellement » et « souvent » pour le test de comparaison

4. Profil des internes en fonction de l'utilisation personnelle de PM

Nous avons décrit le profil des internes en fonction de deux groupes d'internes. Un groupe de 29 internes qui n'utilisaient personnellement jamais de PM (29.6%), et un groupe de 69 internes qui en utilisaient rarement à souvent (70.4%).

Nous constatons une différence significative de l'utilisation personnelle de PM selon le genre (p-value = 0.006). Plus de la moitié des sujets qui n'utilisaient jamais de PM était des hommes (58.6%) quand la majorité de ceux qui utilisaient des PM rarement à souvent était des femmes (71.0%).

Un âge moyen de 27 ans (égal à la médiane) a été retrouvé pour le groupe qui n'utilisait jamais de PM. Dans ce groupe, la moitié des sujets avait entre 26 ans et 29 ans. Le groupe qui utilisait des PM était plus âgé en moyenne (28.3 ans) avec un intervalle interquartile de 27 à 30 ans mais cette différence n'apparaît pas significative.

Une proportion similaire d'interne d'origine non réunionnaise est retrouvée dans les deux groupes : 72.4% dans le groupe qui n'utilisait jamais de PM et 71.0% dans le groupe qui en utilisait (p-value = 0.89).

Une majorité d'internes qui n'utilisaient jamais de PM, affirmait ne jamais prescrire ou conseiller l'usage de PM à leurs patients (72.4%). Le reste des internes de ce groupe affirmait n'en prescrire ou conseiller que rarement. Les sujets qui utilisaient des PM (rarement à souvent) en prescrivait/conseillait d'avantage et de manière significative l'usage à leurs patients (p-value < 0.0001).

Tableau 3. Profil et pratique des internes en fonction de l'utilisation personnelle de PM

	Utilisation personnelle de plantes à but thérapeutique				p-value*
	Jamais	Rarement	Occasion- nellement	Souvent	
	n = 29	n = 30	n = 32	n = 7	
genre, n (%)					0.006
Homme	17 (58.6)	10 (33.3)	9 (28.1)	1 (14.3)	
Femme	12 (41.4)	20 (66.7)	23 (71.9)	6 (85.7)	
Age					0.15
effectif (manquants)	27 (2)	27 (3)	24 (8)	7 (0)	
moyenne (± e-t)	27.7 (1.7)	28.7 (2.0)	27.9 (2.2)	28.1 (1.9)	
Médiane	27.0	29.0	28.0	29.0	
[p25% - p75%]	[26.0 ;29.0]	[27.0 ;30.0]	[27.0 ;29.0]	[26.0 ;29.0]	
[Min – Max]	[26.0 ;32.0]	[25.0 ;32.0]	[24.0 ;34.0]	[26.0 ;31.0]	
origine, n (%)					0.89
non réunionnaise	21 (72.4)	22 (73.3)	20 (62.5)	7 (100.0)	
Réunionnaise	8 (27.6)	8 (26.7)	12 (37.5)	0 (0.0)	
Prescription ou conseil d'usage de PM, aux patients**, n (%)					< 0.0001
Jamais	21 (72.4)	7 (23.3)	5 (15.6)	0 (0.0)	
Rarement	8 (27.6)	13 (43.3)	10 (31.3)	0 (0.0)	
de temps en temps	0 (0.0)	10 (33.3)	15 (46.9)	2 (28.6)	
Souvent	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.1)	4 (57.1)	
Toujours	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.1)	1 (14.3)	

* Comparaison entre les internes qui n'utilisaient personnellement jamais de PM et ceux en utilisant rarement à souvent

** Regroupement des modalités « rarement », « de temps en temps », « souvent » et « toujours » pour le test de comparaison

5. Recueil d'information et prescription ou conseil d'usage de PM en fonction de l'origine des internes

Sur 61 femmes interrogées, 16 étaient d'origine réunionnaise (26.2%), et parmi les 37 hommes, 12 étaient d'origine réunionnaise (32.4%).

Près de la moitié des internes d'origine réunionnaise (46.4%) et un quart des non réunionnais d'origine (28.6%) ne prescrivait ou ne conseillaient jamais l'usage de PM à leurs patients. Nous retrouvons 28 internes d'origine non réunionnaise (40.0%) et 6 d'origine réunionnaise (21.4%) qui prescrivait ou conseillaient de temps en temps à toujours l'usage de PM à leurs

patients. Cependant l'origine de l'interne n'est pas associée significativement à la prescription/conseil d'usage de PM (p-value = 0.09).

Tableau 4. Pratique des internes en fonction de leur origine

	Origine		p-value
	non réunionnaise n = 70	réunionnaise n = 28	
genre, n (%)			0.51
homme	25 (35.7)	12 (42.9)	
femme	45 (64.3)	16 (57.1)	
Prescription ou conseil d'usage de PM aux patients*, n (%)			0.09
jamais	20 (28.6)	13 (46.4)	
rarement	22 (31.4)	9 (32.1)	
de temps en temps	21 (30.0)	6 (21.4)	
souvent	5 (7.1)	0 (0.0)	
toujours	2 (2.9)	0 (0.0)	

* Regroupement des modalités « rarement », « de temps en temps », « souvent » et « toujours » pour le test de comparaison

6. Difficultés perçues par les internes et apport d'un enseignement sur les PM

La majorité des sujets soulignait leur insuffisance de connaissances sur les PM (85.7%). Plus des deux tiers d'entre eux étaient tout à fait d'accord (70.0%) pour dire qu'elle représentait une difficulté lors de leur entretien médical.

La quasi-totalité des internes interrogés (96.9%) trouvait difficile (parfois à très difficile), l'accès à une personne ressource spécialisée pour répondre à leurs éventuelles interrogations sur les PM.

Egalement, l'accès à des sources documentaires fiables pour répondre à leurs éventuelles interrogations était difficile pour 90 internes (91.8%).

