



**HAL**  
open science

# Consommation des plantes médicinales par les patients suivis en cabinet de médecine générale à La Réunion : expériences, représentations et ressentis des patients dans le cadre de la communication médecin-patient

Marine Boissière

## ► To cite this version:

Marine Boissière. Consommation des plantes médicinales par les patients suivis en cabinet de médecine générale à La Réunion : expériences, représentations et ressentis des patients dans le cadre de la communication médecin-patient. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02052911

**HAL Id: dumas-02052911**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02052911>**

Submitted on 28 Feb 2019

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

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

Université de Bordeaux  
U.F.R des SCIENCES MÉDICALES

Année 2018

N°183

Thèse pour l'obtention du

**DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**  
Présentée et soutenue publiquement le 15 novembre 2018

**Par Marine BOISSIÈRE**  
Née le 31 janvier 1987 à Poitiers (86)

**Consommation des plantes médicinales par les patients suivis en cabinet  
de médecine générale à La Réunion - Expériences, représentations et ressentis des  
patients dans le cadre de la communication médecin-patient.**

Directeur de thèse :  
Monsieur le Professeur Jean Marc FRANCO

**Jury**

Monsieur le Professeur Bernard GAY, Professeur Emérite des Universités .....Président  
Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE, Maitre de Conférences des Universités .....Rapporteur  
Madame le Docteur Line RIQUEL, Maitre de Conférences Associé .....Assesseur  
Madame le Docteur Julie DUTERTRE .....Assesseur

# REMERCIEMENTS

*Aux membres du jury,*

A Monsieur le Professeur Bernard GAY, président du jury.  
Professeur Emérite des Universités. UFR Santé de Bordeaux.  
Pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de cette thèse. Je vous prie de croire en l'expression de ma profonde gratitude et mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE, rapporteur de la thèse.  
Maître de conférences des universités. Directeur adjoint du département de médecine générale de l'UFR Santé de La Réunion. Médecin Généraliste.  
Pour avoir accepté de juger mon travail, votre disponibilité et vos conseils lors de la correction de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Line RIQUEL  
Maître de Conférences Associé, Médecin Généraliste.  
Pour me faire l'honneur de participer à ce jury. Permettez-moi de vous témoigner mon profond respect.

Madame le Docteur Julie DUTERTRE  
Pour avoir accepté de faire partie de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO, directeur de thèse.  
Professeur des Universités. Directeur du département de médecine générale de l'UFR Santé de La Réunion. Médecin Généraliste.  
Pour votre implication dans l'enseignement de la Médecine Générale. Pour avoir accepté de diriger ce travail après plusieurs faux départs. Je vous prie de croire en l'expression de ma profonde gratitude et mon profond respect.

A toutes les personnes que j'ai eu la chance de côtoyer au fil des différents terrains de stage.

A toutes les personnes qui ont accepté de participer à cette étude. Merci de m'avoir, si gentiment, accordé un peu de votre temps et d'avoir répondu à mes questions .

*A mes Amis,*

A Mathilde, mon amie depuis toujours, j'ai hâte que tu puisses venir nous voir.

A Sarah, Émilie et Caroline, merci pour tous ces bons souvenirs de notre externat à Poitiers. A chacune de nos retrouvailles, c'est comme si on ne s'était jamais quittées.

Aux Nieuillois, on a réussi à s'approprier malgré des débuts difficiles, merci de nous avoir rendu visite à La Réunion et de prendre soin de nous lors de nos retours.

A Julie et Nico, mes petits chatons,

A Mahé et Cédric, la team chouchou,

A dame Cécilia, Salomé et Zach

A Oriane, Simon, Tabard, Zouzi, mes chers globetrotteurs,

Vous êtes ma famille de La Réunion. Merci pour les poulets du dimanche, les Noël's à 10 000 km de chez nous, les soirées improvisées. Vivement le tour des régions en bus.

Alex, Harlan, Clarisse, Tomich, Iris, Baptiste, Léa, Elsa, Pierre, Stephanie, Élise, Érika, et les Bobb, je ne regrette pas d'être venue faire mon internat à la Réunion, car je suis heureuse de vous avoir rencontré, vous rendez mon quotidien encore plus doux.

Lola a de la chance d'avoir de supers tontons et de tatas d'adoption.

A Paulo, mon compagnon de galère, merci pour tous ces souvenirs de stage, ces fous rires, ces réputations. On s'est bien marré ! Merci d'avoir accepté de partager ce travail de thèse, grâce à toi je ne suis pas la dernière, le finish se fera à 2 !

Merci de m'avoir remotivée à plusieurs reprises, merci pour ta rigueur mais surtout merci pour ton esprit de synthèse !!!

*A ma famille,*

A Mamie Michèle et Papi Jacques, merci pour votre relecture. J'ai en mémoire les souvenirs heureux de toutes les vacances passées ensemble.

A Mamie Eva, merci pour tous ces merveilleux moments à Puyravault. Merci d'avoir essayé de faire mon éducation artistique, parfois dans la douleur. Une pensée particulière pour papi, j'aurai aimé qu'il soit encore parmi nous, et qu'il soit fier de moi.

A mes tantes, que je ne vois que trop peu, vous avez marqué mon enfance avec toutes vos marques de tendresse.

A ma belle famille, Ronan, Thomas, Corinne, Vincent, Grand ma, et mamie Gisèle, merci de m'avoir accueillie à bras ouverts, merci pour votre générosité .

A ma maman, et mon papa, merci de m'avoir soutenue tout au long de ces années, et de me pousser à croire en moi. Merci d'accepter avec autant de bienveillance mon choix de vivre si loin. Je vous aime fort.

A mes « petits » frères, merci pour toutes ces chamailleries et tous ces rires. Je sais que vous êtes fier de moi et je le suis tout autant de vous.

A Clément, qui me supporte depuis toutes ces années. Ces derniers mois ont été particulièrement durs à vivre alors merci pour ta patience et ton amour. Je suis heureuse que nos routes se soient croisées il y a longtemps. « Pourvu que ta route croise la mienne tous les jours ... » pour encore de longues et belles années .

Merci d'être un papa disponible et affectueux.

A Lola, ton sourire et ta joie de vivre illuminent ma vie, je t'aime pour toujours.

## **ABRÉVIATIONS**

**AMG** : Aide médicale gratuite

**AMM** : Autorisation de mise sur le marché

**E** : Entretien

**EBM** : « Evidence based medicine »

**ETP** : Education thérapeutique des patients

**MAC** : Médecines alternatives et complémentaires

**MBP** : Médicaments à base de plantes

**MC** : Médecine conventionnelle

**MG** : Médecin généraliste

**MM** : Médecine moderne

**MNC** : Médecines non conventionnelles

**MT** : Médecine traditionnelle

**MTR** : Médecine traditionnelle réunionnaise

**PM** : Plantes médicinales

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>CONTEXTE</b> .....	4
A. Généralités .....	4
B. Règlementation .....	5
C. Pharmacopée des plantes médicinales .....	8
D. Place des plantes médicinales dans les soins .....	9
E. Contexte à La Réunion .....	12
F. Revue de la littérature .....	16
<b>METHODE</b> .....	20
1. Type d'étude .....	20
2. Population .....	20
3. Recueil de données .....	21
4. Analyse et interprétation .....	21
5. Critères de validité .....	23
6. Aspect éthique .....	23
<b>RÉSULTATS</b> .....	25
<b>1. Caractéristiques des patients</b> .....	25
<b>2. Caractéristiques des entretiens</b> .....	26
<b>3. Synthèse interprétative</b> .....	27
<b>3.1 Habitudes de consommation et représentations à propos des PM</b> .....	27
<b>3.1.1 Habitudes de consommation liées aux plantes</b> .....	27
<b>3.1.1.1 Evolution de la consommation</b> .....	27
3.1.1.1.1 Ancrage culturel .....	27
3.1.1.1.2 Savoirs .....	28
3.1.1.1.3 Contexte social .....	29
<b>3.1.1.2 Nouvel essor</b> .....	32
3.1.1.2.1 Perte de confiance dans la médecine allopathique .....	32
3.1.1.2.2 Confiance dans l'utilisation des plantes .....	33
3.1.1.2.3 Reconnaissance de l'efficacité des plantes .....	34
<b>3.1.1.3 Consommation</b> .....	34
3.1.1.3.1 Approvisionnement .....	34
3.1.1.3.2 Usage thérapeutique .....	35
3.1.1.3.3 Risques .....	36
<b>3.1.2 Représentations à propos des PM</b> .....	38
<b>3.1.2.1 Représentations mystiques et religieuses</b> .....	38
<b>3.1.2.2 Usage des plantes et allopathie</b> .....	39
<b>3.2 Utilisation des PM dans le contexte de la consultation chez le médecin traitant</b>	
<b>3.2.1 Facteurs facilitants</b> .....	40
3.2.1.1 Représentations et opinions positives vis-à-vis de leur médecin traitant .....	40
3.2.1.2 Expériences positives .....	40

3.2.1.3 Ressentis positifs de la communication médecin-patient..	41
<b>3.2.2 Facteurs freinants</b>	
3.2.2.1 Représentations et ressentis négatifs vis à vis de leur médecin traitant	42
3.2.2.2 Expériences négatives	45
3.2.2.3 Ressentis négatifs de la communication médecin patient	47
<b>3.2.3 Attentes et propositions des patients</b>	
3.2.3.1 Progrès sur le plan de la recherche	48
3.2.3.2 Formation et écoute du médecin	48
3.2.3.3 Environnement du cabinet	48
<b>4. Modèle explicatif : Facteurs favorisant et freinant la communication entre le patient et son MG à propos des PM</b>	48

## **DISCUSSION** .....50

<b>1. Habitudes de consommation et représentations à propos des PM</b>	
1.1 Représentations et habitudes	50
1.2 Perte progressive du savoir	53
1.3 Risques liés à l'usage des plantes médicinales	56
1.4 Nouvel essor de la consommation	58
<b>2. Consommation PM et la consultation du médecin traitant</b>	
2.1 Éléments liés au patient et à ses représentations	60
2.2 Éléments liés au médecin et aux représentations qu'en ont les patients	60
2.3 Éléments liés au climat de la relation médecin patient	63
<b>3. Déterminants de la relation médecin-patient</b>	
3.1. Confrontation de nos résultats aux résultats issus des représentations des médecins généralistes	64
3.2 Modélisation commune	67
<b>4. Perspectives</b>	
4.1 Formation des professionnels de santé	68
4.2 Education thérapeutique patient	68
4.3 Etudes complémentaires	69
4.4 Approche écologique	69
<b>5. Forces et faiblesses de l'étude</b>	69

## **CONCLUSION** .....72

## **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES** .....74

<b>ANNEXE</b>	80
Annexe 1 : Fiche d'information	80
Annexe 2 : Canevas version 1	81
Annexe 3 : Canevas version 2	82
Annexe 4 : Fiche de consentement	83
Annexe 5 : Récépissé déclaration CNIL	84

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

## **RÉSUMÉ**



# INTRODUCTION

Les plantes ont depuis toujours été utilisées par les populations du monde entier pour se soigner. Aujourd'hui, elles représentent encore la première source de substance thérapeutique dans les pays en voie de développement. [1]

Les connaissances des vertus et des risques des plantes médicinales (PM) ont été construites sur la base de croyances traditionnelles propres à chaque culture. Elles ont évolué de manière empirique au fil des expériences qui se sont succédées pendant des siècles. Ainsi, les modes d'élaboration de ces savoirs ne sont pas les mêmes d'un endroit à un autre et ont évolué différemment en fonction des zones géographiques.

Les connaissances acquises dans le temps ont le plus souvent été transmises de manière orale, de génération en génération. Les plus complexes sont le plus souvent détenues par quelques érudits, reconnus par la population locale, et dont le rôle dans les soins de santé primaire est central.[1][2]

Dans les pays les plus développés, la place de la phytothérapie et de la médecine traditionnelle a progressivement diminué au profit de la médecine moderne (MM) et des traitements conventionnels. Le développement des connaissances scientifiques, notamment dans les domaines de la médecine et de la chimie, s'est basé sur le principe fondamental de l'Evidence based medicine (EBM). Ainsi, contrairement aux connaissances traditionnelles sur les PM qui sont basées sur l'empirisme, la médecine moderne se caractérise par une médecine fondée sur les preuves. Ces preuves s'acquièrent grâce à des études scientifiques dont les protocoles sont rigoureusement définis et contrôlés dans le but d'avoir des résultats les plus incontestables possibles. Ces études scientifiques, nécessitent de nombreux moyens humains, matériels et économiques et leurs financements restent un enjeu de premier plan pour le développement des nouvelles thérapeutiques. Les PM font moins l'objet de recherche clinique devant le manque de lobbys susceptibles de financer les études onéreuses [3].

Cependant, dans ces pays, il existe depuis quelques décennies un regain d'intérêt pour les médecines dites « douces » ou « naturelles ». Cet engouement est souvent expliqué par plusieurs facteurs, notamment par la prise de conscience écologique où la population a tendance à rapprocher la médecine naturelle de la nature et donc de la santé. Mais il est aussi expliqué par les carences de la médecine conventionnelle à résoudre certaines souffrances ressenties par les patients, notamment dans les maladies chroniques douloureuses et les cancers [4]. De plus, les derniers scandales mettant en cause certains laboratoires pharmaceutiques, citons le Benfluorex, Médiator® ou encore le Valproate de sodium, Dépakine®, ont pu provoquer une certaine méfiance de la population. Elle voit en cette médecine moderne, certes le mérite d'être fondée sur des preuves scientifiques, mais malheureusement le défaut d'être sous l'influence d'enjeux économiques et financiers qui la dépassent.

Les médecines complémentaires et traditionnelles, dont fait partie la phytothérapie, ont été reconnues par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme très importantes, voire incontournables dans certains pays, dans les soins de santé primaires. L'OMS encourage donc vivement tous les pays membres à réaliser une politique d'intégration de ces médecines dans leurs systèmes de soins de santé primaire, et elle préconise de développer les connaissances sur ces différentes pratiques ainsi que la formation des acteurs de santé. Elle a établi des

guides de bonnes pratiques afin de réaliser des études scientifiques sur ces médecines traditionnelles et complémentaires. [2][5]

Ainsi, l'OMS a mis en place un guide stratégique pour étudier les effets, mais aussi les toxicités des PM utilisées de manière traditionnelle [5]. Le but étant d'harmoniser les protocoles d'études afin d'avoir une connaissance la plus fiable possible concernant l'utilisation des plantes. Les études pharmacologiques ont permis de découvrir les principes actifs impliqués dans les effets bénéfiques mais aussi les effets indésirables. Les connaissances sur les PM, sur leur composition chimique, sur leurs effets pharmacologiques et sur leurs utilisations traditionnelles sont consignées dans ce qui est appelé la Pharmacopée. [6]

En France, la délivrance et la vente des plantes inscrites à la Pharmacopée est sous le monopole pharmaceutique. Seul un pharmacien a le droit de vendre ces PM [7] [8]. Il existe une liste de 148 PM qui ont été libérées de ce monopole pharmaceutique. Elles peuvent être vendues librement par quelqu'un du moment qu'il ne pratique pas d'exercice illégal de la médecine [8]. Il est aussi important de comprendre que toute plante qui n'est pas inscrite à la pharmacopée peut aussi être vendue librement.

A La Réunion, département français, la situation est un peu différente de celle de la métropole. En effet, la consommation de PM est depuis longtemps ancrée dans les habitudes de la population. Elle ne se fait pas en réponse à un doute ou une méfiance envers la médecine conventionnelle, mais s'inscrit dans une tradition, une identité créole, résultant de l'histoire et des influences multiethniques de la population réunionnaise. Elle préexistait à l'arrivée de la modernité de la médecine en provenance de la métropole et la fréquence de cette consommation est restée élevée dans la population qui voit en elle une manière simple de se soigner avant d'avoir recours au médecin généraliste traitant. Il est vu aussi dans cette pratique une façon de revendiquer son identité et de se s'approprier la maladie en se soignant à partir de connaissances héritées de ses parents. [9][10][11]

Les PM réunionnaises, qui ont la caractéristique pour la plupart d'être endémiques de La Réunion, ont suscité de nombreux intérêts scientifiques. Des botanistes comme Roger Lavergne ont étudié les utilisations traditionnelles de ces plantes et ont ainsi permis de recueillir de nombreuses informations sur leurs effets potentiels. Mais les études pharmacologiques sur ces PM n'ont commencé que récemment. Il existe aujourd'hui 19 plantes réunionnaises inscrites à la Pharmacopée française, et d'autres sont à l'étude [12].

Les dernières recherches, notamment la thèse de Julie Dutertre en 2011, ont montré que près de 80 % de la population réunionnaise avait recours aux PM pour se soigner [9]. Ces études ont aussi montré que la très grande majorité des personnes qui consomment des PM n'en font pas état auprès de leur médecin généraliste traitant [9][13]. De même, toutes les thèses, études et articles qui évoquent le rapport des médecins généralistes (MG) avec les PM montrent qu'ils ont une méconnaissance importante sur le sujet, mais qu'ils souhaiteraient acquérir plus de connaissances, et qu'ils sont en demande de connaître la consommation de leur patients pour pouvoir les conseiller. Cependant, la majorité des MG méconnaissent les usages traditionnels qui sont faits des PM par leurs patients. [9][14][15]

Dans ce département où l'utilisation de PM est restée importante, où les études réalisées ont reconnu et démontré leurs effets pharmacologiques et où le manque de connaissances sur certaines plantes peut être problématique, il a semblé intéressant de comprendre pourquoi la communication entre le patient et son MG au sujet de ses consommations de PM était si rare. Il a paru important de comprendre pourquoi les patients étaient réticents à parler de leur consommation à leur médecin, et aussi de comprendre pourquoi certains MG peuvent se

désintéresser de l'utilisation des PM par leurs patients. La revue de la littérature sur ce sujet n'apporte pas de réponse satisfaisante. Les études sur l'utilisation des PM réunionnaises et sur les rapports entretenus entre le médecin et son patient à ce propos ne traitent pas des problèmes de communication rencontrés. Pour ce travail, il a semblé nécessaire de réaliser deux études qualitatives complémentaires, l'une se focalisant sur le point de vue des MG, l'autre sur le point de vue des patients. Des entretiens semi directifs ont été réalisés dans les deux populations afin d'explorer leurs expériences, leurs représentations et leurs ressentis vis à vis de la communication entre le patient et son médecin à propos de la consommation de PM.

Il a donc pu être dégagé une question de recherche commune :

« Quels sont les expériences, les représentations et les ressentis des MG et des patients à propos de la communication médecin-patient au sujet des PM et de leur consommation ? »

La partie concernant les expériences, les représentations et les ressentis des MG est abordée dans un autre travail de thèse, celui de Paul Giraud, et vient en miroir à la présente thèse.

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les expériences, les représentations et les ressentis des patients au sujet de la communication qui se crée avec son médecin à propos des PM et de leur consommation. L'objectif secondaire est d'identifier les facteurs favorisant et freinant la communication entre le patient et son MG à propos des PM.

# CONTEXTE

## A. Généralités

Ces définitions sont extraites des *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023* publiés en 2013 par l'OMS et des *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation de la médecine traditionnelle* publiés en 2000 par l'OMS.

### ***Médecine traditionnelle (MT) :***

La médecine traditionnelle est la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales.

L'approche du malade en médecine traditionnelle est toujours holistique et les troubles sont souvent traités de manière simultanée sur les plans physique, émotionnel, mental, spirituel et environnemental.

### ***Médecine alternative et complémentaire (MAC) :***

Elles font référence à un vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant. Dans certains pays, elles sont utilisées de manière interchangeable avec le terme « médecine traditionnelle ».

### ***Médicaments à base de plantes :***

Les médicaments à base de plantes sont des produits médicinaux finis qui contiennent comme principes actifs exclusivement des plantes (parties aériennes ou souterraines), d'autres matières végétales ou des associations de plantes, à l'état brut ou sous forme de préparations.

### ***Utilisation traditionnelle des plantes médicinales :***

L'utilisation des plantes médicinales comprend la consommation des plantes entières, des matières végétales, des préparations à base de plantes et des médicaments à base de plantes. Par utilisation traditionnelle, on entend une utilisation très ancienne de ces plantes dont l'innocuité et l'efficacité ont été bien établies et qui sont même parfois agréées par certaines autorités nationales.

## **Recrudescence de la consommation de phytothérapie**

Le recours à la médecine traditionnelle est de plus en plus répandu partout dans le monde et a gagné en popularité ces dernières années. Elle est utilisée dans les pays en voie de développement depuis des générations pour les soins de santé primaires, mais on y a aussi recours dans les pays où la médecine conventionnelle ou biomédecine est prépondérante dans le système de soins de santé national.