Par ailleurs, les internes déclaraient qu'un enseignement sur les PM leur apporterait une aide au conseil et à une prescription sûre et efficace aux patients (49.0%). Cet enseignement les aiderait à avoir des connaissances basées sur des preuves scientifiques (29.6%), à dissuader les patients de consommer des plantes jugées peu sûres ou inefficaces (14.3%) et répondre aux questions des patients (6%).

Enfin la grande majorité des internes était d'accord pour dire qu'un enseignement sur les PM lui permettrait d'améliorer ses relations médecin-patient (87.8%).

Tableau 5. Description des difficultés perçues et apport d'un enseignement sur les PM

	Total
	N = 98
Manque de connaissances sur les PM, n (%)	
pas du tout d'accord	1 (1.0)
plutôt pas d'accord	5 (5.1)
ni d'accord ni pas d'accord	8 (8.2)
plutôt d'accord	25 (25.5)
tout à fait d'accord	59 (60.2)
Niveau de difficulté d'accès à une personne ressource spécialisée, n (%)	
facile	2 (2.0)
peu difficile	1 (1.0)
parfois difficile	11 (11.2)
assez difficile	48 (49.0)
très difficile	36 (36.7)
Niveau de difficulté d'accès à des sources documentaires fiables, n (%)	
non renseigné	1 (1.0)
facile	3 (3.1)
peu difficile	4 (4.1)
parfois difficile	13 (13.3)
assez difficile	51 (52.0)
très difficile	26 (26.5)
Apport principal d'un enseignement sur les PM, n (%)	
conseiller et prescrire des plantes sûres et efficaces aux patients	48 (49.0)
avoir des connaissances basées sur des preuves scientifiques	29 (29.6)
répondre aux questions de vos patients	14 (14.3)
dissuader de consommer certaines plantes jugées peu sûres ou inefficaces	6 (6.1)
non renseigné	1 (1.0)
Amélioration de la relation médecin-patient, n (%)	
pas du tout d'accord	1 (1.0)
plutôt pas d'accord	2 (2.0)
ni d'accord ni pas d'accord	9 (9.2)
plutôt d'accord	37 (37.8)
tout à fait d'accord	49 (50.0)

IV. Discussion

A. Les résultats de l'étude

1. Résultat principal

A la question de recherche principale nous avons montré que la plupart des internes de médecine générale de l'Océan Indien, déclarait interroger leurs patients au sujet de leur éventuel usage de PT.

Ce résultat, inattendu s'explique par la méthodologie de ce travail. En effet, il répond à la décision d'analyser les réponses en deux groupes (ceux qui déclaraient interroger et ceux qui déclaraient ne pas interroger) dans le but d'apporter une réponse claire à la question de recherche. Cependant, il faut apporter des précisions dans un objectif de pertinence clinique. Dans le groupe qui déclarait interroger leurs patients, moins d'un quart des internes intégrait habituellement cette pratique à leur exercice et la majorité ne l'intégrait jamais, ou seulement de manière peu significative cliniquement.

Les IMG OI apparaissent donc préoccupés par cet usage de PT même s'ils l'intègrent peu à leur pratique. En effet il semble exister un frein à son introduction en pratique clinique.

Ainsi nos résultats concordent avec ceux de l'étude canadienne de 2013, qui retrouvait que 20.1% des médecins n'interrogeaient jamais leurs patients sur leur consommation éventuelle de produits à base de PM, 61.0% le faisaient parfois, 16.2% régulièrement et 2.6% fréquemment (17).

2. Profil et pratiques des IMG OI

Concernant le profil des IMG OI, la féminisation de la profession médicale se confirme et les femmes semblent plus concernées par l'usage de PM, aussi bien chez leurs patients que personnellement. Il semble également que plus les internes avancent en âge et dans leur internat, plus ils sont concernés par cet usage, ce qui instinctivement s'explique par l'expérience et la familiarisation à cet usage.

Il est surprenant de voir que le stage chez le praticien en ambulatoire n'apparaît pas discriminant dans l'intégration du recours aux PT à l'entretien médical. En effet mon expérience en médecine de ville, plus centrée sur le patient, m'a facilité la découverte de cette pratique ainsi que la rencontre des patients y ayant recours. Nous pouvons discuter ce résultat car la majorité des

internes interrogés avait déjà effectué (ou était en cours) ce stage (79.6%). Nous pensons donc qu'un effectif plus important, et particulièrement d'internes en TCEM1, aurait peut-être conduit à observer un résultat différent. En effet les internes de TCEM1 ne représentaient que 13.3% des participants à l'étude et ils rassemblaient certainement la plupart de ceux qui n'avaient pas encore effectué ce stage (20.4%).

Comme attendu, l'utilisation personnelle de PM apparaît liée au recueil d'information auprès du patient ainsi qu'à la prescription ou au conseil d'usage de PM aux patients ; lien également rapporté dans la littérature Américaine (22). Nous pouvons attribuer cette relation à un parcours personnel ou familial propre à chacun, une sensibilisation individuelle favorisée par la médiatisation croissante des MAC.

Nous pensions trouver une représentation plus importante des réunionnais parmi ceux qui interrogeaient leurs patients au sujet des PT. Or 85.7% des non réunionnais contre 75.0% des réunionnais d'origine interrogeaient leurs patients. Les réunionnais d'origine interrogeaient proportionnellement moins que les non réunionnais. Dans le même sens, et contrairement à nos hypothèses, presque la moitié des internes d'origine Réunionnaise (46.1%) et un quart des non Réunionnais d'origine (28.6%) ne prescrivaient ou ne conseillaient jamais l'usage de PM à leurs patients. Ces deux résultats ne montrent cependant qu'une simple tendance car l'analyse ne montre pas d'association statistiquement significative entre l'origine des IMG OI et le recueil d'information auprès des patients (p -value = 0.21) ou la prescription/conseil d'usage de PM (p -value = 0.09).

Nous pouvons expliquer cette tendance par le phénomène d'acculturation résultant de la rencontre entre culture réunionnaise et culture métropolitaine. D'un côté, un affaiblissement progressif des traditions consécutif aux contacts interculturels et à l'importation d'un modèle économique et social occidental à La Réunion (notion de formalisation) (39); et de l'autre côté une sensibilisation et une volonté de revaloriser les médecines traditionnelles. Ce phénomène est généralisable au continent Africain (39) et probablement dans de nombreux autres pays d'Asie. J'ai moi-même pu percevoir cet affaiblissement des traditions médicinales au cours d'un stage au Vietnam, où les étudiants en médecine semblaient de moins en moins intéressés par l'apprentissage de leur médecine traditionnelle, alors que les occidentaux viendraient de plus en plus se former au sein de l'hôpital de médecine traditionnelle de Ho Chi Minh.

3. Difficultés perçues par les internes

Les difficultés pour appréhender l'usage de PT, ont été largement exprimées et apparaissent cohérentes avec l'absence de formation dispensée aux étudiants et la récente et graduelle reconnaissance des plantes locales médicinales. Elles ont été largement exprimées et sont similaires à celles retrouvées dans la littérature notamment à Singapour où le manque de connaissance et de ressources scientifiques (professionnels compétents) étaient considérés comme les principales barrières à l'utilisation des MAC chez les étudiants en médecine (5) (21). A La Réunion, les personnes ressources qualifiées en la matière sont peu nombreuses et apparaissent peu connues des étudiants. Je constate l'existence d'un diplôme universitaire d'ethnomédecine à La Réunion qui me semble peu connu des étudiants en médecine. Il serait pertinent de l'intégrer au début de l'internat MGOI. En effet il leur permettrait de mieux se saisir du contexte réunionnais et des recours des patients tant dans le domaine de la phytothérapie que du point de vue des logiques de santé.

4. Apport d'un enseignement sur les PM

D'après les internes MGOI, un enseignement sur les PM améliorerait la relation médecin-patient ; il faciliterait donc la rencontre des patients autour de l'usage des PM. Peu de médecins seraient préparés à écouter les patients au sujet des MAC (19). La volonté de pouvoir échanger sur ce sujet avec les patients serait la première motivation des étudiants en médecine australiens à se former aux MAC (26). Nous comprenons aisément que cet enseignement contribuerait à un meilleur investissement dans le dialogue et à replacer le patient au centre de sa prise en charge. Son apport apparaît donc majeur pour valoriser les pratiques médicinales du patient. Cette conclusion est étayée par l'étude canadienne de 2013 qui retrouvait que 95% des médecins interrogés pensaient que leurs patients les informeraient de leur consommation de PM s'ils étaient ouverts à la discussion sur le sujet (17).

Nous questionnons alors la difficulté des soignants liée à cette position du non sachant. En effet, plus que d'un manque de connaissances, il peut s'agir ici d'une difficulté à accepter le fait de ne pas savoir et peut-être d'en savoir moins que son propre patient. Cette absence de capacité à ne pas savoir, peut constituer une un enfermement intellectuel et un obstacle à la découverte de l'autre. Il m'apparaît indispensable de cultiver l'aptitude à ne pas savoir, source d'ouverture d'esprit et de compétence.

Contrairement à notre hypothèse de départ, seulement 6% des étudiants interrogés se saisiraient d'un enseignement spécifique pour dissuader les patients de consommer des PM jugées peu

sûres ou inefficaces. En effet, nous avons trouvé, dans une étude transversale Américaine de 2002 qu'elle constituait la principale motivation des médecins à se former sur les MAC (22). Nous avons également trouvé qu'une minorité des étudiants interrogés (14.3%) souhaitait surtout s'en servir pour répondre aux questions des patients, alors que selon une étude irlandaise de 2015, la plupart des étudiants en médecine affirmait devoir être capable de répondre aux questions des patients sur les PM. En effet ils estimaient important d'alerter les patients sur les PM qui n'avaient pas été rigoureusement testées (23). Egalement à peine 30% des étudiants de notre étude affirmaient qu'ils se serviraient d'un enseignement spécifique, essentiellement pour avoir des connaissances basées sur des preuves scientifiques, alors que la moitié l'utiliserait, en priorité, pour conseiller et prescrire des PM sûres et efficaces aux patients. Ce constat est important car il témoigne d'une volonté d'intégrer une nouvelle pratique à leur exercice. En Irlande, les étudiants en médecine penseraient qu'avoir des connaissances sur les MAC leur permettrait d'apporter aux patients des soins de meilleure qualité (23). Un enseignement sur les PM pourrait donc modifier les pratiques et élargir le panel thérapeutique proposé par la moitié des jeunes médecins interrogés. Il s'agit bien d'une considération pour les pratiques traditionnelles culturelles et plus particulièrement pour l'expérience du patient. S'intéresser aux mœurs de son patient, comprendre et intégrer le sens de ses usages, c'est le penser acteur de sa santé. S'impliquer dans la démarche de soins du patient tout en lui laissant la place centrale, celle de la responsabilité de son vécu.

5. Commentaires libres

A la fin de l'enquête, des commentaires nous ont été adressés.

« Je ne me pose jamais vraiment la question d'une éventuelle consommation de plantes par les patients mais je pense que c'est une erreur et que les tisanes font partie de la culture réunionnaise dont je suis profondément attaché. S'il existait une quelconque formation sur les plantes médicinales je serai ravi d'y participer car avoir dans sa manche un éventail de traitement déjà présent dans les croyances ne pourrait que renforcer la confiance du patient envers son médecin. »

Ce témoignage illustre ce que nous avons précédemment exposé ; il rapporte une méconnaissance des PM et des enseignements spécifiques existants, malgré le désir de se former aux PM et de les intégrer à sa pratique professionnelle. Il décrit également une sensibilisation particulière à la culture locale et la perception d'un atout pour la relation médecin-malade et cependant, l'absence de démarche effective pour prendre en compte l'usage

de PM. Le processus d'acculturation expliqué plus haut et l'absence de valorisation de cet usage au cours du cursus universitaire paraissent être impliqués dans ce phénomène.