Au cours des vingt dernières années, on a vu renaître l'intérêt pour les PM dans les pays développés. Il y a plusieurs raisons à ce phénomène, dont les principales sont la prise de conscience de certaines limites de la médecine moderne à soulager des souffrances ressenties par les patients, parfois même chez des patients atteints de maladies chroniques, mais aussi la crainte des effets secondaires des médicaments conventionnels. [16][17][18]

Le recours aux MAC et notamment aux PM est fréquent chez les patients atteints d'une pathologie néoplasique. Ce recours a souvent pour objectif principal de soulager les effets secondaires des traitements conventionnels. [4][19]

Une étude réalisée en 2005 auprès de 956 patients atteints de cancer dans 14 pays européens a montré que 35,9 % des patients avaient recours à une ou plusieurs médecines alternatives ou complémentaires. Les PM étaient les plus utilisées avec l'homéopathie. [4]

Une enquête réalisée en 2007 estimait que sur 207 patients suivis dans un service d'oncologie, 34 % des patients avaient recours à la médecine complémentaire : en premier lieu à l'homéopathie (42 %) suivie des plantes médicinales (27 %), dans un objectif principal de soulager les effets secondaires des traitements conventionnels pour 66 % d'entre eux. [19]

### **Consommation mondiale et en France de plantes médicinales**

D'après l'OMS, 80 % de la population mondiale a recours aux plantes pour se soigner, ceci sous plusieurs formes. Celle dite traditionnelle, majoritairement dans les pays en voie de développement, où elle est l'unique moyen de se soigner pour une grande majorité de la population et dans les pays développés sous formes de phyto-médicaments. [2]

Dans un sondage IPSOS de 1990, traitant de l'utilisation des médecines douces par les français, 48 % des personnes interrogées ont déjà eu recours à une médecine douce dont 8 % de la population à la phytothérapie [20]. Selon un sondage IFOP 2007, 27 % des français ont eu recours à l'homéopathie, 15 % à l'ostéopathie et 10 % à la phytothérapie [21].

Une étude menée par TNS Sofres en 2011 (Observatoire sociétal du médicament) sur 2023 personnes a montré que 63 % des français ont confiance en la phytothérapie et 45 % disent y avoir recours. En terme de priorité thérapeutique, 35 % utilisent les phyto-médicaments en complément de la médecine classique tandis que 28 % les avantagent sur la médecine classique. Enfin, 43 % de ceux qui ont recours à la phytothérapie régulièrement, le font dans un but préventif.

## **B. Règlementation**

Considérant ce regain de popularité dans les pays où la médecine conventionnelle est prépondérante, il est nécessaire d'avoir une réglementation claire à l'échelle internationale, européenne et nationale afin d'encadrer ces pratiques.

### **- A l'échelle internationale**

L'OMS travaille depuis plusieurs années sur la reconnaissance de la médecine traditionnelle par les états membres afin qu'ils puissent considérer ces pratiques comme faisant partie intégrante du système de soin primaire.

La **déclaration d'Alma-Ata**, établie à l'issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, du 6 au 12 septembre 1978, affirme que « *tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés* ». Dans cette déclaration, la médecine traditionnelle est reconnue comme un moyen parmi d'autres de contribuer aux soins de santé primaire et ainsi d'améliorer les conditions sanitaires d'une population.

La **Déclaration de Beijing** (Chine) du 8 novembre 2008, adoptée par le Congrès de l'OMS sur la médecine traditionnelle, affirme que « *La connaissance de la médecine, des traitements et des pratiques traditionnels devrait être respectée, préservée, promue et diffusée largement* ». Elle déclare aussi que « *Les gouvernements ont une responsabilité vis-à-vis de la*

*santé de la population et devraient élaborer des politiques, des réglementations et des normes nationales dans le cadre d'un système de santé national complet pour garantir l'usage approprié, sûr et efficace de la médecine traditionnelle.* ». Dans cette déclaration, l'OMS encourage les gouvernements et les acteurs de santé à développer l'innovation et la recherche dans le domaine de la médecine traditionnelle. Aussi, elle pousse les gouvernements à établir des systèmes de qualifications, d'accréditation et d'autorisation pour les praticiens de médecine traditionnelle. De même, elle encourage la communication entre les médecins et les praticiens de MT, ainsi que la mise en place de programmes de formation appropriés pour les professionnels de santé et étudiants en médecine.

Depuis, le thème de la médecine traditionnelle revient fréquemment lors des assemblées mondiales de la santé qui se réunissent tous les ans à Genève. Ainsi, lors de la 62<sup>ème</sup> et de la 67<sup>ème</sup> assemblées mondiales de la santé, l'OMS rappelle l'importance de garantir une utilisation rationnelle de la médecine traditionnelle comme un élément important contribuant à la santé des peuples. Elle invite instamment tous les états membres à adopter la déclaration de Beijing. [22][23]

En 2013, l'OMS rédige *la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023* [2], où les états membres sont encouragés à l'adopter et à le mettre en œuvre. Cette stratégie donne les outils nécessaires aux gouvernements pour mettre en place une politique intégrative de la MT dans le système de santé national en renforçant la base de connaissances, l'assurance qualité, l'innocuité, l'usage approprié et l'efficacité de la MT et des MAC par la réglementation.

Il est prévu que l'OMS lance un examen de la mise en œuvre de cette Stratégie à mi-parcours. Cependant, même si l'OMS fait figure d'institution faisant autorité dans le domaine de la santé au niveau mondial, elle donne des avis, émet des recommandations qui ne sont pas contraignantes pour les états membres. Chaque état est libre de mettre en place sa propre législation dans le domaine de la MT, et des MAC, et plus spécifiquement dans le domaine de la phytothérapie.

#### **- Au niveau européen [24]**

La Communauté européenne a élaboré un réseau législatif complet pour faciliter la libre circulation des marchandises, des capitaux, des services et des personnes dans la Communauté. Selon les Directives 65/65/CEE et 75/318/CEE, les produits pharmaceutiques doivent recevoir une approbation avant commercialisation pour avoir accès au marché.

Dans un souci d'harmonisation des normes, il existe une mutualisation entre les pays des décisions d'autorisations de mise sur le marché pour les médicaments. C'est-à-dire qu'une évaluation par une autorité nationale suffit pour l'homologation dans les autres Etats membres.

Cependant, pour les phyto-médicaments l'approche est différente. Il n'existe pas de critères uniformément reconnus pour l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des remèdes à base de plantes. Il existe seulement une directive européenne [25] recommandant une harmonisation des critères d'évaluation scientifiques dans tous les états membres avant d'envisager une harmonisation des autorisations de mise sur le marché des phyto-médicaments.

La Coopérative scientifique européenne de phytothérapie (ESCOP) a été fondée en 1989, ses objectifs principaux étant de définir des critères harmonisés pour l'évaluation des phyto-médicaments, d'appuyer la recherche scientifique et de contribuer à l'acceptation de la phytothérapie au niveau européen.

La « directive 2004/24/CE » a pour but d'harmoniser au sein de l'Union européenne l'enregistrement des médicaments traditionnels à base de plantes en instaurant une procédure d'enregistrement simplifiée, tout en garantissant la qualité, la sécurité et l'efficacité des produits.

Cinq critères cumulatifs pour autorisation ont été définis pour qualifier les médicaments traditionnels à base de plantes : [26]

- Disposer d'indications propres à des médicaments traditionnels à base de plantes conçus et destinés à être utilisés sans la surveillance d'un médecin.

- Être administrés selon un dosage et une posologie spécifiés.

- Présenter des formes et préparations administrées par voie orale, externe et/ou inhalée.

- Avoir un usage médical reconnu pendant au moins 30 ans avant la date de demande dont quinze ans dans l'espace de la communauté européenne.

- Disposer de données suffisantes sur l'usage traditionnel du médicament (innocuité démontrée, conditions d'emploi spécifiées, effets pharmacologiques et efficacité plausibles du fait de leur ancienneté et de l'expérience).

La principale différence par rapport au dossier d'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) complet tient au fait que le demandeur n'a pas à fournir les résultats des essais pré-cliniques et cliniques.

#### **- Au niveau national**

En France, le diplôme d'herboriste a été supprimé en 1941, mais les herboristes diplômés d'État peuvent, depuis l'ordonnance de 1945, continuer à exercer leur profession jusqu'à leur mort. Il n'en reste qu'une petite dizaine à ce jour.

Pour le reste, la vente des plantes médicinales inscrites à la Pharmacopée est réservée aux pharmaciens (nous détaillerons par la suite ce qu'est la pharmacopée). 148 plantes de la pharmacopée sont libérées du monopole pharmaceutique depuis un décret paru en 2008 (décret n° 2008-841 du 22 août 2008) [8] qui précise la partie utilisée et la forme autorisée. Cependant il ne peut leur être reconnu d'indication thérapeutique ou d'effet pharmacologique. Légalement toute personne commercialisant une de ces plantes médicinales doit, pour indiquer son utilisation, préciser la mention « traditionnellement utilisée dans » pour attester du fait que ces indications n'ont pas été rigoureusement démontrées.

Dans la législation actuelle, pour toute plante à usage médicinal ne faisant pas partie du monopole pharmaceutique (soit les 148 plantes libérées du monopole, soit n'importe quelle plante ne faisant pas partie de la Pharmacopée), sa commercialisation est possible, sous quelque forme que ce soit, à condition de ne pas pratiquer l'exercice illégal de la médecine en diagnostiquant des maladies. A La Réunion, une très grande partie des plantes utilisées à visée médicale ne sont pas inscrites à la Pharmacopée, et peuvent ainsi être vendues librement.

Pour les *médicaments traditionnels à base de plantes*, les procédures d'autorisations de commercialisation émanent de la directive européenne de 2004 et bénéficie d'une procédure allégée d'autorisation sous réserve d'une innocuité démontrée et d'une efficacité fondée sur un usage ancien (cf réglementation européenne). En France, ces médicaments doivent être enregistrés auprès de l'ANSM.

Les *médicaments à base de plantes* sont des médicaments dont les substances actives sont exclusivement des substances végétales ou des préparations à base de plantes. Une AMM,

précisant l'indication thérapeutique notamment, est nécessaire pour leur commercialisation. Cette AMM fonctionne comme pour tout autre médicament. [8]

Tout médecin est libre d'exercer la phytothérapie en France, avec ou sans diplôme universitaire. Il ne peut cependant pas commercialiser les PM qu'il aurait lui-même prescrites. Il n'existe pas en France de diplôme reconnu pour la pratique de la phytothérapie ou de l'herboristerie. En revanche, toute école est libre de proposer un diplôme privé, mais la qualité de la formation et des acquis n'étant pas contrôlée elle est surtout dépendante de la compétence des formateurs.

## **C. Pharmacopée des plantes médicinales**

La pharmacopée est l'ouvrage de référence, faisant autorité dans le domaine de la phytothérapie, et destiné à être utilisé par les professionnels de santé et les laboratoires. Elle recueille la liste des plantes médicinales avec leurs monographies et comporte notamment les critères de pureté des matières premières ou des préparations ainsi que les méthodes d'analyses permettant d'assurer leur contrôle. Elle participe donc à la protection de la Santé publique en élaborant des spécifications communes reconnues relatives aux substances entrant dans la composition d'un médicament [6].

Selon l'Article L 5112-1 du code de la santé publique- Loi 2009-594 du 27/05/2009, la Pharmacopée comprend les textes de la Pharmacopée européenne, ainsi que ceux de la Pharmacopée française, y compris ceux relevant de la Pharmacopée des outre-mer qui remplissent les conditions de la réglementation en vigueur dans le domaine. [6]

En 2009, la loi LODEOM N° 2009-594 modifiant l'article L5112-1 du Code de Santé Publique a permis l'inclusion des plantes de l'Outre-Mer dans la Pharmacopée française. [27]

La Pharmacopée européenne actuellement en vigueur est la 9e édition éditée en 2016. Elle est préparée et publiée par la DEQM (Direction Européenne de la Qualité du Médicament et soins de santé). Cette Pharmacopée européenne fait autorité sur toutes les Pharmacopées nationales des états membres. Cette Pharmacopée est complétée, pour certains états dont la France, par une Pharmacopée nationale. [28]

La Pharmacopée française actuellement en vigueur est la 11e édition depuis le 1er Juillet 2012, elle est accessible gratuitement sur le site de l'ANSM [29]. Elle contient exclusivement les textes et monographies nationales complémentaires à la Pharmacopée européenne. Elle est préparée et publiée par l'ANSM. Elle regroupe 585 plantes médicinales. Elle est divisée en deux groupes : La liste A compte 442 plantes et correspond aux plantes médicinales utilisées traditionnellement. Et la liste B, (143), regroupant les plantes utilisées traditionnellement en l'état ou sous forme de préparation dont les effets indésirables potentiels sont supérieurs au bénéfice thérapeutique attendu. [30]



## **D. Place des plantes médicinales dans les soins**

La médecine moderne (MM) se caractérise par la démarche scientifique de sa constitution et elle vise ainsi à se démarquer de toute valeurs culturelles. Les thérapies de MT se sont quant à elles développées en grande partie sous l'influence de la culture et des conditions historiques qui l'ont vu naître. Leur base commune consiste en une approche holistique de la vie, basée sur l'équilibre entre l'esprit, le corps et leur environnement. Cette approche privilégie la santé plutôt que la maladie. Dans l'ensemble, le praticien se concentre sur l'état général du patient individuel plutôt que sur la douleur ou la maladie dont il souffre.

Toutefois, dans les pays développés comme dans les pays en développement, les consommateurs et les dispensateurs de soins de santé doivent pouvoir bénéficier d'une information récente faisant autorité sur les propriétés bénéfiques et les effets nocifs possibles de tous les médicaments à base de plantes. [5]

La pratique de la phytothérapie peut être scindée en deux :

- Une pratique traditionnelle, basée sur l'utilisation de plantes selon les vertus découvertes empiriquement. Cette phytothérapie est considérée par l'OMS comme une MT et est encore massivement employée dans certains pays dont les pays en voie de développement. C'est une médecine non conventionnelle (MNC) du fait de l'absence d'étude clinique.

- Une pratique basée sur la pharmacognosie, c'est-à-dire les connaissances acquises par les recherches scientifiques sur les extraits actifs des plantes. Les extraits actifs identifiés sont standardisés. Cette pratique conduit aux phytomédicaments et leur circulation est soumise à l'AMM pour les produits finis et pour les préparations magistrales de plantes médicinales, celles-ci étant délivrées exclusivement en officine.

*La pharmacognosie* est l'étude des matières premières et des substances à visée thérapeutique d'origine biologique, c'est-à-dire obtenues à partir des végétaux, des animaux ou par fermentation à partir de microorganismes. Elle étudie les principes actifs extraits des matières premières biologiques. [31]

*L'ethnopharmacologie* est l'étude scientifique interdisciplinaire de l'ensemble des matières d'origine végétale, animale ou minérale et des savoirs ou des pratiques s'y rattachant, que les cultures vernaculaires mettent en œuvre pour modifier les états des organismes vivants à des fins thérapeutiques, curatives, préventives ou diagnostiques. [32] Cette science va chercher sur le terrain les utilisations traditionnelles des matières naturelles et va ensuite tester ces matières afin d'évaluer leur efficacité en laboratoire.

Les preuves scientifiques apportées par les essais cliniques randomisés sont solides pour de nombreux usages de l'acupuncture, certains médicaments à base de plantes et certaines thérapies manuelles.

Néanmoins, une grande partie de la littérature scientifique concernant la MT et en particulier les PM donne des preuves inadéquates sur son innocuité et son efficacité : rapports de cas individuels et séries de patients, sans groupe témoin ni comparatif. [33]

L'évaluation des médicaments à base de plantes peut s'avérer très difficile. La raison en est que la qualité des médicaments à base de plantes est influencée par plusieurs facteurs dont la date et le lieu de récolte des matières premières et l'exactitude de l'identification des plantes.

Une règle générale de cette évaluation est qu'il faut tenir compte de l'expérience traditionnelle acquise dans l'utilisation de ces produits et de leur contexte médical, historique et ethnologique à travers des descriptions détaillées dans les revues médicales ou pharmaceutiques ou des comptes rendus documentés de leurs applications. [7] Généralement le recours au long des siècles à de grands nombres de pratiques traditionnelles et l'expérience transmise de génération en génération sont gages de l'innocuité et de l'efficacité de cette médecine, mais reste sans preuve établie.

L'objectif établi par l'OMS pour la recherche sur les plantes médicinales est l'harmonisation des méthodes de recherche et d'étude à travers les pays membres, pour améliorer l'innocuité, l'efficacité et la qualité de la médecine traditionnelle à base de plantes, ainsi que son accès et son utilisation rationnelle.

Ainsi, elle édite en 2000 les *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle*, s'appuyant sur les différentes séries de guides techniques déjà publiée depuis 1991 et fournissant les méthodes réglementaires des études évaluant les médicaments à base de plantes. [34]

Les méthodes de recherche et d'évaluation de la médecine traditionnelle doivent se fonder, d'une part sur l'établissement de l'innocuité et de l'efficacité des MBP et des thérapies traditionnelles, et d'autre part elles ne doivent pas faire obstacle à l'application et au développement de la MT. Il faut donc évaluer l'efficacité de la MT de manière intégrée, dans la dimension holistique qu'elle peut avoir. Ainsi, cette évaluation peut être très différente de celle de la MC.

## **Recherche et évaluation des MBP**

La recherche et l'évaluation concernant les MBP dont on ne peut pas établir l'utilisation prolongée ou qui n'ont pas encore fait l'objet de recherches doivent se conformer aux principes directeurs concernant la recherche pour évaluer l'innocuité et l'efficacité des médicaments à base de plantes de l'OMS. (*Research guidelines for the evaluation of the safety and efficacy of herbal medicines*)

Pour les MBP dont l'utilisation prolongée est bien documentée, on peut mener des recherches et évaluer leur innocuité et efficacité en procédant comme suit :

**Analyse documentaire** avec revues de littérature. Lorsque l'on étudie la documentation concernant la médecine traditionnelle, il convient de tenir compte des théories et concepts de la pratique individuelle ainsi que de la culture des personnes concernées.

**Innocuité** : l'utilisation prolongée et apparemment inoffensive de la substance est généralement la preuve de son innocuité. Il faut cependant se méfier car certaines plantes, dont l'utilisation ancienne avait pu rassurer sur leur innocuité, ont en fait révélé une toxicité inattendue de cancérogénicité ou de tératogénicité. Citons comme exemple une étude de 2011 traitant des plantes contenant des alcaloïdes pyrrolizidiniques. [35]

**Efficacité** : s'agissant des médicaments à base de plantes, il est important que les preuves d'efficacité exigées soient fonction de la nature et du degré des indications. S'il s'agit du traitement d'affections bénignes ou d'indications générales, on pourra se montrer moins strict et se contenter d'études d'observation par exemple pour prouver l'efficacité.

**Essais cliniques** : La conception et l'importance d'une étude dépendront de l'information sur l'utilisation prolongée que l'on aura recherchée dans les recueils officiels des pays et dans les documents pertinents ou en interrogeant les tradipraticiens.

Quand il s'agit d'un nouveau MBP, d'une nouvelle indication thérapeutique pour un médicament déjà connu, les essais cliniques dont ces produits doivent faire l'objet seront très semblables à ceux qui s'appliquent aux médicaments conventionnels. Des essais cliniques bien établis, randomisés et contrôlés apportent la preuve la plus solide de l'efficacité. Toutefois, l'emploi de méthodes comme la randomisation et l'administration de placebo n'est pas toujours possible du fait de problèmes éthiques ou techniques.

### **Interactions médicamenteuses :**

Alors que la croyance populaire a tendance à considérer la consommation de PM sans danger, selon le bon vieil adage « si c'est naturel c'est que c'est bon ! » [13], de plus en plus d'études démontrent qu'ils contiennent des entités chimiques pharmacologiquement actives et qu'ils peuvent donc interagir avec beaucoup de médicaments prescrits.

La littérature renferme de plus en plus d'études démontrant clairement le potentiel d'interactions des PM avec les médicaments conventionnels.

La grande majorité des données sur les interactions phytomédicament/médicament se base sur des cas rapportés, des essais in-vitro, quelquefois sur des spéculations après comparaison de la pharmacocinétique et pharmacodynamie des phytomédicaments et des médicaments. Dans le meilleur des cas, elle se base sur des essais in-vivo, chez l'animal, ou chez l'homme (essais cliniques). [36]

Les PM peuvent provoquer des interactions de type pharmacodynamique, c'est-à-dire qu'ils peuvent soit potentialiser ou soit diminuer l'effet d'un médicament par une action pharmacologique agoniste ou antagoniste.