« Le questionnaire semble partir du postulat que les internes ne connaissent rien aux plantes ce qui donne l'impression que les questions sont biaisées. Il existe actuellement un diplôme universitaire (DU) d'ethno-médecine qui traite justement de la pharmacopée locale et où 4 internes sont présents. »

Ce retour d'étudiant est intéressant car semble exposer une invraisemblance. En effet mon étude est partie du postulat légitime, que les internes n'avaient pas de connaissance spécifique aux PM localement utilisées. Seulement quatre internes seraient inscrits au DU d'ethno-médecine, une proportion qui apparaît marginale, et qui, de fait, questionne la communication autour de ce DU auprès des étudiants qui, d'après les commentaires retournés semblent intéressés par une formation en ce sens.

« Un enseignement de ce type existe déjà dans le DU d'ethnomédecine à La Réunion, mais il se rait bon de le rendre obligatoire ».

Cette remarque soulève une préoccupation qui se doit d'être partagée. Nous vivons une société où l'accès à l'information, se fonde sur des principes généraux de transparence et de responsabilités des administrations, de manière à faciliter la participation du public au processus démocratique et au contrôle des activités qui les concernent directement. Le droit à la santé est étroitement lié au droit à l'information. En effet, en matière de santé, les gens ont le droit d'être renseignés et de faire leurs propres choix. Il incombe au médecin d'informer son patient sur les différentes thérapeutiques existantes. Face à l'arrivée de preuves scientifiques (EBM) dans le domaine des MAC, le médecin devrait considérer l'ampleur des applications possibles et des patients pouvant en bénéficier. Si l'option d'une thérapeutique alternative et complémentaire apparaît basée sur des données probantes, alors le médecin devrait en informer son patient (28). Par conséquent, l'obligation de la formation des médecins aux MAC et plus particulièrement des internes MGOI à la phytothérapie de l'île, peut paraître cohérente avec la politique de santé développée. A défaut d'un enseignement complet intégré au cursus médical, une sensibilisation à travers un programme interactif sur les MAC a montré au Texas en 2003 un impact positif sur le désir des étudiants en médecine d'acquérir de nouvelles connaissances et sur la critique des articles scientifiques (40).

En 2007 le centre national de la MAC à Maryland, justifiait l'intégration des MAC au cursus médical par la nécessité d'apporter aux professionnels de la santé des ressources compétentes

reconnues pour apporter des informations aux patients sur les risques et bénéfices des différentes pratiques de MAC (41).

B. Limites, forces et perspectives de l'étude

1. Biais de mesure

Nous questionnant la puissance de cette étude. En effet il n'a pas été calculé le nombre de sujet nécessaire pour trouver une prévalence précise et attendue au préalable. Cette étude n'est donc pas extrapolable à l'ensemble des internes français. De plus elle peu pertinente scientifiquement car basée sur la déclaration des internes et non sur l'analyse de leur pratique. Par ailleurs, nous ne connaissions pas le nombre d'étudiants en année de thèse (TCEM4-5-6) des promotions de 2011 à 2013. Seul le nombre d'IMG OI en 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} année du troisième cycle d'études médicales (TCEM1-2-3) était connu : 166 étudiants des promotions 2014 à 2016 ce qui correspondait à un taux de participation de 35.5% parmi ces derniers. Ainsi, nous n'avons pas pu calculer le taux de participation exact.

Egalement, nous ne connaissions pas l'origine (réunionnaise ou non) des internes de la population initiale.

Pour répondre à la question de recherche principale, nous avons choisi d'utiliser un questionnaire utilisant l'échelle de Likert qui nous permettait de nuancer le degré d'accord des internes, cependant, sa valeur scientifique est très imprécise. En effet il aurait fallu associer une échelle numérique afin de scorer les pratiques. Par exemple, dans le cas d'un recueil d'information déclaré « rarement », nous aurions pu préciser à l'interne qu'il signifiait interroger moins de 3 fois sur 10, « de temps en temps » de 3 à 5 fois sur 10 et « souvent » de 6 à 9 fois sur 10. La difficulté aurait alors été de trouver une pertinence clinique pour délimiter les fréquences de pratique déclarées mais nous aurions permis de les préciser de manière significative. Ainsi la méthodologie est critiquable car peu adaptée à la question de recherche. Une étude qualitative en complément de ce travail aurait été intéressante afin de préciser les difficultés à prendre en compte l'usage de plantes des patients, au cours des consultations médicales.

Pour ce travail de thèse nous sommes partis du postulat que les IMG OI avaient connaissance de l'importance du recours aux PM à La Réunion. Cette information leur était donnée dans le préambule à l'enquête mais il aurait été plus approprié de leur poser la question dès le commencement du questionnaire. En effet, cela crée un biais de mesure car nous aurions peut-

être obtenu deux groupes au sein de la population avec des caractéristiques et pratiques différentes en fonction de s'ils étaient, ou pas, au courant de cette pratique culturelle répandue.

2. Biais de sélection

Concernant l'exclusion des internes diplômés de la participation à l'étude, il aurait été peut-être plus approprié de ne pas considérer leur statut de docteur et d'inclure tous les jeunes médecins de la première à la sixième année après le début du TCEM, diplômés ou non. Effectivement, au regard de l'objectif de décrire les jeunes médecins dans un contexte d'initiation aux pratiques traditionnelles locales, le cumul d'expérience était plus pertinent que le diplôme.

Egalement, nous pouvons questionner la participation à l'étude des internes qui étaient tous volontaires. Ils étaient peut-être plus soucieux de cet usage de PM.

A la question êtes-vous d'origine réunionnaise, on peut se demander ce qu'il en a été compris : naissance à La Réunion ? Parents réunionnais ou d'origine ? Cette présentation constitue à la fois un biais de formulation et un biais de classement. Néanmoins cette imprécision était délibérée car ainsi elle signifiait un sentiment d'appartenance ou de rattachement aux coutumes de l'île. Egalement nous questionnons les différents termes utilisés successivement pour évoquer les plantes ; en effet nous avons parlé d'usage de plantes à but thérapeutique pour exclure l'usage récréatif de plantes mais ne pas exclure les plantes non médicinales (non inscrites à la pharmacopée française) consommées dans une logique de soin (telles que le cannabis ou le bois de rempart) ; puis nous avons parlé de plantes médicinales. Ces termes ont pu être source de confusion.

L'intérêt que notre étude a suscité chez les IMG OI constitue la principale force de cette étude. Elle semble avoir motivé la participation des étudiants en nombre. Elle a su interpellé les étudiants qui ont parfois exprimé leur enthousiasme vis-à-vis du sujet, comme en ont témoigné les commentaires librement écrits. En effet, 6 commentaires sur 13 soutenaient particulièrement le thème de la thèse.

Les résultats de cette étude nous permettent de penser qu'il serait apprécié et fertile de soutenir l'investissement des jeunes médecins dans le domaine des pratiques traditionnelles médicinales de La Réunion. Il nous paraît essentiel de favoriser la communication entre les médecins, les tradipraticiens et les patients consommateurs; d'échanger sur les pratiques et les expériences ainsi que sur les ressources documentaires et les outils techniques, afin de promouvoir l'innocuité la qualité et l'efficacité de l'utilisation des PM. Plus particulièrement, les soignants réunionnais d'origine seraient peut-être intéressés de renouer avec cette partie de leur culture.

Plus largement, il serait pertinent d'intégrer au cursus des étudiants en médecine des enseignements du DU de santé intégrative et pratiques psychocorporelles, qui parcourt un éventail d'approches thérapeutiques et apporte des connaissances élémentaires utiles aux soignants pour discuter des prises en charge alternatives et complémentaires avec les patients. Cette perspective s'accorde avec la politique de l'OMS qui incite les états membres à respecter, préserver et diffuser largement, la connaissance de la médecine, des traitements et des pratiques traditionnelles compte tenu des preuves de leur innocuité, leur efficacité et leur qualité. A noter que le nombre d'états membres de l'OMS proposant des programmes d'enseignement de haut niveau pour les MAC (diplômes de premier cycle, masters, doctorats) est passé de seulement quelques-uns à 39 entre la première et la deuxième enquête mondiale de l'OMS sur la MT soit approximativement entre 2005 et 2012 (soit 30% des pays répondeurs à l'enquête) (1).

Par ailleurs, le désir de disponibilité et d'accessibilité aux MAC exprimé par les consommateurs peut entrer en conflit avec la mission de l'État qui consiste à protéger la population en adoptant le principe de précaution lorsqu'il a des doutes quant aux risques. L'équilibre entre ces deux facteurs doit chercher à ne pas empiéter sur un modèle d'auto-prise en charge sanitaire.

V. Conclusion

La majorité des internes de médecine générale de l'Océan Indien déclarent interroger leurs patients au sujet de leur éventuel usage de plantes à but thérapeutique. Néanmoins, leur pratique apparaît peu significative cliniquement, car véritablement peu intégrée à leur exercice habituel de la médecine générale.

Dans le contexte mondial où le désir grandissant d'être acteur de sa santé conduit à l'augmentation de l'auto-prise en charge sanitaire, il est nécessaire de renforcer la collaboration entre le secteur conventionnel et le secteur de la MAC qui s'inscrit naturellement dans une démarche de réappropriation du soin et de sa santé.

La MAC étant de plus en plus largement adoptée, elle doit être plus étroitement intégrée aux systèmes de santé. Les autorités, et en première ligne les soignants, doivent s'interroger sur la manière dont la MAC peut améliorer l'expérience du patient et la santé de la population. Il est essentiel de prendre en compte les idées et les expériences des acteurs et des consommateurs de la médecine traditionnelle dans tout le processus de préservation et de valorisation des plantes médicinales.

VI. Bibliographie

1. OMS | Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 [Internet]. WHO. [cité 4 avr 2018]. Disponible sur:
http://www.who.int/publications/list/traditional_medicine_strategy/fr/
2. Ordre des médecins - Webzine n°3 [Internet]. [cité 4 avr 2018]. Disponible sur:
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2015-07/www/index.php#/page-2
3. Faith J, Thorburn S, Tippens KM. Examining CAM use disclosure using the Behavioral Model of Health Services Use. *Complement Ther Med*. oct 2013;21(5):501 - 8.
4. Elolemy AT, Albedah AMN. Public knowledge, attitude and practice of complementary and alternative medicine in riyadh region, saudi arabia. *Oman Med J*. janv 2012;27(1):20- 6.
5. Yeo ASH, Yeo JCH, Yeo C, Lee CH, Lim LF, Lee TL. Perceptions of complementary and alternative medicine amongst medical students in Singapore--a survey. *Acupunct Med J Br Med Acupunct Soc*. mars 2005;23(1):19- 26.
6. Desprès C. Soigner par la nature à la Réunion : l'usage des plantes médicinales comme recours thérapeutique dans la prise en charge du cancer. *Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé* [Internet]. 15 avr 2011 [cité 12 avr 2017];(2). Disponible sur:
<https://anthropologiesante.revues.org/710#tocto1n2>
7. Pitkälä KH, Suominen MH, Bell JS, Strandberg TE. Herbal medications and other dietary supplements. A clinical review for physicians caring for older people. *Ann Med*. déc 2016;48(8):586- 602.
8. Damjanovic I, Kitic D, Stefanovic N, Zlatkovic-Guberinic S, Catic-Djordjevic A, Velickovic-Radovanovic R. Herbal self-medication use in patients with diabetes mellitus type 2. *Turk J Med Sci*. 2015;45(4):964- 71.
9. Krueger KJ, McClain CJ, McClave SA, Dryden GW. Nutritional supplements and alternative medicine. *Curr Opin Gastroenterol*. mars 2004;20(2):130- 8.