Les PM peuvent aussi provoquer une interaction de type pharmacocinétique en venant modifier l'absorption, la distribution, le métabolisme ou l'élimination du médicament, notamment par des interactions de la voie des isoenzymes du cytochrome P-450.

Certains médicaments partageant un risque élevé d'interactions médicamenteuses peuvent être ciblés. Parmi ceux-ci, il importe de mentionner les médicaments avec un index thérapeutique étroit, comme la Warfarine, le Lithium, la Cyclosporine, et certains anticonvulsivants, comme la Phénytoïne.

Certaines PM ont aussi été clairement associées à des interactions médicamenteuses cliniquement significatives. [37][38]

A titre d'exemple : le *Millepertuis* qui a montré son efficacité chez des patients présentant des symptômes dépressifs, est aussi un inducteur puissant du cytochrome P-450 3A4 et de l'activité de la glycoprotéine-P. De ce fait, il interagit potentiellement avec tous les médicaments éliminés principalement par cette voie métabolique. Récemment, plusieurs articles scientifiques publiés dans la presse internationale ont rapporté des cas d'interactions médicamenteuses entre le millepertuis et des médicaments à faible marge thérapeutique notamment la *Digoxine*, la *Théophylline*, les Anti-vitamines K (AVK), la *Ciclosporine*, mais aussi des contraceptifs oraux. A l'inverse, une interruption brutale de la prise de millepertuis peut entraîner une augmentation des concentrations plasmatiques de ces médicaments. Dans ce contexte l'ANSM a émis des recommandations spécifiques en Mars 2000 quant à la consommation de Millepertuis chez les patients traités par des médicaments à risques d'interaction. [39]

Un autre exemple bien connu, est l'interaction existante entre la consommation de *jus de pamplemousse* et certains médicaments, comme les Statines, augmentant la fréquence et de la gravité de leurs effets indésirables, avec un risque d'autant plus important que la marge thérapeutique du médicament concerné est étroite. Certaines substances du jus de pamplemousse vont augmenter l'absorption intestinale de ces médicaments en agissant sur une enzyme des enterocytes, le CYP3A4. Ainsi, la biodisponibilité de la Simvastatine peut être multipliée d'un facteur 15. Des cas de rhabdomyolyse, attribuée à une interaction entre la Simvastatine et le jus de pamplemousse, ont été publiés. [40]

Cependant, il n'existe que très peu d'études permettant de prouver réellement le potentiel d'interaction entre une PM et un médicament donné, car c'est un domaine peu exploré. Seules les interactions du jus pamplemousse et du millepertuis sont bien connues. Néanmoins, il existe un certain nombre d'outils qui peuvent aider les professionnels de santé dans leurs mises en garde aux patients. L'ouvrage intitulé : « Stockley's Herbal Medicines Interactions : A Guide to the Interactions of Herbal Medicines », dont la seconde édition est parue en janvier 2013, recense les cas rapportés ainsi que l'ensemble des études réalisées sur les interactions entre une PM et un médicament donné. Le site HEDRINE mis au point par Florence Souard au cours de son travail de thèse (disponible à l'adresse : <http://hedrine.ujf-grenoble.fr>) constitue une base de données intéressante permettant de visualiser rapidement, pour une plante et un médicament sélectionné, s'il existe un risque d'interaction majeur ou mineur.

De nombreuses thèses, souvent de pharmacie, font état des différentes interactions possibles entre les plantes et les médicaments.

## **E. Contexte à La Réunion**

L'île de La Réunion est un département français et une région d'outre-mer. C'est une île volcanique située dans l'hémisphère austral au Sud-ouest de l'Océan Indien, distante d'environ 9 200 kilomètres de Paris. Elle appartient par sa constitution géologique avec les îles Maurice et Rodrigues à l'Archipel des Mascareignes.

Le relief de l'île est rendu très accidenté par une forte érosion. Le centre abrite ainsi trois vastes cirques creusés par l'érosion (Salazie, Mafate et Cilaos) et les pentes de l'île sont sillonnées par de nombreuses ravines creusées par les cours d'eau, pouvant atteindre plusieurs centaines de mètres de profondeur. [41]

La Réunion bénéficie d'un climat tropical humide tempéré par l'influence océanique des vents d'alizés soufflant d'Est en Ouest. Il existe une très grande variabilité climatique sur La Réunion particulièrement en raison de l'imposant relief de l'île qui est à l'origine de nombreux microclimats (de 200 micro-climats). La pluviométrie moyenne sur l'île peut varier de 447 mm/an à près de 11 000 mm/an suivant que l'on se trouve dans l'ouest ou l'est de l'île, dans les bas ou dans les hauts. De même il existe une grande disparité de température en fonction de l'altitude. L'île de La Réunion est aussi située sur la route des cyclones tropicaux pendant la période cyclonique qui s'étend de novembre à avril.

Ces disparités géologiques et climatiques ainsi que la forte exposition aux vents confèrent à l'île de La Réunion une richesse de flore exceptionnelle avec un très fort taux d'endémisme. Le Conservatoire Botanique National des Mascarin a recensé en 2007 1708 espèces végétales sur l'île de La Réunion. Parmi celles-ci 835 sont des espèces indigènes (présentes sur l'île

avant l'arrivée de l'homme) dont 234 sont endémiques (retrouvées exclusivement sur l'île), et 826 sont exotiques (introduites par l'homme).

Roger Lavergne est un ethnobotaniste reconnu de la Réunion et auteur des plus grands recueils sur la flore et notamment sur la flore médicinale réunionnaise. Il distingue cinq zones de végétation réparties sur l'île : la végétation littorale ; la forêt semi sèche des bas ; la forêt tropicale humide des bas ; la forêt tropicale humide des hauts ; et la zone de végétation altimontaine. Toutes ces différentes zones abritent des espèces végétales radicalement différentes. [41]

Par son histoire riche en immigration de tous horizons, La Réunion se distingue aussi par sa diversité ethnique. Les premiers colons sont arrivés à partir de 1665 et, la culture du café et de la canne à sucre nécessitant une forte main d'œuvre, les premiers esclaves en provenance d'Afrique de l'est, de Madagascar et d'Inde sont « importés ». L'abolition de l'esclavage est proclamée le 20 décembre 1848, jour resté très important dans la mémoire collective créole. S'en suit la période des « engagés » avec une forte immigration de main d'œuvre, rémunérée cette fois ci, en provenance d'Afrique, des Comores et du Mozambique, mais aussi beaucoup d'Indiens. Enfin, les indo-musulman de la région de Gujerat et les chinois de la région de Canton finissent par arriver volontairement sur l'île pour parfaire le métissage de la population créole. [42]

### **Médecine traditionnelle créole et phytothérapie réunionnaise**

La médecine traditionnelle créole naît du mélange des influences de toutes ces populations en connaissances médicales et de l'utilisation des plantes médicinales locales.

Initialement la population médicale est quasi inexistante et la médecine occidentale n'est que très peu représentée. La population utilise alors pour se soigner les moyens disponibles à savoir la flore locale. Ainsi commencent à se développer des connaissances en botanique médicinale sur la base de l'empirisme. Ces connaissances, d'abord individuelles et familiales, se transmettent et s'enrichissent de génération en génération. Certaines personnes vont acquérir un savoir accru sur les plantes médicinales et vont en faire profiter la population qui les entoure en préparant des tisanes à base de plantes (ou z'erbages en créole). On les appelle d'ailleurs les Tisaneurs. [43]

Le Dr Leclerc et le Père Rimbault seront les premiers à recenser les plantes traditionnellement utilisées par la population réunionnaise à la fin du XIX<sup>ième</sup> siècle (Dr Leclerc : *l'Almanach Religieux du diocèse de Saint Denis*, 1870) et au début du XXI<sup>ème</sup> siècle (Le Père Rimbault et les plantes médicinales de la Réunion, 1948). Le père Rimbault utilisera les graines de Takamaka (*Calophyllum tacamahaca Willd*) ou l'huile de wightiana (*Hydnocarpus wightiana*) pour soigner les épidémies de tuberculose et de lèpre sévissant sur l'île.

L'apogée de la MTR a lieu au cours de la seconde guerre mondiale. La Réunion, alors coupée de tout ravitaillement, doit se suffire à elle-même. Par la force des choses, les pharmacies vont s'approvisionner en plantes locales.

Le déclin de cette médecine empirique démarre rapidement avec la départementalisation puis avec le déremboursement en 1992 des médicaments à bases de plantes.

A ce jour, après les derniers scandales liés aux laboratoires pharmaceutiques (Médiator®, Dépakine®...) mais aussi compte tenu d'une conscience populaire de plus en plus "écologiste", on assiste aujourd'hui à un regain d'intérêt pour les médecines dites douces

(homéopathie, acupuncture, phytothérapie). Dans certaines familles créoles, les plantes sont encore utilisées selon les vieilles traditions, mais uniquement avec des plantes de leur jardin ou des alentours. Il reste encore quelques tisaneurs sur l'île mais la succession n'est pas assurée, les jeunes étant attirés vers des filières plus prometteuses financièrement.

Peu de chiffres officiels dénombrent la proportion de population consommatrice de PM à La Réunion à ce jour. La thèse de Julie Dutertre en 2011 avance le chiffre de 87 % de la population utilisant régulièrement des PM. [9]

Il existe aujourd'hui un engouement scientifique pour la recherche sur PM réunionnaises avec de plus en plus d'études ethnopharmacologiques en vue d'inscrire des plantes réunionnaises à la Pharmacopée française.

Ce travail sur les PM est entrepris par l'Association des Plantes Aromatiques et Médicinales de La Réunion ( APLAMEDOM ). C'est un organisme privé associatif pluridisciplinaire de recherche et de valorisation des plantes de la Pharmacopée traditionnelle réunionnaise. Il a trois objectifs principaux :

- Reconnaître, valider scientifiquement et promouvoir les usages traditionnels des plantes aromatiques et médicinales.,
- Valoriser et développer les ressources végétales locales,
- Accompagner la création d'une filière Plantes Aromatiques et Médicinales (PAM), structurée et intégrée au mieux dans l'Océan Indien.

L'APLAMEDOM est à l'interface entre la recherche scientifique et les producteurs.

Le résultat du travail mené par l'APLAMEDOM et ses partenaires, l'inscription de 19 plantes de La Réunion à la Pharmacopée française assure une reconnaissance officielle des savoir-faire traditionnels. 16 plantes ont intégré la 11ème édition de la Pharmacopée française par l'Arrêté du 12 juillet 2013, et 3 autres ont été inscrites en juin 2015 (le Bois de quivi, le Bois de demoiselle et le Jamblon) parmi les 23 monographies présentées à l'ANSM.

### **Toxicité de plantes réunionnaises**

Marc Rivière, ancien pharmacien, auteur du livre de référence sur *Les plantes toxiques et dangereuses de l'île de La Réunion*, dit au cours d'un entretien en janvier 2013 « *Le problème c'est que les Réunionnais sont mal informés sur les dangers des plantes tropicales. Tous les jours on flirte avec les plantes toxiques* ». On se souvient de l'intoxication de 7 personnes par du miel en gaufre en 2013, dont 3 personnes ont été admises en réanimation. Il a vite été démontré que cette intoxication était secondaire à l'ingestion de toxines d'origine végétale contenues dans le miel suite au butinage du *bois de Rampart*.

Pour Marc Rivière le problème principal de la toxicité des plantes à La Réunion est principalement le fait du grand nombre de plantes homonymes. Ces plantes ont le même nom parce qu'elles ont été assimilées, le même aspect général, mais pas du tout les mêmes propriétés, l'une est toxique et l'autre non. Par exemple, l'*Ayapana* (*Ayapana triplinervis*), traditionnellement utilisée pour ses vertus contre les troubles digestifs, peut facilement être confondue avec l'*Ayapana marron* ou *Natchouli* (*Justicia gendarussa*) qui, lui, contient un alcaloïde qui provoque des vomissements. Ils ont le même aspect, mais le vrai *Ayapana* a des tiges rougeâtres.

Certaines plantes dont la toxicité a été démontrée sont parfois encore vendues sur les marchés forains. C'est le cas par exemple du *galabère* que l'on conseillait pour les états grippaux, en cas de fièvre ou de dengue, mais aussi responsable d'une très puissante photosensibilisation due à la latanine qu'elle contient. De même la consommation de ses fruits verts peut provoquer des troubles digestifs, mais aussi des convulsions et un coma. [44]

On peut encore citer *le trompe-la-mort* en créole qui est en fait mieux connu sous le nom de *sensitive (mimosa pudica)* qui est hépatotoxique mais traditionnellement utilisé pour calmer les troubles nerveux et les insomnies.

Bien d'autres plantes sont détaillées dans l'ouvrage de Marc Rivière.

### **Ethnotradition réunionnaise**

Caroline Després explique que « *L'usage des plantes à La Réunion peut prendre la signification d'une affirmation d'une identité culturelle dans un contexte de bouleversement de l'être provoqué par la maladie.* » Cette pratique renvoie à une démarche plus autonome dans la gestion individuelle des soins dans une stratégie de réappropriation de la maladie. Elle s'apparente à l'automédication qui constitue une rupture de dépendance à l'égard de l'autorité médicale. [45]

La plante, outre son pouvoir incontesté sur les corps, est largement investie symboliquement dans le cadre d'une réappropriation profane. Son usage renvoie à des formes d'appropriation de la maladie et répond de manière plus profonde à une réaffirmation d'une identité réunionnaise à laquelle ces pratiques sont symboliquement rattachées. La plante est profondément inscrite dans le patrimoine des Réunionnais et participe de leur identité.

La MTR qui s'appuie largement sur la consommation de tisanes, appelées « z'herbages » en créole réunionnais, vise notamment à rééquilibrer les polarités et les humeurs, afin de maintenir la santé (*Pourchez, 2000*). Quand la maladie survient, le traitement ne vise pas seulement l'amélioration des symptômes, mais surtout de la cause supposée de la maladie, qui relève de l'un des trois registres suivants : physique, social ou divin (*Andoche, 1988*). La plante détient alors un double statut, une action rattachée à ses principes actifs (pharmacologiques) et un pouvoir spirituel, « une âme », ce qui la situe dans une zone ambiguë selon Benoist, « *ancrée dans la chimie, mais aussi dans des pouvoirs autres qui plongent dans l'inconnaissable* » (*Benoist, 2006 : 11*).

Les religions à La Réunion tiennent une place prépondérante dans la population et s'impliquent dans de nombreux domaines de la vie quotidienne, notamment dans le domaine de la santé. Elles s'appuient pour cela sur des rituels (messes de guérison, exorcismes, sacrifices, etc.), quelquefois mobilisent des techniques comme l'imposition des mains ou des prescriptions de plantes, de breuvages (incluant l'eau bénite). Ainsi, le Père Dijoux, célèbre exorciste réunionnais de l'Eglise catholique, associait fréquemment sa prière à une prescription de tisanes. [45]

De nombreux tisaneurs revendiquent un don d'essence divine, certains composent leurs tisanes avec de l'eau bénite afin d'en renforcer le pouvoir, quelques-uns pratiquent l'exorcisme. A titre d'exemple, les tisanes consistent toujours en une association de plantes (appelée complication), en nombre impair qui varie selon l'effet recherché et dont la valeur symbolique doit en augmenter l'efficacité. Comme l'écrit Jean Benoist, « *elle se présente comme un message codé, avec sa forme, son contenu, sa rythmique liés à des formules, des quantités, des périodicités* » (*Benoist, 1993 : 17*). J.Benoist s'entretient avec des tisaneurs pour montrer l'intrication des influences inter-ethniques dans les confections des breuvages à base de plantes. [46]

La représentation de la maladie dans l'imaginaire créole ne se définit pas comme une succession de symptômes mais comme la rupture d'un équilibre global du corps dont la causalité est externe. [47]

La nosographie populaire met en relief cette représentation. Ainsi, dans les maladies « froides » ou « chaudes », le déséquilibre est d'ordre thermique. Dans le traitement du *refroidissement*, l'élément attractif est le « chaud » : il s'agit de réchauffer le corps et de le faire transpirer pour

« faire sortir » le mal « froid ». Le malade boit des tisanes « *chauffantes* », préparées à base de plantes comme la cannelle, le benjoin ou la citronnelle. Le “*saisissement*” est vu comme un refroidissement interne, où on utilise des plantes aux vertus calmantes et tranquillisantes, tels la marjolaine, la sensitive ou le romarin.

Dans les maladies dues à l'excès de chaleur, « l'insolation » ou « coup de soleil à la tête » est considérée comme grave. Ici le sang n'est plus « saisi » mais il « bout ». Certaines personnes prétendent que le soleil « cuit le sang ». Ces expressions traduisent bien l'idée d'une augmentation de la température du corps. Les « échauffements » ou « inflammations » qui résultent aussi d'un excès de chaleur semblent cependant moins dangereux. On consomme dans ces cas-là une tisane *rafraichissante*.

L'ouvrage *L'interprétation populaire de la maladie et de la guérison à l'île de La Réunion* de Jacqueline ANDOCHE donne beaucoup de précisions sur cette nosographie propre à la population créole. [47]

A cette vision holiste de la maladie s'ajoute la dimension magico-religieuse qui reste importante dans la représentation populaire de certaines franges de la population : Malbar, ou Comorien par exemple qui ont la notoriété de « jeteurs » « défaiseurs » de sorts.

## **F. Revue de la littérature**

Quelle place le médecin généraliste prend-il dans le processus de soins du patient créole ? Quelles sont les relations connues entre la MT et la MC ?

Medscape France, en partenariat avec « *les Entretiens de Bichat 2012* » a réalisé un sondage auprès de 357 médecins internautes, entre le 9 et le 16 mai 2012 : En France métropolitaine, les médecines dites complémentaires ont le vent en poupe. 83 % des médecins déclarent que leurs patients peuvent y avoir recours et il arrive à 45 % d'entre eux de les conseiller à leurs patients. Plus de la moitié pense que cette tendance s'est accrue ces dernières années. 78 % des patients ont abordé spontanément le sujet avec leur médecin. [48]

Les thèses de médecine générale réalisées ces dernières années sont moins catégoriques sur les résultats de cette communication entre le patient et son médecin. Beaucoup étudient le rapport qu'entretiennent les MG avec les MAC :

Pour AAP. ROUDIER, 66 % des patients ont eu recours aux MAC alors que leur médecin ont estimé que cela concernait moins de 10 % de leurs patients.

Ait M'Hammed en 2012 [17] retrouve que 34 % des patients interrogés ont recours aux MAC (320 patients interrogés par questionnaire dans l'Oise) avec comme trio de tête, l'homéopathie, l'ostéopathie et l'acupuncture, la phytothérapie arrive en sixième position derrière la mésothérapie et la sophrologie. 39 % des interrogés n'ont pas informé leur médecin du recours aux MAC dont la majorité l'ont tu volontairement jugeant l'inintérêt à en parler. Dans cette étude, 73 % des médecins souhaitent connaître le taux de recours de leurs patients aux MAC mais seuls 26 % ont un intérêt technique pour les MAC. 80 % jugeaient que leurs connaissances en MAC étaient insuffisantes.

En 2010, Mayer [18] retrouve des résultats comparables sur un échantillon de 521 patients à Paris avec 42 % des patients qui ont eu recours aux MAC au moins une fois dans leur vie, et 18 % dans les 12 mois. Les MAC les plus fréquentes sont l'ostéopathie, l'homéopathie et



l'acupuncture. Notons que la phytothérapie se place en quatrième position avec 10 %. 51 % n'avaient pas informé leur médecin du recours aux MAC. Les principales indications sont les douleurs, les troubles fonctionnels, les troubles anxieux et l'asthénie.

En 2016, Chamard [49] a dans sa thèse fait un état des lieux du recours aux MAC en médecine générale dans le Languedoc Roussillon en interrogeant les patients (578 interrogés) et les médecins (208). 88 % des patients avaient utilisé au moins une fois dans leur vie une MAC dont 30 % ont utilisé la phytothérapie. 35 % n'en parlent pas à leur médecin. Les médecins avaient des connaissances très faibles sur les MAC. Les médecins sous-estimaient le recours aux MAC de leurs patients. 84 % des médecins avaient un intérêt pour les MAC.

R. Bensmida a étudié les freins à la sous-utilisation de la phytothérapie par les médecins généralistes du Nord Pas de Calais [15]. Il a interrogé 89 médecins généralistes dont 96 % n'avaient pas de formation en phytothérapie. Il a mis en lumière que le *manque de temps* en général et pendant la consultation était perçu par 73 % des MG comme grandement responsable de la sous-utilisation de la phytothérapie par les MG. Le *manque de formation* venait ensuite, puis le *non remboursement*, puis le *manque d'information*.