10. Donet JA, Sornmayura K, Gulau M, Schiff E. Hepatotoxicity by herbs: a practical review of a neglected disease. *Rev Gastroenterol Peru Organo Of Soc Gastroenterol Peru*. déc 2016;36(4):350- 3.
11. Isnard Bagnis C, Deray G, Baumelou A, Le Quintrec M, Vanherweghem JL. Herbs and the kidney. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found*. juill 2004;44(1):1- 11.
12. Chan TYK. Herbal Medicines Induced Anticholinergic Poisoning in Hong Kong. *Toxins*. 18 mars 2016;8(3).
13. Cohen MM, Penman S, Pirotta M, Da Costa C. The integration of complementary therapies in Australian general practice: results of a national survey. *J Altern Complement Med N Y N*. déc 2005;11(6):995- 1004.
14. Flower A, Winters D, Bishop FL, Lewith G. The challenges of treating women with recurrent urinary tract infections in primary care: a qualitative study of GPs' experiences of conventional management and their attitudes towards possible herbal options. *Prim Health Care Res Dev*. nov 2015;16(6):597- 606.
15. Schneider S, Graz B, Rodondi P-Y, Bonvin E. Attitudes des médecins généralistes envers les médecines complémentaires et besoins de formation. Résultats d'une enquête suisse. *Pédagogie Médicale*. mai 2014;15(2):157- 60.
16. Roter DL, Yost KJ, O'Byrne T, Branda M, Leppin A, Kimball B, et al. Communication predictors and consequences of Complementary and Alternative Medicine (CAM) discussions in oncology visits. *Patient Educ Couns*. sept 2016;99(9):1519- 25.
17. Godwin M, McCrate F, Newhook LA, Pike A, Crellin J, Law R, et al. Use of natural health products in children: experiences and attitudes of family physicians in Newfoundland and Labrador. *Can Fam Physician Med Fam Can*. août 2013;59(8):e357- 363.
18. Gallinger Z, Bressler B, Devlin SM, Plamondon S, Nguyen GC. A survey of perceptions and practices of complementary alternative medicine among Canadian gastroenterologists. *Can J Gastroenterol Hepatol*. janv 2014;28(1):45- 9.

19. Bahall M, Legall G. Knowledge, attitudes, and practices among health care providers regarding complementary and alternative medicine in Trinidad and Tobago. *BMC Complement Altern Med.* 8 mars 2017;17(1):144.
20. Damgaard-Mørch NL, Nielsen LJ, Uldall SW. [Knowledge and perceptions of complementary and alternative medicine among medical students in Copenhagen]. *Ugeskr Laeger.* 24 nov 2008;170(48):3941- 5.
21. Awad AI, Al-Ajmi S, Waheedi MA. Knowledge, perceptions and attitudes toward complementary and alternative therapies among Kuwaiti medical and pharmacy students. *Med Princ Pract Int J Kuwait Univ Health Sci Cent.* 2012;21(4):350- 4.
22. Corbin Winslow L, Shapiro H. Physicians want education about complementary and alternative medicine to enhance communication with their patients. *Arch Intern Med.* 27 mai 2002;162(10):1176- 81.
23. Flaherty G, Fitzgibbon J, Cantillon P. Attitudes of medical students toward the practice and teaching of integrative medicine. *J Integr Med.* nov 2015;13(6):412- 5.
24. Asmelashe Gelayee D, Binega Mekonnen G, Asrade Atnafe S, Birarra MK, Asrie AB. Herbal Medicines: Personal Use, Knowledge, Attitude, Dispensing Practice, and the Barriers among Community Pharmacists in Gondar, Northwest Ethiopia. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM.* 2017;2017:6480142.
25. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *N Engl J Med.* 28 janv 1993;328(4):246- 52.
26. Joyce P, Wardle J, Zaslowski C. Medical student attitudes towards complementary and alternative medicine (CAM) in medical education: a critical review. *J Complement Integr Med.* 1 déc 2016;13(4):333- 45.
27. Sansgiry SS, Mhatre SK, Artani SM. Use of and attitude toward complementary and alternative medicine: understanding the role of generational influence. *Altern Ther Health Med.* juin 2013;19(3):10- 5.

28. Weir M. Obligation to advise of options for treatment--medical doctors and complementary and alternative medicine practitioners. *J Law Med.* févr 2003;10(3):296- 307.
29. DUTERTRE J-M, =Université Victor Segalen Bordeaux 2. Bordeaux. FRA / com. Enquête prospective au sein de la population consultant dans les cabinets de médecine générale sur l'île de la Réunion : à propos des plantes médicinales, utilisation, effets, innocuité et lien avec le médecin généraliste. 2011.
30. Giraud-Techer S, Amédée J, Girard-Valenciennes E, Thomas H, Brillant S, Grondin I, et al. Plantes médicinales de La Réunion inscrites à la Pharmacopée française. *Ethnopharmacologia.* 2016;(56):7- 33.
31. Les Plantes Toxiques et Dangereuses de l'île de La Réunion [Internet]. [cité 4 avr 2018]. Disponible sur: <http://aplamedom.org/boutique/product/4-les-plantes-toxiques-et-dangereuses-de-l-ile-de-la-reunion.html>
32. Martinet O, Pommier P, Sclossmacher P, Develay A, Haro L de. Intoxication par bois de gale (*Agauria salicifolia*). /data/revues/07554982/00340011/797/ [Internet]. 1 mars 2008 [cité 9 mai 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/102353>
33. Apavou DS. Étude descriptive de l'usage de *Sigesbeckia orientalis* L. et *Hubertia ambavilla* Bory à la Réunion dans les dermatoses communes en médecine générale. :181.
34. Plantes médicinales de La Réunion inscrites à la Pharmacopée Française [Internet]. [cité 9 mai 2018]. Disponible sur: <http://aplamedom.org/base-de-donnees-aplamedom/inscription-pharmacopee/221-plantes-medicinales-de-la-reunion-inscrites-a-la-pharmacopee-francaise.html>
35. FDA Poisonous Plant Database [Internet]. [cité 9 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/plantox/detail.cfm?id=10025>
36. Marodon C. Contribution to the study of *Eupatorium ayapana* Ventenat of Reunion Island. (french). Unpublished; 2011.