Le recours des MAC par les patients est important dans les études avec un recours plus fréquent à l'homéopathie, l'ostéopathie et l'acupuncture. La phytothérapie est moins utilisée au niveau national. Les patients utilisateurs de MAC n'en font souvent pas état auprès de leur médecin. De leur côté, les médecins sous-estiment souvent le recours aux MAC de leur patientèle, et jugent leur connaissance faible sur les MAC. Ce manque de connaissance pourrait être occasionné par un manque de temps des MG ainsi qu'un manque de formation. Ils pensent cependant qu'il est important de connaître l'utilisation des MAC par leurs patients.

A La Réunion, il semblerait que ce constat soit plus mitigé. L'anthropologue Jean Benoist dresse un tableau peu encourageant, et regrette une vision décrite comme étriquée. Il considère le rôle du médecin conventionnel et en particulier du médecin généraliste devant son patient réunionnais. Il dit dans son ouvrage *Anthropologie médicale en société créole* (1993) « *Lorsque ses malades circulent, fort à l'aise, entre cultes et soignants, médecines douces et tisanes, hôpitaux et spécialistes, tout se passe bien souvent comme si une partie de la réalité demeurerait transparente à ses yeux. Il perçoit ce qui appartient au système biomédical, pharmacies, dispensaires, hôpitaux et consultations au cabinet, mais il ne fait que pressentir assez vaguement l'ampleur des autres activités de soin.* »

Jean Benoist encore, pense que l'environnement culturel et sociologique de l'acte médical doit être pris en considération, car la relation du malade avec ceux qui le soignent traduit le rapport entre des groupes sociaux et entre des systèmes de valeur.

Cette dimension entre directement dans les préoccupations du praticien ; la réponse aux besoins du malade et le choix de directives qui lui sont proposées impliquent en effet l'usage d'un langage commun entre lui et son patient. Au sein d'une société où les « langages » culturels sont multiples, répondre à toutes les attentes de tous les malades est très difficile. Ainsi on assiste à une répartition des rôles en fonction de ces attentes, à une véritable distribution des fonctions diagnostiques ou thérapeutiques entre les systèmes de soins en présence, qu'ils relèvent de la MT ou de la MM. [50]

Le malade fait donc le choix du recours à différents thérapeutes en fonction de leur champ d'activité qui doit correspondre à la dimension de la maladie qu'il veut traiter. Le résultat de cet itinéraire de soin, est que le malade conjugue des systèmes de pratique et de référence apparemment contradictoires et qu'il les rend complémentaires.

Il écrit encore « *Le médecin est ainsi placé au sein d'un spectre de recours thérapeutiques bien plus vaste qu'il ne l'imagine. Se concevant comme le seul compétent, appartenant à un système qui exclut le recours à tout autre, il nie ces autres recours. Leurs échecs techniques le frappent, sans qu'il prenne lui-même conscience de ses propres échecs, qui portent sur un niveau auquel il n'est pas sensibilisé, qu'il s'agisse de la prise en charge hautement personnalisée du malade dans son contexte social et familial ou de la pénétration et de la manipulation de son univers symbolique. Mais le malade, lui, est sensible à ces carences.* »  
« *Il dissimule toutefois au médecin ses recours à d'autres thérapeutiques, à d'autres explications, et il lui laisse l'illusion que celles-ci sont marginales et accessoires. Dans une société où le poly-ethnisme s'accompagne de la domination politique et économique du groupe auquel appartient le médecin, la répression par le médecin de toute expression de la multiplicité des recours pousse le malade à tronquer volontairement l'expression de tout ce qui révélerait qu'il ne se conforme pas aux normes dominantes. Le médecin ignore ainsi un fait fondamental du vécu du malade.* »

Ainsi que le note Chen dans une tout autre région du monde, la Malaisie : « *Quand la médecine moderne est exportée vers des sociétés traditionnelles, elle échoue à fournir les bases rituelles et philosophiques considérées comme nécessaires par les membres de ces sociétés.* » [51]

Un constat semble unanime, c'est que le patient n'informe pas systématiquement son médecin de la consommation de plantes. Plusieurs raisons à cela sont évoquées suivant les points de vue. Soit cette consommation est banalisée et considérée comme une médecine sans risque par la plupart des consommateurs [13], soit, comme l'explique J Benoist, cette consommation fait partie d'une pratique aux dimensions traditionnelles fondées sur les croyances dont le médecin généraliste est exclu.

Quelques thèses étudient la consommation de plantes médicinales à La Réunion et le rapport entretenu avec le MG. Evoquons en deux dont les résultats sont parlants :

#### **Résultats Thèse Clara Robert : [14]**

- Les médecins interrogés considèrent leur niveau de connaissance comme faible et très faible pour 80 % d'entre eux.
- 20 % n'en connaissaient aucune (plante Pharmacopée).
- 77 % des médecins pensent que la connaissance des plantes médicinales est utile et très utile en médecine générale dans la prise en charge des patients qui en font l'usage.
- 79 % des médecins pensent qu'une formation sur les plantes médicinales est utile ou très utile.
- 75 % des médecins souhaitent être formés par une formation présentielle, avec pour 65 % par une formation médicale continue de type DPC.
- 86 % souhaitent être formés par une mise à disposition d'un outil d'information.
- Données sur les plantes importantes à connaître pour les MG (d'après eux > 90 %) : toxicité potentielle 99 %, interaction potentielle 98 %, noms usuels (= noms vernaculaires) 93 %, propriétés pharmacologiques 93 %, indications pour lesquelles la population l'utilise.
- Les MG demandent à leurs patients s'ils utilisent des plantes très fréquemment pour 9 %, souvent pour 55 %, rarement pour 30 % et jamais pour 6 %.
- Le recours à la phytothérapie en alternative aux médicaments est rare pour 61 % des médecins, cela est fait souvent pour 26 %, très fréquemment pour 3 %. 9 % n'y ont jamais recours.
- Les praticiens déclarent avoir conseillé aux patients d'arrêter l'utilisation des plantes rarement pour 65 % des cas, 27 % disent n'avoir jamais conseillé l'arrêt des plantes aux patients.

- Le taux de réponse est en effet relativement faible puisqu'il est de 8 %.

### **Résultats de la thèse de Julie Dutertre : [9]**

Questionnaire de 300 patients sur leur consommation de PM.

- 87 % des patients utilisent de PM à visée de santé, dont 3 % estiment la fréquence à une fois par mois, 25 % quotidiennement.

- 92 % des patients consommateurs sont déjà traités par des médicaments conventionnels.

L'acquisition des plantes se fait pour 28 % dans le jardin, 24 % auprès de la famille, viennent ensuite le marché forain et les tisaneurs.

- 79 % des consommateurs ne parlent pas de leurs pratiques à leur médecin traitant, dont 16 % jugent inutile d'en parler, 10 % pensent que le sujet des PM ne fait pas partie de la médecine générale et 9 % par crainte de jugement du MG et de son manque d'intérêt.

- 21 % en parlent à leur médecin, dont 49 % veulent simplement l'informer, 31 % pour avoir une thérapie conventionnelle de deuxième intention, et 17 % pour éviter les interactions médicamenteuses.

- 86 % des patients souhaitent que leur médecin connaisse leur consommation, 17 % pour leurs connaissances personnelles, 16 % pour le rôle de conseil attendu, 12,5 % pour leur éviter les interactions.

- 60 % pensent qu'il existe un effet à associer PM et médicaments conventionnels, 57 % avec une synergie positive, et 43 % avec une interaction négative.

- 7 médecins sur 8 souhaiteraient avoir de meilleures connaissances des PM utilisées par leurs patients.

Il existe donc un « fossé » entre l'importance de la consommation par les patients de plantes médicinales, qui ont une efficacité traditionnellement voire scientifiquement prouvée, qui ont aussi parfois une toxicité ou qui peuvent présenter le risque d'une interaction avec les médicaments conventionnels, et la prise en considération de cette consommation de plantes au sein du rapport patient-médecin.

Il se pose alors la question de savoir quels sont les facteurs influençant la communication au sujet des plantes médicinales entre le médecin et son patient.

# **METHODE**

## **1. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude qualitative utilisant le principe de la théorisation ancrée.

## **2. La population**

La population de l'étude était constituée de femmes et d'hommes réunionnais.

Les critères d'inclusions étaient : être majeur, résider à La Réunion, avoir un médecin généraliste traitant et consommer des plantes dans un but thérapeutique.

En ce qui concerne les critères de non inclusion, les entretiens n'ont pas été proposés aux personnes ne consommant pas elles-mêmes de plantes dans un objectif de santé, ainsi qu'aux personnes n'ayant pas accepté de signer la feuille de consentement. Les mineurs, les majeurs protégés et les personnes ne maîtrisant pas la langue française ont été exclus.

L'échantillonnage a été réalisé de manière raisonnée afin d'assurer la diversité des points de vue. Les critères de variances étaient : le genre, l'âge, le lieu de naissance, le lieu d'habitation, la profession, l'âge du MT, son genre, son origine, son type d'exercice (en cabinet seul ou à plusieurs) et la localisation du cabinet.

Les différents profils ont été sélectionnés au fur et à mesure, selon l'avancement de l'analyse des données.

Le recrutement des patients a été effectué initialement par une note informative ( annexe 1 ) déposée dans 2 cabinets de médecine générale à St Louis et Stella. Secondairement, un recrutement par courriel auprès des contacts de la chercheuse a été réalisé puis complété par un recrutement par effet boule de neige.

## **3. Recueil de données**

### Déroulement de l'étude

Les entretiens ont été individuels en face à face, semi-dirigés. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone portable visible par le patient, et réalisés par la chercheuse. Tous avaient connaissance du métier de la chercheuse, médecin généraliste remplaçante.

### Lieux d'entretiens

Les lieux d'entretien ont été fonction des demandes des patients soit chez la chercheuse elle-même soit chez les patients, pour faciliter la mise en confiance.

### Guide d'entretien

Un guide d'entretien, aussi appelé canevas ( annexe 2 ), a été utilisé pour permettre d'évoquer les principaux thèmes à chaque entretien, lorsque ceux-ci n'étaient pas abordés spontanément par la personne.

Le guide d'entretien a été élaboré par la chercheuse et l'autre chercheur Paul Giraud. Il a été validé par le directeur de thèse.

Un entretien test a été réalisé avec une des secrétaires avec qui travaille la chercheuse. Celle-ci, a été enregistrée avec son accord, et connaissait le rôle de l'entretien ainsi que son caractère « test ». Cet entretien n'a ni été retranscrit ni été analysé.

Il a permis à la chercheuse de s'exercer à la fonction d'intervieweuse, d'améliorer la forme de certaines « questions relances » et de préciser certains thèmes du guide d'entretien.

Le canevas a été modifié pour clarifier le sens des questions. (Annexe 3)

La chercheuse s'était efforcée au maximum à respecter l'application de certaines règles lors de chaque entretien :

- Adopter un ton chaleureux afin de favoriser les échanges et de mettre en confiance
- Éviter de couper la parole et adopter une attitude d'écoute
- Respecter les silences, les réflexions et les hésitations
- Acquiescer d'un hochement de tête lorsque le patient cherchait une approbation pour ne pas faire dériver l'entretien
- Ne pas perturber l'entretien par ses convictions personnelles.

En fin d'entretien, la chercheuse demandait au patient s'il avait des commentaires supplémentaires avant de conclure.

L'entretien se terminait par le recueil des caractéristiques des participants constituant les critères de variance.

### Retranscription

La retranscription consistait à restituer intégralement les entretiens. Le logiciel OpenOffice 4<sup>®</sup> a été utilisé. La retranscription a été réalisée dans les plus brefs délais après chaque entretien. Cela a permis d'obtenir une transcription la plus fidèle possible des propos de la personne interrogée.

Les entretiens retranscrits représentent le Verbatim.

## **1. 4 Analyse et interprétation**

Le codage et l'analyse du Verbatim ont été réalisés à l'aide du logiciel QSR Nvivo 10<sup>®</sup> par la chercheuse.

Une analyse du contenu de chacun des entretiens a été effectuée. C'était un découpage transversal des données, qui ne tient pas compte de l'architecture interne des entretiens. Elle a requis plusieurs étapes successives :

### **L'imprégnation**

La première étape était une écoute puis une lecture intégrale des entretiens à plusieurs reprises afin de prendre connaissance des données et de cerner les différents thèmes récurrents abordés au cours des entretiens.

Les thèmes étaient divisés en sous-thèmes en fonction de la catégorie des données qui apparaissent au fur et à mesure. La hiérarchisation en thèmes et en sous-thèmes a permis la constitution d'une grille d'analyse.

### **Le codage**

Ensuite, chaque entretien a été relu de façon attentive en relevant tous les mots, groupes de mots, phrases ou expressions constituant un thème. Certains thèmes étaient attendus du fait de la trame d'entretien, d'autres du fait de l'imprégnation, tandis que certains thèmes sont apparus au cours de ce codage.

### **Classement des thèmes**

Les thèmes ont ensuite été classés afin de former un plan contenant plusieurs chapitres : thèmes et sous-thèmes. Chaque thème peut alors être illustré par un extrait de la retranscription qui l'explique le mieux. Ils sont la base de l'analyse de nos entretiens.

### **L'interprétation**

A l'aide de l'ensemble des citations recueillies pour chaque partie du plan, une interprétation a été effectuée de manière à dégager les différents concepts et opinions exprimés.

Les titres des items ont été choisis pour mettre en évidence l'interprétation des citations classées.

## **1.5 Critères de validité**

Le nombre d'entretiens a été conditionné par la recherche de la saturation théorique des données.

La validité interne a été établie par la triangulation de trois entretiens avec un chercheur, Paul Giraud, qui a travaillé en parallèle sur la même thématique.

## **1.6 Aspect éthique**

Chaque patient(e) se voyant proposer l'entretien était informé(e) oralement et par écrit du principe de l'étude, de son intérêt, ainsi que de la procédure employée dans le respect d'un anonymat des informations recueillies qui ne seront utilisées que dans le cadre de la thèse.

Avant chaque entretien, un rappel de l'anonymat garanti a été fait avant de commencer l'enregistrement.

Le consentement oral et écrit du patient a été recueilli pour chaque entretien. (annexe 4)

Une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été faite et acceptée sous le numéro 2116029v0. (annexe 5)

Un avis favorable a été obtenu auprès du comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) enregistré sous le numéro 6091851.

# RÉSULTATS

## 1. Caractéristiques des patients

Le tableau ci-dessous permet de résumer les critères de variance des patients.

	Genre	Age	Lieu naissance	Lieu d'habitation	Profession	MT Origine	MT Genre	MT Type exercice	MT Lieu d'exercice
E1- Rosemay 28'58	F	82	Avirons	Avirons	Aide a domicile	métropolitain	H	seul	semi urbain
E2- Fabienne 42'02	F	42	Bordeaux	Le plate	ergothérapeute	métropolitain	H	plusieurs	semi urbain
E3 Josine 19'52	F	54	Entre-Deux	Entre-deux	Retraitée agent d'entretien	métropolitain	H	seul	rural
E4 Carole 25'13	F	47	St Pierre	Entre-deux	Assistance maternelle	créole	H	seul	rural
E5 Ines 32'41	F	48	Saint Louis	Le Plate	Aide à domicile	créole	H	seul	rural
E6 Marie Thérèse 13'52	F	62	Entre-Deux	Entre-Deux	Agent entretien	créole	H	plusieurs	rural
E7 Raymond 51'31	M	80	Avirons	Avirons	enseignant	métropolitain	H	plusieurs	semi rural
E 8 Clovis 45'	M	52	St Leu	Stella	Guide patrimoine	métropolitain	H	plusieurs	semi rural
E9 Ruffine 29'13	F	68	St leu	Grand fond les hauts	Sans emploi	métropolitain	F	plusieurs	urbain
E10 Alphonse 15'20	H	61	Piton st Leu	Grand fond	agriculteur	métropolitain	H	seul	urbain
E11 Jean-claude 23'12	H	66	St Louis	Grand Fond	Sans emploi	métropolitain	F	plusieurs	semi urbain

## 2. Caractéristiques des entretiens

Les onze entretiens se sont déroulés entre mai 2018 et août 2018.

Les onze entretiens représentent 5 heures 26 minutes d'enregistrement audio.

La durée moyenne était de 29 minutes. Le plus court a duré 14 minutes et le plus long 52 min.



La saturation théorique des données a été obtenue au bout du neuvième entretien. Un dixième et un onzième ont été réalisés pour le confirmer.

Les lieux de rendez-vous étaient fixés selon la volonté du patient ; neuf entretiens ont été réalisés au domicile des patients interviewés, et deux au domicile de la chercheuse.

Lors de la retranscription, le style syntaxique et grammatical de chaque patient a été conservé pour préserver au mieux l'authenticité du discours et limiter l'interprétation.

Dans un souci de préservation de l'anonymat, des éléments du discours pouvant permettre d'identifier les patients ou leurs médecins ont été supprimés lors de la retranscription.

Seule une personne n'a pas accepté de signer la feuille de consentement, expliquant qu'elle ne signait aucun papier par peur d'utilisation des informations contre elle. Ceci malgré des explications sur le caractère anonyme de l'utilisation des données de l'entretien.

Finalement aucun entretien n'a été obtenu par le biais des cabinets de médecine générale.

### **3. Synthèse interprétative**

#### **3.1 Habitudes de consommation et représentations a propos des pm**

##### **3.1.1 Habitudes de consommation liées aux plantes**

###### **3.1.1.1 Evolution de la consommation**

###### **3.1.1.1.1 Ancrage culturel**

###### **Importance des plantes dans la santé des réunionnais**

A l'unanimité, les patients interrogés ont parlé de la place importante qu'occupe les plantes dans la santé des Réunionnais .

- « *c'est important pour les Réunionnais les plantes* » (E5)
- « *ça prend une très grande place* » (E3)
- « *Pour moi elle occupe une place très importante, je suis un bonhomme qui se soigne par les plantes* » (E7)
- « *les tisanes ça fait partie de la vie de tous les jours* » (E4)

###### **Utilisation fréquente**

Pour beaucoup des patients interrogés, les plantes sont fréquemment utilisées.

- « *on en consomme très régulièrement* » (E4)
- « *on a plein de choses qu'on utilise quasiment tous les jours* » (E4)
- « *J' utilise pas tous les jours mais souvent quand même* » (E10)
- « *Toutes les semaines, je prends des feuilles de mûrier avec feuille de jamblon une fois par semaine, le lundi, c'est pour le diabète* » (E9)

###### **Utilisation répandue et ancienne**

Ils ont relaté une utilisation répandue et ancienne .

- « *les Réunionnais consomment beaucoup de plantes* » (E7)

- « y'a beaucoup de créoles qui utilisent ; Chez nous toute la famille utilise les remèdes grand-mère» (E6)
- « tout le monde se soignait comme ça » (E4)
- « na lontan tout le monde y prenait tisane » (E1) (il y a longtemps tout le monde buvait des tisanes)

### **Utilisation traditionnelle**

Les notions de tradition et de culture créoles sont redondantes .

- « C'est bien ancrée dans la culture. C'est très rare d'entendre un créole qui ne prend pas de tisane » (E4)
- « c'est vrai que c'est un peu comme les petites habitudes qu'on a chez nous, mais c'est banal en quelque sorte, les tisanes ça fait partie de la vie de tous les jours » (E4)
- « y a longtemps mi boit des plantes » (E1)(ça fait longtemps que je bois des plantes)
- « c'est vrai qu'on prend les plantes depuis pas mal de temps...depuis que je suis marmaille...» (E10)
- « Mais non on continue parce qu'on a l'habitude! » (E5)
- «Moi je continuerai toujours à prendre les plantes, parce que je trouve que ça me fait du bien» (E9)
- « parce que depuis le temps je prends les plantes » (E9)

Un patient raconte qu'à l'époque toute la collectivité était concernée par la préparation de tisane.

- « On impliquait tout le monde. Tout le voisinage. On demandait « est ce que ou n'en a pied zherbe à bouc chez toi ? Parce que ce boug la n'a tel problème » (E7) ( est-ce que tu as des herbes à bouc chez toi ? Parce que ce monsieur là, il a tel problème)
- « Autour de moi il y avait des tas de gens qui soignent leurs voisins, la famille et tout » (E7)

### **Autonomie de soin**

Cet usage traditionnel ancien provient selon plusieurs patients de la nécessité d'autonomie de soin sur une île où l'offre médicale était faible et où l'accès au soin difficile tant au niveau géographique que financier.