37. Victoria FN, Lenardão EJ, Savegnago L, Perin G, Jacob RG, Alves D, et al. Essential oil of the leaves of *Eugenia uniflora* L.: Antioxidant and antimicrobial properties. *Food Chem Toxicol.* août 2012;50(8):2668- 74.
38. Aplamedom. Cerise à côtes [Internet]. [cité 9 mai 2018]. Disponible sur: <http://aplamedom.org/component/k2/item/37-cerise-a-cotes.html>
39. Nourou FS. Medecine traditionnelle et dynamiques interculturelles.les implications socio-antropologiques de la formalisation de la tradithérapie à "l'hopital traditionnel" de Keur Massar. :130.
40. Forjuoh SN, Rascoe TG, Symm B, Edwards JC. Teaching medical students complementary and alternative medicine using evidence-based principles. *J Altern Complement Med N Y N.* juin 2003;9(3):429- 39.
41. Pearson NJ, Chesney MA. The CAM Education Program of the National Center for Complementary and Alternative Medicine: an overview. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* oct 2007;82(10):921- 6.

VII. Annexes

Annexe 1. Questions soumises aux internes mais non analysées

La question de recherche principale de l'étude ayant évolué au cours de ce travail, de nombreuses questions de l'enquête ne répondaient plus aux objectifs de la thèse. Elles n'ont donc pas été traitées dans la partie résultats mais exposées en annexe.

Tableau i. Description des pratiques des internes

	Total N = 98
Intérêt exprimé pour l'usage de PM fait par les patients, n (%)	
Pas du tout d'accord	6 (6.1)
Plutôt pas d'accord	11 (11.2)
Ni d'accord ni pas d'accord	13 (13.3)
Plutôt d'accord	39 (39.8)
Tout à fait d'accord	29 (29.6)
L'usage de PM fait par les patients pourrait influencer la prise en charge, n (%)	
Pas du tout d'accord	3 (3.1)
Plutôt pas d'accord	10 (10.2)
Ni d'accord ni pas d'accord	24 (24.5)
Plutôt d'accord	42 (42.9)
Tout à fait d'accord	19 (19.4)
Recherche de l'effet de la PM attendu par le patient, n (%)	
Jamais	7 (7.1)
Rarement	17 (17.3)
De temps en temps	26 (26.5)
Souvent	27 (27.6)
Toujours	20 (20.4)
Non renseigné	1 (1.0)
Recherche de l'efficacité perçue, n (%)	
Jamais	8 (8.2)
Rarement	11 (11.2)
De temps en temps	28 (28.6)
Souvent	29 (29.6)
Toujours	21 (21.4)
Non renseigné	1 (1.0)
Recherche de l'origine de cette initiative, n (%)	
Jamais	18 (18.4)
Rarement	31 (31.6)
De temps en temps	30 (30.6)
Souvent	17 (17.3)
Toujours	2 (2.0)
Recherche d'éventuelles contre-indications, n (%)	
Jamais	20 (20.4)
Rarement	31 (31.6)

	Total N = 98
De temps en temps	20 (20.4)
Souvent	18 (18.4)
Toujours	7 (7.1)
Non renseigné	2 (2.0)
Recherche d'éventuels effets indésirables ou interactions médicamenteuses, n (%)	
Jamais	17 (17.3)
Rarement	33 (33.7)
De temps en temps	17 (17.3)
Souvent	20 (20.4)
Toujours	11 (11.2)
Expérience d'interaction à gérer entre le traitement et l'usage de PM, n (%)	
Non	85 (86.7)
Oui	13 (13.3)
Si oui, les ressources étaient suffisantes ?, n (%)	
Oui tout à fait.	1 (1.0)
Oui, suffisamment	3 (3.1)
Partiellement seulement	9 (9.2)
Insuffisamment	12 (12.2)
Non	26 (26.5)
Non renseigné	47 (48.0)
Connaissance de l'existence de l'inscription de nombreuses plantes originaires ou endémiques de La Réunion à la pharmacopée française, n (%)	
Non	69 (70.4)
Oui	29 (29.6)
Cette information pourrait influencer la prise en charge du patient, n (%)	
Pas du tout d'accord	5 (5.1)
Plutôt pas d'accord	5 (5.1)
Ni d'accord ni pas d'accord	24 (24.5)
Plutôt d'accord	37 (37.8)
Tout à fait d'accord	25 (25.5)
Non renseigné	2 (2.0)

Annexe 2. Préambule de l'enquête

Bonjour, je m'appelle Marie-Laïs Ivanez et je suis interne de médecine générale océan indien. Je m'adresse à vous dans le cadre de mon travail de thèse.

Sur l'île de La Réunion, les plantes médicinales représentent une ressource thérapeutique estimée et consommée. Leur popularité tient à la place fondamentale de la médecine traditionnelle dans la société créole. En effet, dans ce contexte culturel, 87% de la population réunionnaise consommeraient des plantes à but thérapeutique (étude du Dr Dutertre. J. 2011).

Face à l'absence de formation spécifique des jeunes médecins, on peut se demander s'ils prennent en compte cette pratique, au cours de leur prise en charge médicale.