- « y connaissez pas médecin. Y faisait tout tout seul » (E1)
- « ils utilisaient les plantes parce qu'il n'y avait pas ici à la Réunion, enfin pas trop trop de pharmacie. A l'Entre deux il n'y avait pas de pharmacie, même pas de docteur, il montait une fois par semaine. Ils ont toujours utilisé les plantes » (E3)
- « Avant c'était obligé d'être autonome, je pense » (E4)
- « Le premier médecin était à St Louis ou à St Leu, y'avait pas de téléphone, il fallait y aller à pied » (E7)
- « Ben avant ils ne partaient pas trop au médecin, quand ils habitaient loin au Dimitile, il y a plus de 60 ans... Déjà ils étaient loin, fallait partir à Saint Pierre à pied , ou alors le docteur il montait 1 ou 2 fois à l'Entre Deux... et en plus ils n'avaient pas les moyens financiers »
- « On habitait dans les hauts, chemin canal, y avait même pas de route et tout ça » (E8)

### **Transmission du savoir par les anciens**

Les entretiens révèlent une transmission du savoir sur les plantes par les anciens.

- « c'est nos anciens, nos ancêtres, c'est de génération en génération. » (E3)
- « On connaît grâce aux parents. Mes parents mes grands parents ils utilisaient déjà...c'est des vrais remèdes grand mère... C'est eux qui m'ont dit comment il faut prendre» (E6)
- « je l'ai appris avec mon voisinage, ma famille, les ouvriers forestiers, avec...dans mon environnement . Tout se partageait.» (E7)

### **3.1.1.1.2 Les savoirs**

#### **Apprentissage oral par les anciens**

Il ressort de façon quasiment unanime que l'apprentissage a été fait par l'intermédiaire des anciens, de génération en génération.

- « avec les gramoums » (E1)
- « de la famille , des grands parents surtout... » (E10)
- « lui l'avait reçu de ses grands parents » (E2)
- « On connaît grâce aux parents. Mes parents mes grands parents ils utilisaient déjà...c'est des vrais remèdes grand mère... C'est eux qui m'ont dit comment il faut prendre. » (E6)
- « Ben comme je te disais tout à l'heure, c'est nos anciens, nos ancêtres, c'est de génération en génération. » (E3)
- « mon beau père à chaque instant on venait, il a fait une tisane bois jaune pour l estomac et c'était vas y « bois un peu » « bois une tisane » donc c'est resté » (E4)
- « A l'époque c'était une transmission naturelle , c'était incroyable. Quand la dame me disait « Raymond alé vite rode un pié zerbe carotte » ( Raymond va vite chercher un pied d'herbe de carotte) ben je savais pourquoi j'y allais, parce que l'enfant avait une crise d appendicite, ça m'a marqué, ça reste en moi. Ca ne s effacera jamais. Quand l'autre me disait « ou n a des bobos, alé rode col-col, fait bouillir, lave avec » (quand l'autre me disait « tu as des bobos, va chercher un peu de col-col, fait le bouillir et lave toi avec) et ainsi de suite» (E7)
- « Moi de mon coté c'était plus mon papa qui m'a appris, et du coté de mon mari, c'était ma belle mère » (E5)

Les connaissances étaient transmises “de bouche à oreille vraiment”( E2), “Le bouche à oreille, ça c'est bon pour ça...” (E4), “y'a longtemps y'avait pas tous les médias, c'est du bouche à oreille”(E5)

#### **Apprentissage dans les livres**

Si à l'époque de leurs grands-parents tout était transmis de manière orale, plusieurs patients ont évoqué aujourd'hui d'autres moyens d'informations comme les livres.

- « Je regarde souvent aussi dans mes livres, pour savoir le dosage » (E3)
- « J'ai aussi un livre sur les plantes médicinales réunionnaises. De temps en temps je feuillette au cas où j ai un doute » (E4)
- « j ai un livre de plante aussi » (E6)

#### **Apprentissage par les médias**

Une patiente a parlé d'un savoir acquis grâce à des émissions télévisées

- “A la télévison, y'a des émissions sur «Réunion la première»“ (E9)

### **3.1.1.1.3 Contexte social**

La perte du savoir sur les plantes est un thème qui est revenu de façon unanime chez les onze patients interrogés.

#### **arrêt de la transmission**

Cette perte du savoir est liée selon tous les patients à une perte de transmission des connaissances.

- « le savoir a disparu, ou en tout cas les jeunes connaissent moins les plantes! Il y a eu une perte de savoir, il faut le dire, c'est net, c'est clair.» (E7)
- « Et les Réunionnais, l'ancienne génération a énormément de connaissance dans la vertu des plantes, mais ça se perd et tous les anciens le disent, ça ne se transmet plus avec les jeunes générations » (E2)
- « Aujourd'hui on a plus ses vieux qui nous disent, « oui ça sur 2 jours c'est bon pas plus », on a perdu les connaissances » (E11)
- « c'est vraiment en train de se perdre » (E4)

### **Accès à la modernité grâce à la départementalisation**

La départementalisation et l'accès à la modernité sont responsables selon beaucoup de patient de cette perte de la médecine traditionnelle réunionnaise.

#### **Aide médicale gratuite**

Tout d'abord, grâce à l'aide médicale gratuite :

- « Par facilité sûrement, y'a eu les fameuses feuilles roses là, l'aide médicale gratuite. A un moment donné on a été à cheval entre 2 mondes. Tout ce qui est moderne est gaillard, donc on a pris un virage vers la modernité, la facilité. »(E8)
- « Après la départementalisation, au moment où est arrivée l'assistance médicale gratuite, l'AMG, les fameux « bons roses », donc les gens ayant des médicaments gratuitement, ils allaient en masse, chez les médecins et il y a eu une forte consommation de médicament. Et à se moment là il y a eu une coupure à ce moment là avec les anciens qui utilisaient les plantes médicinales. » (E7)

#### **Développement de l'offre de soin**

Ensuite par le développement de l'offre de soin :

- « Avant c'était que les plantes, les docteurs il n y avait pas . On avait une seule pharmacie, Le Plate y avait pas de pharmacie, c'était piton, et y avait une seul docteur. Et le maintenant si on regarde y a déjà 3 docteurs dans le petit quartier du Plate » (E5)
- « Après y'a quand même une explosion des pharmacies et des médecins dans les hauts » (E8)

#### **Facilité de l'accès aux soins**

La notion de facilité est très souvent revenue.

- « Après y'a quand même une explosion des pharmacies et des médecins dans les hauts, donc on voit bien que la facilité c'est d'aller. »(E8)
- «les jeunes préfèrent les produits pharmaceutiques, pour eux c'est plus facile à prendre, tandis que les plantes faut cueillir, faut faire bouillir, après faut boire chaud, tandis que les médicaments c'est un cachet tu le prends et c'est fini» (E10)
- « c'est la facilité : tu vas chez le médecin , tu prends tes médicaments c'est facile. Alors que les tisanes il faut connaître les plantes, aller les chercher, les préparer » (E3)

#### **Urbanisation**

De plus l'occidentalisation a favorisé le développement de l'agriculture intensive et l'exploitation des sols, entraînant une raréfaction des plantes sauvages d'après deux patients.

- « avant on en trouver partout des plantes et maintenant c'est rare » (E11)
- « y'a beaucoup de plantes qu'on trouve même plus à cause des machines et des désherbants »(E5)
- « on ne fait plus manuellement, ça détruit tout. On peut plus trop chercher dans les champs, y a trop de désherbants » (E5)

#### **Modification des liens inter-générationnels**

Ensuite au niveau social, certains patients ont pu constater que les habitudes familiales ont été modifiées, avec entre autre moins de temps des jeunes générations en présence des anciens.

- « Avant tu regardais les gramoun faire, on était beaucoup ensemble. Tu t'y intéressais et on t'apprenait » (E8)

### **L'éducation**

L'accès généralisé à l'école a créé un clivage entre générations. Il est évoqué par un patient un complexe de supériorité des jeunes avec une rupture brutale entre deux générations.

- « Absolument, il y a eu un moment où il y a eu une coupure, nette, claire. Après la départementalisation, au moment où est arrivée l'AMG, les fameux « bons roses », donc les gens ayant des médicaments gratuitement, ils allaient en masse chez les médecins et il y a eu une forte consommation de médicaments. Et à ce moment là, il y a eu une coupure avec les anciens qui utilisaient les plantes médicinales. »(E7)

- « Les anciens ont pas pu transmettre leur savoir, car ils n'étaient pas écoutés, pas entendu, ils étaient dévalorisés. Ils ont eu un complexe d'infériorité ! »(E7)

- « vu cette coupure entre les générations, l'information sur les plante ne s'est pas faite, » (E7)

- « alors le vieux il a décidé de dire « ben mi ferme mon bec, mi connaît pas rien » (« je ferme mon bec, je ne sais rien») et le jeune pense que ce sont eux qui savent, par l'école et par l'occidentalisation, certainement et puis surtout l'arrivée de l'école. Il y'a eu complexe d'infériorité du côté des anciens et un net complexe de supériorité de la jeune génération. » (E7)

- « d'ailleurs j'avais remarqué que lorsque la personne âgée parlait de plante « ou na mal au ventre ou devrait prendre ça » (tu as mal au ventre, tu devrais prendre ça), on voyait presque le jeune dire « hé papa ou lé pas médecin ou , ou connaît même pas lire » (hé papa tu n'es pas médecin, tu ne sais même pas lire) résultat c'est qu'il y a eu une coupure de communication entre l'ancien et le plus jeune » (E7)

### **Perte de la fierté de la tradition créole**

Selon plusieurs patients il y a eu une perte de la fierté de la tradition créole.

- « A un moment donné il n'y avait plus de fierté » (E8)

- « On est dans les années 70 , sans faire de politique, il y a eu une grosse période d'assimilation avec Debré, matériellement on a beaucoup avancé mais culturellement on a beaucoup perdu. On a opposé les deux. On a écrasé la culture créole avec la culture occidentale moderne. Il n'y avait plus la fierté après. On était plus fier de notre tradition, c'est revenu un peu plus tard , fin des années 90. La culture créole était devenue un peu clandestine, c'est aussi pour ça que la tisanerie ça se faisait en misouk. » (E8)

- « Avec les nouvelles générations, avec l'arrivée d'internet, de l'Europe tout ça , ben tout le monde veut rentrer dans la nouveauté, plutôt que de garder la tradition. Ça se perd. » (E5)

### **Rejet des plantes car «rappellent la misère»**

On note un rejet des plantes pour certains en lien avec la période de pauvreté qu'elle évoque .

-« Les fameuses Brèdes la misère, a un moment il y a eu une coupure car ça rappelle trop la misère »(E8)

- « Ma génération n'a pas fait le job de transmission, parce que soit ça leur rappelle la misère , c'est pareil pour la cuisine avec les brèdes. Actuellement on paie un peu les conséquences, parce qu'il y a une coupure de la tradition avec les marmailles de cette époque » (E8)

### **Perte de confiance dans les plantes**

A plusieurs reprises il a été dit qu'il y a eu une perte de confiance dans les plantes.

- « y'avait de la méfiance aussi » (E8)

- « Mais a un moment donné on a plus cru en ça ...Parce que bon La Réunion était entre le monde moderne et le monde moyennageux... » (E8)
- « La génération des trentenaires, je pense qu'ils ne croient plus en les plantes, donc la passation ne s'est pas faite. » (E8)
- « J'ai l'impression que les gens n'y croyait plus aux plantes, on entendait « ça c'est pour les mouns (les gens) des hauts ça » (E8)
- « Parce qu'ils n'ont pas confiance, parce qu'ils préfèrent les médicaments que le médecin a prescrit. Parce que ça peut avoir une interaction avec l'autre, enfin voila » (E4)

### **Désintérêt envers les plantes**

Au final un vrai désintérêt voir même un rejet envers les plantes de la part des jeunes générations

- « Les jeunes générations ils connaissent pas trop les plantes. Parce qu'ils ne s'en servent plus, ils sont plus habitués à s'en servir. » (E6)
- « Mon beau père, on l'écoutait sans vraiment trop s'intéresser » (E4)
- « Les anciens ont pas pu transmettre leur savoir, car ils n'étaient pas écoutés, pas entendu, ils étaient dévalorisés. » (E7)
- « Par exemple ma fille, j'oserai pas donner de la tisane à ses enfants, parce que je sais qu'elle ne veut pas » (E4)
- « Je ne dirais pas que ce sont les anciens qui ne montrent plus mais plutôt que ce sont les jeunes qui ne veulent plus ... »(E3)

### **Dévalorisation de l'usage des plantes**

La médecine traditionnelle réunionnaise serait même la médecine des illettrés.

- « D'abord parce que ce n'est pas la médecine officielle, c'est la médecine de papa ou grand père qui ne savait pas lire, qui étaient donc des couillons face à l'autre, le médecin qui est cultivé qui est instruit. » (E7)

### **3.1.1.2 Nouvel essor**

Dans le chapitre précédent nous avons pu constater que selon les patients, la connaissance et l'intérêt porté à la médecine traditionnelle réunionnaise avaient connu un net déclin ces dernières années.

Pourtant pour beaucoup de ces patients, un nouvel essor dans la consommation des plantes est en train de naître.

- « il y a un retour vers la consommation de plante et les gens ont envie de connaître » (E7)

#### **3.1.1.2.1 Perte de confiance dans la médecine allopathique**

De nombreux patients ressentent une grande méfiance vis à vis de la MM.

- « il y a eu un manque de confiance en ce moment dans la médecine officielle » (E7)

#### **Les génériques**

Cette méfiance est surtout tournée vers les médicaments, allant même jusqu'à l'aversion pour certains. Beaucoup ont parlé des génériques.

- « Je ne suis pas une grande consommatrice de médicament, je n'aime pas les médicaments » (E4)
- « Je suis vraiment contre les génériques et à chaque fois que je vais chez mon médecin, je vais chez mon pharmacien je dis toujours, « pas de génériques » » (E3)

- « C'est mieux d'aller vers la nature que vers les laboratoires. En plus tous les laboratoires , avec tous les médicaments qui sortent avec tous les génériques. Je préfère aller vers les plantes que vers les médicaments, les nouveaux médicaments » (E5)
- « A mon avis l'arrivée du générique a fait un coup, les gens n'ont pas confiance, ils le disent pas , mais ils n'ont pas confiance dans le générique, ils avaient leurs médicaments, auxquels ils étaient habitués, et aujourd'hui beaucoup de ces médicaments n'existent plus en pharmacie » (E7)
- « Déjà moi dans la famille, ma femme qui prend des médicaments, le générique elle rejette totalement, elle a dit au médecin , « si vous me donnez le générique je change de médecin ». Il y a une méfiance réelle dans les génériques » (E7)
- « Je me méfie de la chimie, je me méfie des médicaments, c'est comme ça » (E7)
- « il y a une méfiance réelle dans les génériques » (E7)

### **scandales pharmaceutiques**

La notion de scandales pharmaceutiques a été citée.

- « Il y a aussi les scandales, ça a joué beaucoup, vu que ça a été fortement médiatisé, et ça a du joué énormément » (E7)

### **Lobbys pharmaceutiques**

Ainsi que le poids des lobbys pharmaceutiques.

- « Les médicaments pharmaceutiques c'est vraiment du gros brassage d'argent » (E3)
- « je vais être honnête, les groupes pharmaceutiques ce sont de gros lobbys, et je suis quasiment convaincue que dans notre société, on soigne de façon, euh..., ce n'est pas dépendant du médecin, cela va au delà même de la médecine. Il y a des gros lobbys qui influencent les médecins » (E2)

### **Sentiment d'échec de la médecine occidentale**

Ce sentiment d'échec a été évoqué par un patient à propos de l'épidémie de Chikungunya .

- « On a l'impression que les gens ont re-découvert les plantes quand il y a eu le Chikungunya en 2006. Tout le monde a fait un retour aux sources, un retour en arrière. Le Chikungunya ça a été un mal pour un bien. (...) Je ne veux offenser personne mais honnêtement quand le docteur il te donne du paracétamol pour le Chikungunya.....c'est un gros placebo quand même... Quand j'ai vu ça....rhooo...Y'a des affaires plus efficaces, huiles essentielles de géranium pour tout ce qui est friction , pour tout ce qui est douleur articulaire, fortes fièvres...Je ne sais pas : Galabert orange, ou Noni...(rire) vomit le chien... (rire) on a des choses efficaces...» (E8)

Une patiente a elle évoqué l'échec du traitement médicamenteux.

- « Au début on ne faisait que le traitement du dermato, et ça ne marchait pas, donc le beau père a dit « ben ça serait bien de laver avec le gueritvite, on faisait ça avant et ça marchait ». Donc on lui fait confiance. On faisait un peu les deux » (E4)

### **3.1.1.2.2 Confiance dans l'utilisation des plantes**

Chez tous les patients interrogés, il ressort une grande confiance dans les plantes et la nature.

- « Mi fé confiance aux plantes. La nature ...Entièrement confiance » (E1)
- « Les plantes c'est la nature, c'est très important, on en a besoin » (E3)
- « Les plantes on a grandi avec. C'est notre quotidien ces plantes. Elles sont partout autour de nous. Donc quelque part j'ai plus confiance dans les plantes » (E4)

Ils sont quasiment unanimes pour dire qu'ils préfèrent consommer des plantes plutôt que d'avoir un traitement médicamenteux

- « Depuis que je suis petite, j'ai jamais entendu qu'on avait retiré une plante du marché (rire) ou bien faire du mal à quelqu'un » (E5)

- « Je préfère, comme je te disais tout à l'heure, les z'erbages » (E3)

- « en fait je trouve que les plantes sont beaucoup plus appropriées, que d'avaler des cachets » (E9)

-« Elles soulagent bien. Les plantes médicinales pour moi font aussi bien que les comprimés qu'on boit.» (E6)

- « Et je trouve que ça m'a rendu vraiment service. Je me sens un peu plus détendue et un peu plus légère, que quand je prenais que les médicaments » (E9)

### **3.1.1.2.3 Reconnaissance de l'efficacité des plantes**

#### **Scientifique :**

Quelques patients expliquent ce regain d'intérêt par une reconnaissance scientifique, notamment grâce à l'inscription de plantes réunionnaises à la Pharmacopée française.

- « l'APLAMEDOM tout ça, ont fait que l'on connaît scientifiquement mieux nos plantes. Mais quand on voit qu'il y en a seulement une vingtaine de plantes reconnues dans la pharmacopée » (E8)

#### **médiatique :**

D'autres patients notent le fait que médiatiquement les plantes reviennent sur le devant de la scène.

- « Mais il commence à y avoir beaucoup de plantes en avant maintenant. Parce qu'en pharmacie on voit des petites revues ou des petits trucs comme ça » (E5)

- « C'est marrant en ce moment y'a des modes, on entend parler du mourougue, ah tiens, le mourougue ceci... mais ça fait longtemps qu'on connaît le mourougue. Ahhhh on parle de la curcumine dans tous les journaux médicaux, mais ça fait combien de temps que nous on mange du curcuma à la Reunion ; on parle de l'arrow root...Oui faut arrêter, on connaît la rouroute depuis longtemps...tu comprends ce que je veux dire » (E8)

#### **La volonté de transmission :**

Beaucoup de patients expriment le souhait de vouloir mieux connaître eux même et faire connaître les plantes aux autres.

- « Je te montrerai tout à l'heure dans le jardin, donc ça c'est pour la fièvre. On fait bouillir 3 petits coeurs, et ça c'est pour faire baisser la fièvre » (E3)

- « Et on s'est dit que c'était un de nos objectifs premiers « le faire connaître ». Faire connaître la plante, faire connaître qu'elle a été utilisée par les aïeux pour telle ou telle chose. Parce qu'en faisant connaître on va finir par faire aimer. Les gens quand ils vont aimer ils vont protéger et planter dans leur jardin » (E7)

- « C'est vrai que ça serait bien que nos enfants, ils puissent, par exemple ma fille elle a 28 ans elle pourra dire à ses enfants l'ayapana c'est bon pour l'estomac, pourtant l'ayapana c'est le plus simple dans la cour, tout le monde a sa chez lui » (E4)

Un patient parle d'un regain d'intérêt pour les plantes mais pas réellement de la médecine traditionnelle réunionnaise.

- « Mais c'est pas vraiment les plantes lointaines, c'est les plantes en thé, la spiruline, les huiles essentielles » (E5)



### **3.1.1.3 Consommation**

#### **3.1.1.3.1 Approvisionnement**

##### **Dans le jardin**

Pour beaucoup la première source d'approvisionnement c'est le jardin, le jardin au sens élargi, c'est à dire le leur, celui de la famille et des voisins.

- « *Un peu dans la cour, un peu avec le voisin à droite à gauche* » (E10)
- « *Surtout le jardin, le notre et celui de la famille un peu plus haut, parce qu'il n y a pas de produits* » (E4)
- « *Dans la cour, dans le jardin , on a pas tout mais on en a , et puis sinon dans la cour de ma mémé* » (E5)

##### **Dans la nature**

Quelques un trouvent les plantes qu'ils utilisent dans la nature.

- « *les plantes des fois on va récupérer dans la forêt* » (E3)
- « *Mais toujours dans la nature, et sur l'Entre Deux* » (E4)

##### **Sur les marchés forains et chez le tisaneur**

Le vendeurs sur les marchés forains ou encore les boutiques des tisaneurs sont aussi une source d'approvisionnement fréquente.

- « *parfois marché forain saint pierre* » (E1)
- « *y en encore un bon peu de moun qui z achète les plantes encore sur le marché de st pierre* » (E1)
- « *Parfois on achète aussi avec Kakouc, tisaneur* » (E6)

##### **Magasins bio et pharmacies**

Certains achètent aussi en magasin bio ou encore à la pharmacie.

- « *dans les magasins bio en général* » (E2)
- « *les pharmacies aussi, la pharmacie de Piton qui est bien fournie aussi* » (E2)

##### **Importance de l'origine des plantes**

L'importance de l'absence de pesticides sur les plantes est une notion qui est très souvent revenue.

- « *On va plus dans les cannes, parce qu'il y a trop de pesticides de désherbant et tout ça* » (E10)
- « *Surtout le jardin, le notre et celui de la famille un peu plus haut, parce qu'il n y a pas de produits, y'a pas de désherbant. Je prends pas n importe où* » (E4)
- « *je connais que les plantes que je vais chercher dans les champs, mais maintenant faut plus trop chercher parce qu'il y a les désherbants* » (E5)

#### **3.1.1.3.2 Usage thérapeutique**

Des entretiens il ressort deux grandes idées à propos de l'usage de plantes dans un but thérapeutique : la prévention et le traitement des symptômes sans gravité, pour le confort.

##### **Prévention**

Beaucoup de patients parlent d'usage dans un but préventif.

- « *Moi je me soigne que par les plantes. Beaucoup en prévention , beaucoup beaucoup en préventif. Il faut agir en amont. La dernière tisane que j'ai bu hier soir c'était les larmes de la vierge car ça renforce mon système immunitaire. Ca me met à l abri des attaques des maladies virales ou autre.* » (E7)

- « *sitôt fini l'effort on boit un bon verre de carotte sauvages, et le lendemain matin pas la moindre courbature* » (E7)

- « *Je fais parti de cette génération là...il peut pas faire de mal donc il fait du bien. Souvent en préventif, avant que ça arrive, on se soigne en amont* » (E8)

### **Symptômes sans gravité**

Les patients ont souvent expliqué qu'ils utilisaient les plantes pour soulager les symptômes qu'ils jugeaient non graves, parfois après s'être assurés, par une consultation médicale, de l'absence de gravité.

- « *j'ai commencé à utiliser les plantes pour me soigner, euh....pour des petits maux, hein* » (E2)

- « *si c'est une petite blessure, je vais pas au médecin, je fais un petit cataplasme avec de l'Aloes* » (E6)

- « *si j'avais un petit peu de fièvre mi buvais des plantes* » (E1)

- « *Prendre les plantes mais pas pour les grosses maladies, par exemple la grippe, une petite douleur, y a beaucoup de chose, ralentir l'inflammation* » (E6)

- « *Selon la gravité, pour les soucis de tous les jours, la digestion le mal de tête, les rafraîchissements c'est les plantes et si ça persiste je vais au médecin. Si c'est des petits trucs moi je ne vais pas consulter* » (E4)

- « *Avant de prendre une plante je vais chez le médecin. Je vais toujours voir le médecin avant. Et après si je vois que ça ne passe pas, ben je prends une tisane avec.* » (E6)

### **Hiérarchisation des soins**

Certains patients préfèrent essayer de se soulager d'abord avec les plantes et si les symptômes persistent, ils décident de consulter :

- « *on prend les tisanes. Et des fois ça se complique, on part voir le docteur* » (E10)

- « *si ça dure trop longtemps je vais voir le docteur* » (E3)

- « *Selon la gravité, pour les soucis de tous les jours, la digestion le mal de tête, les rafraîchissements c'est les plantes et si ça persiste je vais au médecin* » (E4)

D'autres priorisent la consultation médicale pour s'assurer de l'absence de gravité avant de consommer les plantes.

- « *Avant de prendre une plante je vais chez le médecin. Je vais toujours voir le médecin avant* » (E6)

### **Absence de preuve scientifique de l'efficacité**

Plusieurs patients expriment l'absence de preuve d'efficacité des plantes. Ils s'interrogent sur le lien entre l'amélioration de leurs symptômes et la consommation de plantes.

- « *Y'avait une liane aussi pour les furoncles...enfin je sais pas si ça ferait encore effet, c'était peut être dans notre tête... je ne sais pas...* » (E11)

- « *Par exemple prendre des z'herbages pour la grippe...est ce que ce que je prends c'est vraiment compétent...est ce que c'est vraiment adapté... Enfin on va dire moi j'ai appris comme ça alors je continue* » (E10)

- « *Parce qu'on prend les plantes, mais personne n'a le résultat que c'est bénéfique ou pas. c'est des trucs qu'on fait depuis toujours, que nos parents nous ont appris, mais sans savoir si vraiment c'était bénéfique. C'est vrai qu'on fait. Mais y a rien qui prouve* » (E5)

- « *Bref, après au final, j'avais plus de mauvais cholestérol mais je ne sais pas si c'était en lien ou pas* » (E2)

### **3.1.1.3.3 Les risques**

#### **Liés à la plante elle même**

Plusieurs patients parlent du danger lié à l'existence de plantes toxiques.

- « *Oui, il y a des plantes toxiques. Enfin c'est plus souvent des arbres, des écorces* » (E3)
- « *Et des fois ça peut être dramatique. Bois de rempart par exemple* » (E8)
- « *Donc oui ça peut être dangereux Je prends ce que je connais moi. C'est à dire que je ne vais pas prendre avec n importe qui. Faut utiliser avec précaution, ce n'est pas sans danger.* » (E4)

A contrario, certains patients expliquent que hormis les plantes toxiques, il n'y a pas de risque à l'utilisation des plantes.

- « *Les plantes c'est des trucs, c'est pas des cachets, c'est de l'eau* » (E9)
- « *Par exemple la cannelle, c'est pour la grippe, mais même si tu n'as pas la grippe, il va rien arriver. Non y'a pas de choses toxiques. C'est juste une infusion* » (E5).
- « *Depuis que je suis petite, j'ai jamais entendu qu'on avait retiré une plante du marché (rire) ou bien faire du mal à quelqu'un* » (E5)
- « *Enfin moi j'en ai donné à ma fille quand elle était petite et elle est pas morte (rires). Ça n'a pas eu de mauvais effet quoi* » (E4)

#### **Liés à une erreur de posologie**

Beaucoup de patients expliquent l'importance du respect de la posologie et du temps pour éviter le risque de surdosage.

- « *j'ai connaissance qu'il faut pas abuser trop longtemps, pas plus de 8 jours je crois, c'est un peu comme les médicaments. Faut pas abuser. Ou bien tu peux varier, mais pas tout le temps la même chose* » (E5)
- « *Parce que j'ai toujours la crainte d'une surdose, tu vois je me dis c'est bien, mais je ne veux pas que ce soit ... , je sais que ça peut avoir des effets contraires.* » (E2)
- « *si tu fais un dosage trop fort ça peut te jouer des tours aussi* » (E3)
- « *Ah bah oui, y'a du danger. Les plantes c'est comme tout, faut connaître les dosages* » (E6)
- « *il faut savoir quelle plante il faut prendre et comment on fait, y'a des quantités à respecter ; et surtout on va pas chercher dans les cannes* » (E10)

#### **Liés aux interactions**

Quelques patients ont soulevé le risque d'interaction avec les traitements médicamenteux.

- « *Mais tu n'associes pas les plantes et les médicaments. Ça peut jouer des tours.* » (E3)
- « *Il a pris une dose un peu trop de la tisane et avec le médicament ça faisait un petit peu trop* » (E4)

#### **Liés au retard diagnostique**

Un patient a parlé du risque lié au retard diagnostique.

- « *avant on prenait beaucoup de plantes et on pouvait avoir d'autres maladies à côté, et on ne savait pas. On croit que c'est ça, et on boit la tisane pour ça, et on peut avoir d'autres choses et on passe à côté.* » (E5)

#### **Liés à l'erreur d'identification de la plante**

Le risque d'erreur d'identification des plantes est soulevé par plusieurs patients.

Parfois par méconnaissance :

- « *C'est facile de confondre une herbe avec une autre quand on connaît pas bien...* » (E7)
- « *Y'a ce problème là, une plante à la place d'un autre* » (E7)

- « Il risque d'y avoir des accidents, les gens peuvent confondre 2 plantes. Et il faut vraiment une posologie aussi. Et puis un même bois qui pousse sur la côte ou dans les hauts il n'aura pas les mêmes effets. C'est vraiment complexe. » (E8)

Parfois par complexité de langage, c'est à dire plusieurs appellations pour une seule plante ou une appellation identique ou quasi-identique pour deux plantes différentes :

- « un tisanier du nord va pas être d'accord avec un tisanier du sud sur une plante. Ou alors aussi pour une même plante y'a plusieurs appellations. Entre celui qui est dans une forêt primaire ou celui qui est dans une région plus sèche ne va pas avoir la même approche de la tisanerie, parce qu'il n'a pas à disposition les mêmes plantes, ni les mêmes appellations. Et des fois ça peut être dramatique. Bois de rempart par exemple, peut être différent dans chaque région » (E8)

### **Liés aux vendeurs de plantes**

Deux des patients interrogés ont exprimé leur inquiétude devant le risque d'erreur d'identification des plantes par les vendeurs de plantes :

- « Les vendeurs de plantes ne sont plus des tisaniers. Ils ne connaissent pas forcément les plantes

Il y a un risque d'erreur d'identifications des plantes. » (E7)

- « Les gens qui vendent les tisanes il connaissent pas forcément bien » (E8)

L'un d'eux parle même d'arnaque.

- « ça me fait peur parce que les arnaqueurs, les vendeurs de plantes et de bois, sont en train de faire des sous et d'une manière inconsidérée, car il y a un vrai foi de charbonnier qui s'installe chez ceux qui souffrent, qui sont malades. » (E7)

- « Oui c'est ça et c'est dangereux car vu cette coupure entre les générations, l'information sur les plantes ne s'est pas faite, il n'y a pas eu de transmission, et aujourd'hui des arnaqueurs sautent sur cette occasion pour vendre du n'importe quoi en disant que « c'est bon » (E7)

- « Ils ne connaissent plus les plantes et ça c'est malheureux et c'est pour ça que nous on essaie de « faire connaître » pour éviter les erreurs, et surtout pour éviter d'aller acheter n'importe quelle saloperie sur les marchés » (E7)

## **3.1.2 Représentations à propos des PM**

### **3.1.2.1 Représentations mystiques et religieuses**

#### **Aspect mystique**

On retrouve dans les entretiens, l'aspect magique et lié à la religion.

- « Ma tante était tisanier exorciste. Y'avait rarement une séparation entre les 2. On soignait l'âme et le corps. Dimension spirituelle. On allait voir « son tisanier » » (E8)

- « Dans mon temps il y avait une grosse liaison entre plante et don. Ma tante on disait qu'elle avait reçu un don, connaissance des plantes soit, mais surtout un don pour soigner. » (E8)

- « Le don tu le reçois de « la haut » des ancêtres, culture malgache » (E8)

- « Pour moi c'est en lien avec ça. Mon beau père me racontait que dans leur histoire familiale, les histoires comme les fausses couches, tout ça ben c'était le diable qui a fait que... « oui mais ta femme à un moment donné on lui a fait boire un elixir qui a dû faire que, c'était toujours en lien avec les plantes » (E2)

### **Aspect secret**

La notion de secret est très présente lorsque les patients parlent des plantes.

- « *Y'a une dimension magico-religieuse. C'était vraiment maillé, c'est pour ça que les gens communiquaient peu dessus* » (E8)

-« *C'était vraiment dans l'intimité on ne dévoilait pas ses secrets, ses remèdes. C'était de famille. Maintenant on partage plus, mais a un moment donné les plantes on ne dévoilait pas. Peut être parce qu'on ne voulait pas donner de réputation à certaines plantes ou bien , à ceux qui soignaient, la frontière entre sorcier et tisaneur était mince ; C'est pour cela que ça avait une dimension un peu secrète.*» (E8)

### **Lien avec la superstition**

On retrouve souvent dans le discours des patients un lien entre les plantes et la superstition avec le chiffre 7, ou encore des règles d'usage sans support rationnel.

- « *Enfin cela dit, il y a des choses qui restent. Par exemple il faut toujours qu'il y ait un nombre impair d'ingrédient. Trois coeurs de cerises , etc, et souvent le chiffre sept revient, sept petits bouts de thym, etc. Y'a bien une dimension croyance, culte derrière tout ça. Moi je ne peux pas te dire pourquoi 7, on ne me l'a pas expliqué non plus. C'était évident que c'était comme ça.* » (E8)

### **lien avec la sorcellerie**

Il a souvent été évoqué le lien entre les plantes et la sorcellerie :

- « *C'était secret on avait peur d'être taxé de.... Enfin d aller voir une sorcière* »(E8)

- « *A mon avis, c'est en lien avec la culture, c'est à dire qu'il y avait le tisaneur, qui est en lien avec tout ce qui est sorcellerie , esprits et tout ça... d avant...d autrefois* » (E2)

## **3.1.2.2 Usage des plantes et allopathie**

### **Complémentarité**

Lors des entretiens on a pu retrouver dans le discours de certains patients une complémentarité entre l'allopathique et les plantes.

- « *Oui je pense que ça peut fonctionner ensemble. J ai vu une émission là dessus, je pensais que c'était bien de marier un peu les deux, c'est à dire ça complète* » (E4)

- « *Pour moi elles devraient être complémentaires* » (E7)

- « *Y'a une idée générale qui dit qu'il faut pas mélanger, soit tu prends médicaments, soit tu prends plante, on a l'impression qu'il faut faire un choix mais moi je pense que ça peut être complémentaire* » (E8)

- «*Oui, enfin on a fait un peu des deux. Au début on ne faisait que le traitement du dermato, et ça ne marchait pas , donc le beau père a dit « ben ça serait bien de laver avec le guerit-vite, on faisait ça avant et ça marchait* ». Donc on lui fait confiance. On faisait un peu les deux » (E4)

### **Potentialisation de l'effet des médicaments**

Deux patientes expriment même l'idée que les plantes permettent de potentialiser l'effet des médicaments.

- « *C'est à dire que...par exemple vous avez passé votre journée du dimanche à manger, un peu de gâteau des trucs comme ça, ben là je fais ça le lundi matin, de telle façon à compléter l'action des médicaments, pour que ça fonctionne mieux.*» (E9)

- « *On le prend vraiment pour avoir un « mieux être » et que le traitement médicamenteux justement soit plus efficace*» (E2)

- « si mi peu prendre un peu médicament avec plantes, ça ferait moins de médicament c'est mieux, ou bien au lieu de prendre 4 cachets, 1 ou 2 cachets et mi prend les plantes, pas besoin de prendre les 4 cachets » (si je peux prendre un peu de médicaments avec les plantes, ça ferait moins de médicaments et c'est mieux, ou bien au lieu de prendre quatre cachets, seulement un ou deux avec les plantes, plus besoin de prendre quatre cachets) (E1)

### **Incompatibilité**

A l'inverse pour certain l'usage concomitant des plantes et des médicaments serait délétère.

- « Moi je ne préfère pas mélanger les deux, si c'est les plantes c'est les plantes, si c'est les médicaments c'est les médicaments, enfin pour moi. Mais tu n'associes pas les plantes et les médicaments. Ça peut jouer des tours » (E3)

- « En fait, quand je prends les plantes je ne prends pas les médicaments, Par exemple si aujourd'hui je prends les plantes, je ne prends pas les médicaments, je ne prends pas la metformine, et autrement les autres jours, j'utilise toujours les médicaments » (E9)

## **3.2 Utilisation des PM dans le contexte de la consultation chez le médecin traitant**

### **3.2.1 Facteurs facilitants**

#### **3.2.1.1 Représentations et opinions positives vis à vis de leur médecin traitant**

##### ***Bonnes connaissances des MT sur les plantes réunionnaises :***

Deux patientes pensent que les médecins connaissent les PM, par leur formation médicale.

- « Lui il doit connaître par rapport à sa profession. Dans les études on apprend ça. » (E6)

- « Non je pense qu'il doit avoir les connaissances parce qu'il est quand même, ... Enfin il touche à beaucoup de choses même s'il est médecin généraliste » (E2)

##### **écoute et empathie**

Une patiente parle des grandes qualités d'écoute et d'empathie de son médecin.

- « on peut tout dire quoi ! On peut tout dire, c'est un confident, c'est notre médecin, et il nous comprend » (E3)

##### **Ouverture d'esprit / curiosité**

Des patients parlent de l'ouverture d'esprit du MT et de sa curiosité qui facilitent le dialogue.

- « C'est moi qui lui en parle. Et après lui il n'est pas fermé, il est ouvert... Il a appris un petit peu à la réunion mais sinon il connaissait pas avant. Je vais en rediscuter avec lui de ça, pour voir ce qu'il en pense vraiment, vraiment des plantes » (E3)

- « Bonne relation, on parle de tout, mais je pense que si je parlais de ça avec lui je ne pense pas qu'il serait contre » (E4)

#### **3.2.1.2 Expériences positives**

Trois patients disent parler des plantes avec leur médecin de façon régulière.

##### ***réactions du médecin***

Les patients décrivent des réactions plutôt positives ou alors neutres de leur médecin.

- « Ben il n'est pas contre » (E3)

- « Ben lui me dit de continuer. C'est à dire, comment dire ça, quand je lui explique que je prends ça ou que je prends ça, il sait que moi si je prends quelque chose, les herbes par exemple, c'est que ça va me faire du bien » (E3)

- « Jamais j'ai eu un médecin qui a pris ça pour du caca. Ils ont toujours pris ça au sérieux. » (E7)

- « il faut que cette confiance soit validée par le patient, en voyant que son médecin ne rejette pas tout d'une manière intégriste ou rigide. D'abord il y aurait un effet psychologique sur le lien entre le patient et le médecin, ça augmenterait la confiance du patient dans son médecin. Le fait qu'il connaisse ou s'intéresse qu'il pose des questions. » (E7)

A l'inverse, le médecin d'une des patientes lui déconseille de prendre les plantes sans que pour autant la patiente arrête de lui en parler.

- « Non, au contraire il conseille de ne pas prendre les plantes. Il déconseille toujours. Il est contre. » (E6)

- « Ben oui je lui dis toujours. Il me dit ça pour pas que j'en prenne trop, et par rapport aux médicaments que je prends tous les jours. Enfin moi je vois comme ça. » (E6)

### **sentiment des patients :**

#### **absence de jugement - sentiment d'être compris**

La patiente 3 exprime le sentiment de se sentir réellement comprise par son MT et l'absence de jugement de celui-ci.

- « ben on se sent libre, on peut tout dire quoi! On peut tout dire, c'est un confident, c'est notre médecin, et il nous comprend » (E3)

- « Comme il est pas contre, ça passe mieux quand on discute. Pour nous patients, c'est un vrai plus. On peut discuter on peut se lâcher » (E3)

#### **Réassurance**

Pour cette même patiente, le fait de pouvoir s'exprimer librement à propos de sa consommation de plantes médicinales lui procure un sentiment de bien-être et de sécurité.

- « Ça me fait du bien » (E3)

-« En fait ça me rassure » (E3)

#### **Valorisation - Confiance**

Pour un patient pouvoir communiquer à ce sujet lui donne un sentiment de confiance et de valorisation de la part du médecin.

-« Pour un patient de pouvoir en parler, c'est formidable, c'est la confiance qui s'installe. Etre pris en considération c'est très important pour un patient. » (E7)

-« il y a un effet psychologique thérapeutique dans le mental du patient qui va se sentir valorisé, reconnu par son médecin. Lui il regarde le médecin en haut sur un piédestal. C'est la science, la science jette un petit coup d'œil sur lui, ça le valorise et à partir de ce moment il sera beaucoup plus ouvert, les échanges vont mieux se faire et ça aura un effet thérapeutique j'en suis sûr. » (E7)

### **3.2.1.3 Ressentis positifs de la communication médecin patient**

#### **Relation de confiance mutuelle**

Plusieurs patients évoquent une relation de confiance.