Ainsi, nous souhaitons développer cette thèse de façon à décrire l'attitude des internes de médecine générale vis-à-vis de l'usage de plantes à but thérapeutique fait par les patients, au cours de leur prise en charge médicale.

Annexe 3. Enquête

Votre profil :

1. Etes-vous ?
 - Une femme Un homme
2. Quel âge avez-vous ?
.....
3. A quel stade de votre cursus en êtes-vous ?
 - TCEM 1 (première année du troisième cycle d'études médicales)
 - TCEM 2 (deuxième année du troisième cycle d'études médicales)
 - TCEM 3 (troisième année du troisième cycle d'études médicales)
 - TCEM terminé, mais toujours non diplômé(e) (doctorant)
4. Avez-vous fait (ou faites-vous) au moins un semestre à La Réunion ?
 - Oui Non
5. Avez-vous déjà effectué, ou êtes-vous en cours de stage chez le praticien ?
 - Oui Non
6. Vous consommez personnellement des plantes médicinales :
 - Toujours Souvent De temps en temps Rarement Jamais

La partie suivante, intitulée Questionnaire, ne s'adresse qu'aux internes non diplômés ayant effectué (ou effectuant) au moins un semestre à La Réunion. Si vous êtes déjà docteur ou que vous n'avez pas encore fait de semestre sur l'île, renvoyez simplement le formulaire avec votre profil complété.

Je vous remercie pour votre aide.

Questionnaire :

1. Parmi les difficultés que vous pouvez rencontrer lors de vos interrogatoires médicaux ; vos connaissances sur les plantes médicinales vous semblent insuffisantes :
 - pas du tout d'accord
 - plutôt pas d'accord
 - ni d'accord ni pas d'accord
 - plutôt d'accord
 - tout à fait d'accord
2. De manière générale, vous vous intéressez à l'usage de plantes à but thérapeutique fait par vos patients :

- pas du tout d'accord
 - plutôt pas d'accord
 - ni d'accord ni pas d'accord
 - plutôt d'accord
 - tout à fait d'accord
3. Lors de vos entretiens médicaux, vous interrogez les patients sur leur éventuelle consommation de plantes à but thérapeutique :
- jamais
 - rarement
 - de temps en temps
 - souvent
 - toujours
4. Cette interrogation pourrait influencer votre prise en charge du patient :
- pas du tout d'accord
 - plutôt pas d'accord
 - ni d'accord ni pas d'accord
 - plutôt d'accord
 - tout à fait d'accord
5. Vous interrogez les patients sur l'effet attendu de cette plante :
- jamais
 - rarement
 - de temps en temps
 - souvent
 - toujours
6. Vous interrogez les patients sur l'efficacité qu'ils en perçoivent :
- jamais
 - rarement
 - de temps en temps
 - souvent
 - toujours
7. Vous interrogez les patients sur l'origine de cette initiative (conseil d'ami, d'un tisanier, d'un professionnel de santé, savoir-faire familial, formation spécifique personnelle...)
- jamais
 - rarement
 - de temps en temps
 - souvent
 - toujours

8. Une fois informé(e) de la consommation de plante(s) par votre patient, vous recherchez d'éventuelles contre-indications :
- jamais
 - rarement
 - de temps en temps
 - souvent
 - toujours
9. Une fois informé(e) de la consommation de plante(s) par votre patient, vous recherchez d'éventuels effets indésirables ou interactions médicamenteuses possibles :
- jamais
 - rarement
 - de temps en temps
 - souvent
 - toujours
10. Avez-vous déjà eu à gérer une interaction entre le traitement en cours ou à prescrire au patient et sa consommation de plantes ?
- Oui
 - Non
11. Si oui, aviez vous la connaissance nécessaire ?
- Oui
 - Non
12. Vous prescrivez ou simplement conseillez à vos patients l'usage de plantes médicinales :
- jamais
 - rarement
 - de temps en temps
 - souvent
 - toujours
13. Savez vous que de nombreuses plantes originaires ou endémiques de La Réunion sont officiellement inscrites à la pharmacopée française par l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité des Médicaments) ?
- Oui
 - Non
14. Cette information pourrait-elle influencer votre prise en charge ?
- Oui
 - Non

15. L'accès à une personne ressource qualifiée pour répondre à vos éventuelles interrogations sur les plantes médicinales consommées par vos patients est pour vous:
- facile
 - peu difficile
 - parfois difficile
 - assez difficile
 - très difficile
16. Pour répondre à vos éventuelles interrogations sur les plantes médicinales consommées par vos patients, vous faites des recherches documentaires :
- jamais
 - rarement
 - de temps en temps
 - souvent
 - toujours
17. L'accès à des sources documentaires fiables pour répondre à vos éventuelles interrogations sur les plantes médicinales consommées par vos patients est pour vous:
- facile
 - peu difficile
 - parfois difficile
 - assez difficile
 - très difficile
18. Un enseignement sur les plantes médicinales dans le cadre de votre internat vous permettrait d'améliorer vos relations médecin-patient.
- pas du tout d'accord
 - plutôt pas d'accord
 - ni d'accord ni pas d'accord
 - plutôt d'accord
 - tout à fait d'accord
19. Un enseignement sur les plantes médicinales vous aiderait surtout à (un seul choix possible) :
- de dissuader de consommer certaines plantes jugées peu sûres ou inefficaces.
 - de conseiller et prescrire des plantes sûres et efficaces aux patients.
 - d'avoir des connaissances basées sur des preuves scientifiques.
 - de répondre aux questions de vos patients.
20. Commentaires éventuels :

Annexe 4. Mots Mesh

Plant poisoning

Herbal medicines

Alternative medicine

Alternative therapies

Complementary therapies

CAM (Complementary and Alternative Medicine)

Phytotherapy

Herbal therapy

Physicians

General practitioners

General practice physicians

Students

Practice patterns physicians

Prescribing patterns physicians

Physicians prescribing pattern

Attitude

Knowledge

Perceptions