- « Et aussi une confiance mutuelle, du patient envers son médecin et du médecin envers son patient. Une rupture de glace relationnelle » (E7)
- « je parle avec lui, j'ai confiance » (E6)
- « je lui fais confiance » (E2)
- « Il faut la confiance entre le patient et le médecin , il faut qu'il y ait une confiance, une relation pas médecin patient une relation de confiance, genre médecin de famille vraiment vraiment, de campagne. Si les patients n'en parlent pas c'est qu'ils n ont pas confiance en leur médecin , pour moi c'est ça, ou en tout cas pas entièrement confiance ! » (E3)

### **Relation privilégiée**

Une patiente évoque le sentiment d'avoir une relation privilégiée, comme faisant partie de la famille.

- « Parce qu'ici à La Réunion, surtout dans les écarts, les médecins ils sont proches, mais normalement c'est ça. C'est une relation familiale » (E3)
- « Ça me fait du bien, la relation avec notre médecin et nous, c'est pas une relation professionnelle, j ai vraiment l'impression de pouvoir tout dire, c'est un médecin de famille. On peut se confier . En fait ça me rassure » (E3)
- « j'arrive pas expliquer mais euh...c'est pas une relation médecin patient, c'est une relation comme lui il est proche de ses patients, très très proche hein je veux dire, ben on se sent libre, on peut tout dire quoi ! On peut tout dire, c'est un confident, c'est notre médecin, et il nous comprend » (E3)

### **Volonté du médecin de connaître le patient**

Pour un patient, le médecin doit chercher à connaître son patient dans sa globalité, y compris dans sa consommation de plantes.

- « Absolument ! Oui je dirai même c'est une obligation pour mieux connaître ses patients. Ça joue dans la relation médecin-patient et pour moi il y a un effet psychologique thérapeutique dans le mental du patient qui va se sentir valorisé, reconnu par son médecin » (E7)
- « C est la science, la science jette un petit coup d œil sur lui , ça le valorise et a partir de se moment il sera beaucoup plus ouvert, les échanges vont mieux se faire et ça aura un effet thérapeutique j'en suis sûr » (E7)

## **3.2.2 Facteurs freinants**

### **3.2.2.1 Représentations et ressentis négatifs vis à vis de leur MT**

#### **influence de l'origine du médecin :**

Le constat d'un clivage lié à l'origine géographique est fait par plusieurs patients.

- « Le médecin de La Reunion comme on le représente, déjà il est « métro » (...)parce que bon y avait pas d'étude de médecine ici et fallait aller en métropole, donc dans notre tête c'est très décalé. » (E8)
- « Pour le coup on est resté sur une image de clivage zoreil/créole » (E8)
- « il ne s'intéresse pas à la culture créole. En fait on vit dans 2 mondes différents. J'étais déjà très surpris quand tu m'as appelé pour parler de ça » (E8)
- « je me dirai que ce n'est pas sa culture, dans sa façon de vivre, il n a peut être pas grandi dans les mêmes trucs que nous donc euh... ça passerait peut être un peu moins bien je pense » (E4)



Pour certains patients la communication sur les plantes est plus aisée avec un médecin d'origine créole :

- « Ben oui un médecin créole il connaîtrait les plantes » (E9)
- « Je pense que lui en tant que créole, si on parlait de ça, il ne dirait pas non non plus » (E4)

Ces propos sont nuancés par un patient :

« y'a des médecins créoles, mais ils n'en parlent pas non plus. T'as l'impression que eux aussi sont en décalés par rapport à ça » (E8)

### **Clivage entre médecine et plantes**

Comme dit dans la première partie des résultats par plusieurs patients, les plantes font partie d'un quotidien.

Ce quotidien est très clairement séparé de la consultation médicale.

- « les médecins c'est les médecins et les plantes c'est autre chose » (E6)
- « On ne parle pas de ça avec lui parce que ben lui il est médecin , je veux dire c'est pas le même monde... c'est pas la même branche je veux dire, lui il a appris son métier; y a des médicaments pour les maladies, c'est pour ça que j'ai jamais parlé de ça avec lui » (E4)
- « Peut être qu'on ne veut pas brouiller les choses à chacun son rôle, enfin je ne sais pas...J'ai jamais trop réfléchi à pourquoi... » (E4)
- « Puisque nous ça fait partie de notre quotidien, c'était un peu comme si on lui racontait ce qu'on avait mangé ou alors notre vie intime quelque part » (E4)
- « Au niveau des plantes ? J'en ai jamais parlé avec mon médecin traitant, car j'avais l'impression que c'était décalé. Il était dans son affaire, et j'ai pas envie qu'il me prenne pour un rigolo. Je ne cause pas de ça avec lui ». (E8)
- « Non les docteurs ils vont pas discuter de ça ». (E5)

Un décalage, une barrière ressentis aussi dans le langage selon deux patients.

- « On va pas causé de ça avec le médecin , on va pas lui dire « ben je prends ça parce que ça rafraîchit », (rire) parce que déjà dans le langage y a un gros décalage » (E8)
- «Moi je connais les plantes sous le nom créole moi le nom scientifique je ne connais pas et après bon ben...» (E10)

### **Consultation rare**

Une des raisons évoquées par les patients est le fait qu'ils ne consultent que très rarement et donc avec une demande bien précise.

- « Du coup j'ai jamais réaborder le sujet là...Je ne vais pas chez le médecin très souvent donc... » (E4)
- « On parle de ce qu'on est venu chercher avec lui » (E4)
- « Déjà c'est rare que j'aille chez le médecin, là je commençais à partir souvent à cause des médicaments » (E6)
- « Non, déjà que je vais peu le voir car j'en ai pas besoin » (E2)

### **Absence de traitement chronique**

L'absence de maladie et de traitement chronique est une des raisons évoquées par plusieurs patients.

- « Ben oui, parce que c'est vrai que j'en ai jamais parlé avec mon médecin. Peut être que si j'avais une maladie grave et que je prenais des médicaments avec lui tous les mois, je pense que je lui aurai dit » .(E4)

- « *J ai jamais parlé de ça avec lui moi; Je pars du principe que je ne suis pas suivie pour quelque chose de précis, j ai pas de maladie chronique, ni de traitement . Donc j en ai jamais parlé...* » (E4)
- « *Sinon j'ai pas de traitement, j ai pas de pilule non plus, faut vraiment que je sois malade pour aller le voir. Je ne le vois pas souvent. »* (E5)

### **Notion de temps**

La notion de temps a été citée par un patient .

- « *Il faut qu'il accepte de perdre un peu de temps pour au final en gagner beaucoup »* (E7)

### **Tendance au recours à la prescription rapide**

Le reproche d'un recours à la prescription médicamenteuse est souvent fait.

- « *Il va vite dans les médicaments je trouve. A mon sens il va trop vite dans sa prescription de médicament. »* (E2)
- « *Oui souvent c'est ça c'est directement les médicaments »* (E5)

### **Manque d' ouverture d'esprit**

Les patients regrettent que leur médecin ne soit pas assez ouvert d'esprit, et reste bloqué dans un cadre scientifique rigide.

- « *Les médecins restent dans leur connaissances scientifiques, ils sont fermés. Peut être pas tous, mais une grande partie. »* (E8)
- « *Je vois le médecin ou le scientifique comme quelqu'un de formaté, bloqué dans sa formation livresque. »* (E7)
- « *Lui c'est un bon médecin cartésien, dans sa pratique, je crois qu'il connaît bien le corps humain »* (E2)
- « *quand on parle de ma propre santé, de mon être, si tu veux j'ai l'impression qu'il est très cartésien »* (E2)
- « *mais ce que je lui reproche il est trop terre à terre »* (E2)
- « *Et en fait, lui il reste dans sa partie médicale »* (E2)
- « *y connaît que médecine »* (E1)
- « *Moi je pense, qu'ils veulent toujours qu'on continue avec les médicaments en fait, mais si vous trouvez quelque chose qui permet d'améliorer votre santé c'est quand même mieux non ? »* (E9)

### **Manque d' écoute**

Il est quelques fois reproché au médecin de manquer d'écoute .

- « *Faudrait que le médecin écoute le patient, pas que donner des médicaments des prescriptions »* (E9)

### **Manque de curiosité**

La critique du manque de curiosité est souvent revenue.

- « *Si le médecin il n'a pas la curiosité, il ne s'intéresse pas à la culture créole »* (E8)
- « *Si les médecins d'aujourd'hui s'inquiétaient et essayaient de savoir ce que les patients utilisent ça leur permettrait eux aussi d'aller étudier cette plantes, ou faire étudier cette plante , pour savoir ce que la plante contient comme principe actif, qu'est ce qui a permis de soulager, voir même de guérir certaines maladies »* (E7)

### **Déni de la consommation de plante par les patients :**

De la même façon les patients reprochent aux médecins de ne jamais avoir posé la question à propos de leur consommation.

- « *Jusqu'à maintenant jamais parlé de ça avec lui. Le docteur n'a jamais posé la question, moi non plus j ai pas abordé la question. »* (E10)
- « *Je ne sais pas ... on a jamais abordé la question »* (E10)

- « S'il m'avait posé la question je lui dirai "oui j'ai pris des zherbages" tu vois... La question n'est jamais posée jusqu'à maintenant » (E10).
- « Toi tu m'en parles, tu fais la curieuse par rapport à sa moi je suis très content de t'en parler; mais tu m'en parles pas je ne t'en parles pas. Faut que ça vienne du médecin » (E8)
- « j'aurai aimé que ce soir le médecin qui parle des plantes, des tisanes. J'oserai plus en parlé, si c'est lui qui en parle. (...) Ben qu'il demande «est ce que tu as déjà utilisé ?» Faut qu'il aborde le sujet avec le patient pour voir si le patient il prend ou pas » (E5)

### **Manque d'empathie**

Les patients regrettent parfois le manque d'empathie du médecin.

- « Je pense réellement que c'est au médecin de s'adapter au patient et pas le contraire » (E8)
- « il est dans son monde et moi aussi dans le mien, je veux bien partager mais si on vient vers moi, sinon je ne partage pas forcément » (E11)

### **Conflit d'intérêt**

La critique du conflit d'intérêt est remontée plusieurs fois. Soit à propos des liens entre médecins et laboratoires pharmaceutiques, soit à propos du renouvellement de médicament qui permet d'assurer des consultations régulières et donc une entrée d'argent pour le médecin.

- « Il y a des gros lobbys qui influencent les médecins » (E2)
- « oh vous savez c'est contraire » ils disent tout le temps ça. Je pense que c'est qu'elles veulent que vous continuez à prendre les médicaments. Pourquoi? Ben peut être pour que je continue à venir chez le docteur pour le renouvellement » (E9)
- « Les chercheurs, ils vont aller dans la recherche qui amène plus d'argent soit...Mais jamais avec une plante, ils vont pas chercher ça...» (E5)

## **3.2.2.2 Expériences négatives**

### **Les réactions du médecin**

Dans les entretiens, quatre patients en ont déjà parlé avec leur médecin. La réaction de celui-ci les a dissuadé d'en reparler.

#### **Aréactivité du médecin**

Une des patientes rapporte l'absence de réaction, celui-ci n'a émis aucun avis, ce qui fait qu'aujourd'hui elle ne parle plus des plantes avec lui.

- « A part quand ma fille était petite, une fois peut être, je lui avais dit qu'à force d'aller chez le médecin pour ses jambes on faisait des bains de guérivite. Il avait pas dit non, mais il n'avait rien dit de plus. Il ne s'était pas étalé là dessus quoi. Mais il avait pas dit non non plus. (rire) il n'a pas dit non, il n'a pas dit oui. Il a pas donné spécialement son avis. Du coup j'ai jamais réaborder le sujet là...» (E4)

#### **Rejet - méfiance**

Plusieurs patients rapportent un rejet de l'utilisation des plantes de la part du médecin allant de la méfiance, jusqu'à un profond mépris.

- « Si une fois j'ai discuté avec elle, elle m'a dit qu'il fallait toujours se méfier des plantes, on ne sait pas ce que ça peut t'apporter et si tu vas pas faire des effets secondaires. Mais nous on continue parce qu'on a l'habitude ! » (E5)

- « c'est la façon dont il l'a abordée : oui et bah vous pfff, (rires), « vous c'est laissé tomber la médecine conventionnelle, c'est pas votre truc, elle est un peu fofolle la fille ». Cela faisait un peu ça tu vois » (E2)
- « Il a ri en voulant dire ben les plantes lé pas bon » (E1)
- « Ou alors on leur reproche... on leur dit qu'ils font de l'automédication » (E7)
- « il a déjà dit "oui voilà avec leurs plantes..." Donc j'ai dit non c'est pas un endroit pour parler de plantes ou hasarder là-dedans parce que je vais me faire remonter... » (E11)
- « Non je n'en parle plus... « oh vous savez c'est contraire » ils disent tout le temps ça » (E9)
- « En tout cas il m'avait dit de ne pas prendre des plantes » (E5)

## **Le sentiment du patient**

### **→ Ceux qui en ont parlé**

#### **sentiment de tristesse**

Un patient a exprimé le sentiment de tristesse lors du rejet des plantes de la part du MT.

- « Ben ça m'attriste quelques fois en me disant que les plantes, c'est bon aussi pour la santé et le docteur il veut pas me dire oui » (E9)

#### **peur du conflit**

La peur du conflit est aussi évoquée par un patient.

- « c'est pas un endroit pour parler de plante ou hasardé la dedans parce que je vais me faire remonter... » (E11)
- « Dans ses propos je sais très bien qu'il est contre... "l'autre avec ses tisanes !" voilà je ne veux pas être en conflit avec lui... » (E11)

#### **sentiment d'appréhension**

Il ressort aussi la notion d'appréhension à l'idée de parler de plantes de nouveau.

- « Ben non, j'ose pas en parler car je connais sa réponse » (E11)
- « y a beaucoup de patients qui n'osent pas en parler car on leur a ri au nez » (E7)

### **→Ceux qui n'en ont jamais parlé :**

Si quatre patients en ont déjà parlé à leur médecin et ont arrêté à cause de sa réaction, quatre autres n'en ont jamais parlé.

#### **peur du jugement du médecin**

Plusieurs patients expliquent ne pas parler des plantes avec leur médecin par peur de sa réaction .

Un patient aurait peur de passer pour « un rigolo », peur de se faire « rire au nez », peur « que ça ne passe pas ».

- « Au niveau des plantes ? J'en ai jamais parlé avec mon médecin traitant, car j'avais l'impression que c'était décalé. Il était dans son affaire, et j'ai pas envie qu'il me prenne pour un rigolo. Je ne cause pas de ça avec lui. » (E8)
- « J'ai peur qu'il me rit un peu au nez. Par rapport à tout ça. Qu'il n'ait pas cette vision là » (E2)

- « C 'est lié au fait que les médecins rejettent ça , et le patient a peur de son médecin, peur de lui dire qu'il prend des tisanes, un peu comme un alcoolique qui a peur de dire qu'il a bu de l 'alcool » (E7)
- « A partir de ce moment le patient a peur de son médecin, et là y'a un mur qui se construit entre le patient et le médecin » (E7)
- « Des fois j'aurai bien envie de le faire..et après je me dis si ça ne passe pas...bon ben...j'ai 2 garçons a faire grandir encore....et du coup je suis un peu en porte à faux... » (E11)
- « Mais j'ai jamais osé, et ça c'est moi, je le sens pas comme ça » (E2)

### **3.2.2.3 Ressentis négatifs à propos de la communication médecin patient**

#### **Mensonge / dissimulation**

Plusieurs patients disent mentir à leur médecin à propos de leur traitement chronique.

- « ça fait quand même presque 3 ans que je ne prends plus ce médicament. Le docteur ne sait pas que je ne prends plus le médicament, je ne lui ai pas dit... » (E9)
- « le médecin lui a prescrit un traitement contre la tension, finalement bon elle a pas pris, elle a fait croire au docteur qu'elle avait pris, elle a fait un régime, elle a marché, elle a pris la tisane et après sa tension était bonne et le docteur croyait qu'elle prenait ses traitements et finalement elle ne les a jamais pris » (E5)
- « En fait, quand je prends les plantes je ne prends pas les médicaments, Par exemple si aujourd'hui je prends les plantes, je ne prends pas les médicaments, je ne prends pas la metformine, et autrement les autres jours, j'utilise toujours les médicaments »(E9)

#### **Incompréhension**

Une patiente a expliqué de pas comprendre pourquoi les médecins demandent toujours de poursuivre les traitements chroniques.

- « Ben ça m attriste quelques fois en me disant que les plantes, c'est bon aussi pour la santé et le docteur il veut pas me dire oui, il me dit jamais votre diabète il est bon vous pouvez arrêter les médicaments » (E9)
- « Oui, et je ne le prends pas... Une fois j'ai demandé a arrêter mais on m a dit non...Je ne vais pas à chaque fois revenir dessus... Ça fait presque 4 ans que je ne prends plus la Simvastatine®... Et quand je demande au docteur les résultats du cholestérol elle me dit «c'est bon, continuez à bien prendre le médicament » (E9)
- « Et un jour je vais vous dire , je prenais plus les médicaments de tension parce qu'il n'y en avait plus...j'ai pris les brede mouroug et quand je suis parti au docteur il m a dit «oh ben c'est bien vous avez 120/80 »,(...) Après une semaine où j ai pas pris de médicaments.... ben non continuez...ils me demandent toujours de continuer...» (E9)

#### **Non respect des recommandations médicales**

Plusieurs patientes expriment le fait que même si le médecin déconseille, celles-ci consomment des plantes médicinales.

- « Lui il préfère que je ne prenne pas du tout de plantes avec mes comprimés. (...) Ah ben .... je sais pas ...je prends quand même. Moi je prends celles que je connais depuis toujours » (E6)
- « je vais dire la vérité hein (rires) . Des fois on vient chez le docteur, par exemple si je pars pour une douleur banale, et il va me dire les plantes c'est pas bon, la cannelle c'est pas bon, ben la personne ne va pas écouter » (E5)

### **Relation verticale asymétrique – notion de hiérarchie**

Une relation inégale est citée, avec le plein savoir détenu par le médecin.

- « *Il faut que le médecin ouvre les portes de la confiance et que le rapport soit plus horizontal et moins verticaux* » (E7)
- « *Il faut absolument que ça vienne du médecin, le médecin est en haut de la relation il a l'ascendant et donc c'est à lui d'ouvrir le sujet.* » (E7)

## **3.2.3 Attentes et propositions des patients**

### **3.2.3.1 Progrès sur le plan de la recherche**

Plusieurs patients souhaiteraient que les plantes utilisées soient plus étudiées.

- « *Ben oui parce que ça sert à rien d'aller acheter un médicament, et de faire un médicament, si y a déjà une plante qui peut guérir ça ....Mais il faut vraiment une étude derrière.* » (E5)
- « *Si les médecins d'aujourd'hui s'inquiétaient et essayaient de savoir ce que les patients utilisent ça leur permettrait eux aussi d'aller étudier cette plante, ou faire étudier cette plante, pour savoir ce que la plante contient comme principe actif, qu'est ce qui a permis de soulager, voir même de guérir certaines maladies.* » (E10)

### **3.2.3.2 La formation et l'écoute du médecin**

#### **Formation et connaissance**

Il apparaît important pour quelques patients que les médecins réunionnais connaissent les plantes soit par le cursus médical soit par formation complémentaire.

- « *Pour moi le médecin traitant à la Réunion devrait ouvrir l'œil, avoir un peu de connaissance sur les plantes médicinales de la Réunion et l'usage qu'en faisait les aïeux, et encore aujourd'hui en misouk, en cachette à la Réunion* » (E7)
- « *Il faudrait remettre les plantes dans les études* » (E5)

#### **En consultation**

##### **Ouverture du sujet de la consommation des plantes**

De façon quasi-unanime les patients proposent que ce soit le médecin qui aborde le sujet des plantes.

- « *Si lui il abordait le sujet, je lui raconterai ce que j'en pense, que j'en consomme, ce que ça m'a déjà fait en bien ou en mal* » (E4)
- « *Faut que ça vienne du médecin.* » (E8)
- « *Il faut absolument que ça vienne du médecin, le médecin est en haut de la relation il a l'ascendant et donc c'est à lui d'ouvrir le sujet. Qu'il pose des questions « ou prend pas un tisane de temps en temps »? non c'est la clé de voûte.* » (E7)
- « *j'aurai aimé que ce soit le médecin qui parle des plantes, des tisanes. J'oserai plus en parlé, si c'est lui qui en parle.* » (E5)
- « *si c'est le médecin qui demande ils vont parler. Mais tout seul c'est sur que non* » (E5)

##### **Ne pas rejeter en bloc**

Plusieurs patients pensent qu'une réaction plus modérée et des connaissances plus pointues à propos des plantes seraient bénéfiques.

- « *Il faut que cette confiance soit validée par le patient, en voyant que son médecin ne rejette pas tout d'une manière intégriste ou rigide. D'abord il y aurait un effet psychologique sur le*

*lien entre le patient et le médecin , ça augmenterait la confiance du patient dans son médecin. Le fait qu'il connaisse ou s'intéresse qu'il pose des questions. Et de ce fait là, si la confiance augmente ben c'est déjà une forme de thérapie, voir même avant les médicaments ». (E7)*  
*- « Il faut recréer le lien avec la population en disant oui certaines plantes sont gaillardes, on peut pas tout soigner avec mais on peut s'en servir » (E8)*

#### Conseil sur les plantes

Les patients aimeraient que les médecins aient un rôle de conseil.

- « Faudrait que le médecin me dise si une plante est compatible avec une autre, pour être sûr qu'il n'y ait pas d'effets contraires » (E10)
- « Faudrait y dire à moi certaines plantes lé pas bon pou ou , mi éviterai de prendre la plante et pourrait les autres» (E1)

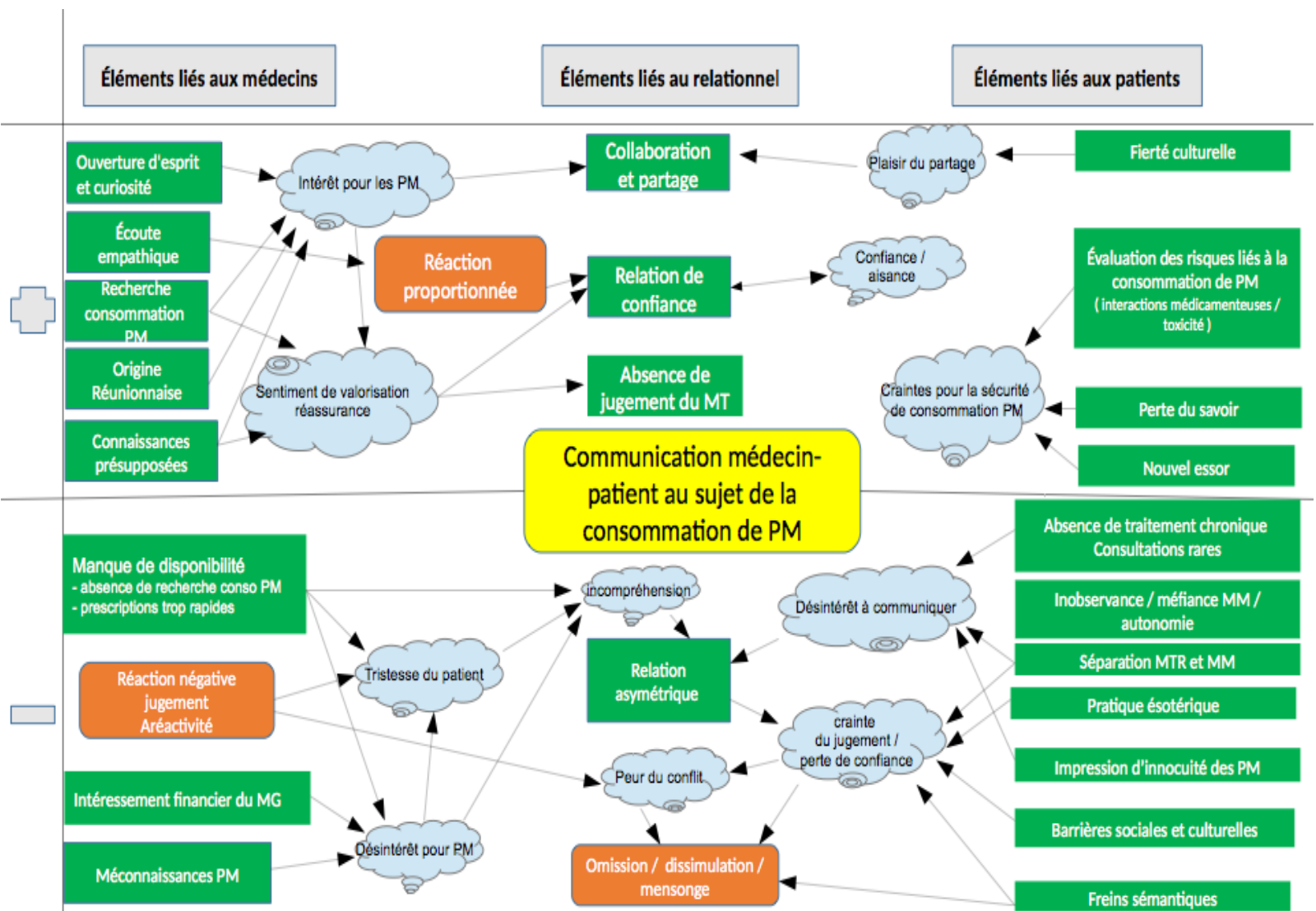
#### **3.2.3.3 Environnement du cabinet**

Plusieurs patients pensent qu'une décoration du cabinet avec des affiches en lien avec les plantes pourraient être propice au dialogue.

- « Parce qu'en pharmacie on voit des petites revues ou des petits trucs comme ça. On pourrait faire pareil dans la salle d'attente » (E5)
- « L'idée d'affiches dans les salles d'attente sur les plantes, sur.... enfin quelque chose d'un peu vulgarisé sur l'utilisation des plantes ici, ou avec des messages comme « n'hésitez pas à nous en parler », enfin vraiment un truc comme ça, je pense que ça passerait bien » (E2)






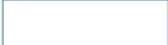

## 4. Modèle explicatif :

Facteurs favorisants et freinants la communication entre le patient et son MG à propos des PM





# légende

	Élément constituant déterminant
	Ressenti déterminant
	Action/réaction déterminante
	Évoqué par les patients seuls
	Évoqué par les médecins seuls
	Évoqué par les patients et les médecins
	Liens entre les éléments

# DISCUSSION

## **1. Représentations à propos des PM, habitudes et évolution de la consommation**

### **1.1 Représentations et habitudes**

#### **Usage traditionnel et ancré**

Les notions d'usage ancien et traditionnel sont très souvent revenues. On parle même de médecine traditionnelle réunionnaise. Par définition, il s'agit de la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales.

Ce résultat était attendu et est expliqué en détail dans la partie contexte ;

Brièvement, ceci s'explique par l'histoire du peuplement de La Réunion, des différentes vagues d'immigrations qui sont responsables du multi-culturalisme et du pluralisme religieux des réunionnais.

Depuis le début de l'implantation humaine, comme nous l'avons vu précédemment, les colons français et les malgaches se soignaient par les plantes connues surtout des malgaches puis les pratiques se sont enrichies de remèdes en provenance de l'Inde, de l'Afrique et de l'Europe. L'insularité a ajouté encore au fait de cette utilisation notamment durant les périodes des première et deuxième guerres mondiales où l'île fut coupée de tout ravitaillement.

#### **Usage mystique**

Parmi les représentations des patients à propos des plantes, on retrouve souvent le lien avec la spiritualité, l'ésotérisme. On constate dans leurs discours un rapport étroit entre religion et plantes. Par exemple, le patient 8 nous explique que sa tante était « *tisaneur exorciste* ». D'ailleurs les plantes sont souvent utilisées au cours des cérémonies et ceci quelle que soit la religion.

On remarque aussi que cet usage des PM est lié à des superstitions comme le montre bien les histoires de chiffre 7 qui revient souvent dans les recettes, sans support rationnel « Moi je ne peux pas te dire pourquoi 7, on ne me l'a pas expliqué non plus » (E8).

Ceci se comprend par l'holisme, c'est à dire « la tendance dans la nature à constituer des ensembles qui sont supérieurs à la somme de leurs parties » qui est un élément primordial de tous les systèmes de médecine traditionnelle.

#### **Usage lié à une nécessité ancienne d'autonomie**

Les patients ont parlé aussi de la nécessité de l'autonomie de soin à l'époque de leurs aïeux pour expliquer l'ampleur de de l'usage des plantes. Ils ont lié ce besoin d'autonomie de soin à de la difficulté de l'accès au médecin tant sur le plan géographique que financier.

En effet, sur le plan de l'accès aux soins, en 1920, on dénombre à la Réunion 26 pharmaciens dans des officines réparties majoritairement autour du chef-lieu de l'île.[52]

La démographie médicale a aussi augmentée selon les patients, et effectivement selon l'article paru dans les archives de géographie par Albert LOPEZ [53], il y avait en 1946 seulement 37 médecins à La Réunion, soit une densité de 15 médecins pour 100 000 habitants, contre 704 médecins en 1985, soit 130/100 000 habitants.

En 2018, l'ARS OI estime à 140/100 000 habitants la densité de médecins généralistes sur l'île (hors remplaçants).[54]

Ce qui explique qu'une large proportion de la population n'avait pas accès aux médicaments proposés. Ceux-ci étaient peu nombreux et encore largement préparés à base de plantes [55]. La population n'avait donc pas d'autre choix que de recourir à la pharmacopée locale pour soigner les maux du quotidien [56].

L'insularité a ajouté encore au fait de cette utilisation, notamment durant la période de la première puis de la deuxième guerre mondiale où l'île fut coupée de tout ravitaillement.

### **Usage toujours fréquent**

Aujourd'hui, bien que l'offre de soin soit performante à La Réunion, le recours thérapeutique aux plantes médicinales demeure fréquent.

En effet, pour les patients interrogés, la médecine traditionnelle réunionnaise garde une place très importante dans les habitudes de soin des réunionnais avec une utilisation fréquente, allant d'une utilisation quasi-quotidienne à une utilisation mensuelle pour la plupart des patients de l'étude.

Ce sont aussi des résultats que l'on retrouve dans la littérature.

D'après une étude de l'Observatoire du Développement pour la Réunion (ODR) menée en 2006 sur 1 000 familles réunionnaises, 87 % des ménages réunionnais ont déjà consommé des plantes, dont 43 % fréquemment (4 % tous les jours, 13 % plusieurs fois par semaine et 26 % plusieurs fois par mois). [11]

Dans la Thèse de Julie Dutertre en 2011 : « 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 », 300 patients en cabinet de médecine générale ont été interrogés sur leur consommation en PM, et il en est ressorti que 87 % des patients utilisent des PM à visée de santé, 31 % environ une fois par mois, et 25 % quotidiennement. [9]

### **Usage pour les symptômes du quotidien et pour préserver une bonne santé**

D'après les entretiens, il apparaît que les plantes sont surtout utilisées pour les maux sans gravité. Il a été énuméré de multiples motifs de recours aux plantes, par exemple faire tomber la fièvre, soulager les douleurs, soigner la constipation ou les ballonnements, ou encore pour désinfecter et améliorer la cicatrisation des plaies.

Les plantes sont aussi très utilisées par les patients pour préserver une bonne santé. Par exemple pour fortifier le système immunitaire, détoxifier un organe, rafraîchir, purger ou éviter les courbatures, tout cela selon leurs dires.

C'est aussi ce que confirme l'étude de Julie Dutertre. Dans ses résultats, les maladies pour lesquelles les réunionnais utilisent les plantes sont des maladies simples telles que le syndrome grippal pour 48 % des personnes interrogées (pour cette enquête, le syndrome grippal regroupe la fièvre, la grippe et le rhume), ou encore les troubles digestifs (ballonnements, douleur, constipation ou diarrhée) pour 24 %. La cicatrisation de plaies

cutanées a également été citée chez 8 % des répondants et pour finir, le rafraichissement arrivé en 4<sup>ième</sup> position avec 5 % des patients interrogés.[9]

### **Utilisation concomitante PM et allopathie**

Lorsque l'on parle de l'usage des plantes médicinales et de la consommation de médicaments dans cette étude, les avis divergent aussi.

D'un coté, il y a les patients qui pensent qu'il ne faut pas utiliser les médicaments et les PM de manière concomitante. Cela ferait partie des règles de « bon usage » qu'on leur a transmis ou encore parce qu'ils craignent les interactions avec les médicaments.

D'un autre coté, il y a ceux pour qui les plantes et les médicaments peuvent être complémentaires, agir en synergie, allant même jusqu'à une potentialisation des effets selon certains patients.

Dans la thèse de Julie Dutertre, on retrouve aussi ces deux schémas opposés. Pour 60 % des patients, il existerait un effet à associer les plantes et les médicaments conventionnels : 57 % pour une synergie positive, et 43 % pour une interaction possible [9] .

Dans cette étude, on apprend aussi que 92 % des patients qui suivent un traitement pour une maladie chronique consomment régulièrement des PM. Ce chiffre interpelle car il existe dans la littérature, de très nombreuses études portant sur les interactions médicamenteuses avec l'utilisation de certaines plantes médicinales. Certaines sont bien connues, comme par exemple, l'interaction du millepertuis avec les AVK, la digoxine ou la ciclosporine. De même, le jus de pamplemousse, qu'il soit industriel ou préparé à la maison, est un inhibiteur enzymatique du CYP3A4 (isoenzyme du cytochrome P450). La substance responsable serait la naragénine.

Aussi à La Réunion, le travail de validation scientifique des effets pharmacologiques des PM est réalisé par l'APLAMEDOM. Cet organisme permet la réalisation de monographie des plantes les plus utilisées sur l'île suite aux recherches pharmacologiques, chimiques et toxicologiques réalisées. Ainsi grâce à l'APLAMEDOM, 19 plantes médicinales réunionnaises ont pu être inscrites à la pharmacopée française.

De plus, l'association REUCARE, réseau de prévention de l'aggravation de la maladie rénale chronique à la Reunion, en association avec l'APLAMEDOM, a en 2013, publié un document à l'usage des médecins de patients atteints de pathologie rénale, fournissant des informations sur les plantes néphrotoxiques potentiellement utilisées [59].

De la même façon la revue Prescrire a édité une fiche d'information mettant en garde les patients consommant des PM [60] .

### **Lien entre consommation de plantes et amélioration des symptômes**

Si pour la majorité des personnes interrogées, l'efficacité des plantes est une certitude, il est revenu à plusieurs reprises le doute sur l'efficacité des plantes ou plutôt le lien entre la consommation de plantes et l'amélioration de leurs symptômes. Pour autant les patients continuent d'utiliser les PM par habitude, mais émettent néanmoins une réserve sur le lien de causalité entre consommation de plantes et amélioration des symptômes.

Ces résultats sont en accord avec les résultats de l'ODR de 2006, qui trouve que parmi les consommateurs de plantes, 35 % d'entre eux utilisent les plantes pour leur efficacité, et 30 % par habitude [11].

Véritablement, les plantes demeurent une source importante de médicaments, soit parce que leurs constituants sont de précieux principes actifs, soit parce que les chimistes ont réussi à modifier la structure de certaines molécules qu'elles renferment, afin de les rendre moins toxiques, plus efficaces, ou de leur conférer une meilleure biodisponibilité.

La pharmacopée occidentale est composée de 50 % de médicaments d'origine naturelle (végétale, animale, marine, microbiologique...) et de 25 % de médicaments qui renferment des extraits de plantes ou des molécules actives provenant directement de plantes, il apparaît donc logique de ne pas nier les effets pharmacologiques des plantes. [57]

Pour la classe thérapeutique des anticancéreux ou des anti-infectieux, cette proportion atteint les 60 % [8]. L'importance du règne végétal est confirmée à travers la découverte des anticancéreux tels que les alcaloïdes de la pervenche de Madagascar *Vinca rosea* (ou *Cataranthus roseus*), des antipaludéens tels que la quinine, des antalgiques, ou encore l'exemple classique de la morphine extraite de l'opium.

## **1.2 Perte progressive du savoir**

### **Perte progressive de l'usage**

De cette enquête, il ressort un sentiment général de perte progressive de l'usage des plantes surtout auprès des jeunes générations. Cette perte de l'usage serait tout simplement liée à une perte du savoir.

Il n'a pas pu être trouvé d'étude chiffrée pouvant confirmer ce ressenti.

Mais cette même idée a déjà été évoquée dans d'autres études, dont celle du Dr Dutertre. [9]

Il semblerait qu'il y ait eu un arrêt de la transmission dû à la dévalorisation de l'usage des plantes, notamment à cause de la politique de censure qui a eu pour conséquence la perte de la fierté de l'identité créole.

De plus, l'accès généralisé à l'école, avec la départementalisation et les modifications des liens inter-générationnels auraient également engendré une dévalorisation des anciens. Ceux-ci n'auraient ainsi pas réussi à transmettre aux jeunes générations leur savoir et leur connaissance des PM.

### **Perte de la fierté de l'identité créole**

L'idée de la perte de fierté évoquée par les patients semblerait trouver son explication dans la politique de répression coloniale prônée dans les années 60-80 sous le régime de Michel Debré.

La Réunion, tout comme les Antilles et la Guyane, a connu une répression culturelle avec interdiction du Maloya de 1960 jusqu'en 1981, l'interdiction de l'usage de la langue créole dans les écoles et les radios jusque dans les années 70. Il y a eu la « déportation » de fonctionnaires insoumis, ainsi que la « déportation » de réunionnais par le Bumidom. L'objectif de cette politique était l'émigration, notamment vers la région parisienne, où environ 70 000 personnes nées Outre-Mer et auxquelles l'administration avait fait miroiter une vie meilleure ont été exilées. Cela entre autre, pour faire face au manque de main d'œuvre

métropolitaine dans les années d'après-guerre mais aussi pour suppléer à l'augmentation du chômage à La Réunion.

Comme l'explique E. Vidot dans son travail de recherche [61], l'État a aussi organisé, en parallèle aux départs d'adultes orchestrés par le Bumidom, des départs d'enfants pauvres ou orphelins vers des familles d'accueil vivant en milieu rural en France hexagonale. Cette politique des départs, orchestrée par Michel Debré dans les années 1960, vers la métropole a été mise en place pour répondre à deux problèmes : celui de l'explosion démographique dans l'île et celui de la précarité qui touche de nombreuses familles réunionnaises. Ces départs ont d'autant plus été encouragés que certains départements français, comme celui de la Creuse, avaient besoin d'être peuplés et re-dynamisés, suite à un important exode rural. L'histoire des enfants de la Creuse a concerné plus de 1 600 enfants réunionnais dans les années 1960 – 1970 .

En ce qui concerne l'éducation, progressivement et suite à la départementalisation en 1946, l'école ne fut plus essentiellement privée et confessionnelle. Elle n'était plus réservée à l'élite. Selon l'article de A. Lopez [53], les réunionnais passèrent d'un taux de scolarisation à 5 ans de 58 % en 1970 à 100 % aujourd'hui, avec en parallèle un taux d'illettrisme diminuant de 57 % en 1954 à 22 % en 2011 selon les statistiques de l'INSEE [62] .

Les jeunes réunionnais d'aujourd'hui vont donc à l'école et apprennent à lire. Ils passent par conséquent moins de temps en compagnie de leurs grands parents. Et pour un des patients il est évident que c'est de cela qu'est né un complexe de supériorité du jeune réunionnais face à ses aïeux illettrés. Selon lui, les générations antérieures, du fait de leur illettrisme, ont été dévalorisés et leur savoirs reniés.

### **Disparition des PM : conséquence du développement de La Réunion**

La disparition progressive des PM à l'état sauvage est aussi un des facteurs qui pourrait expliquer cette perte de l'usage selon certains patients. Les réunionnais ayant de plus en plus de mal à trouver les PM sont par conséquent amenés à moins les utiliser.

Effectivement, suite à la départementalisation, l'île s'ouvre à la modernisation et se réorganise tant du point de vue des modes de vie que des équipements. La Réunion connaît alors une transition démographique accélérée sur une trentaine d'années à la fin du 20<sup>ème</sup> siècle. A cela s'ajoute le développement économique ce qui engendre une urbanisation plus importante. Ce développement ainsi que la culture intensive de la canne à sucre induisant des pratiques intensives de désherbage et d'épandage de pesticides auraient eu comme conséquence une diminution importante des espaces de friches où les plantes médicinales sauvages poussaient.

Le comité français de l'union internationale pour la conservation de la nature (UICN), le muséum national d'histoire naturelle, ainsi que le conservatoire botanique national de Mascarin ([CBNM](#)), la fédération des conservatoires botaniques nationaux ([FCBN](#)) ont établi un état des lieux de la flore de l'île de La Réunion. Celui-ci montre que 49 espèces végétales (5,4 %) ont disparu de l'île et que 275 autres (30,4 %) sont menacées de disparition. Sur 905 espèces indigènes de fougères et de plantes à fleurs, 237 sont endémiques (ne se rencontrent nulle part ailleurs) : leur extinction serait donc définitive.

Une liste rouge a donc été dressée des plantes les plus menacées de disparition. [63]

## **Usage des PM associé historiquement à une période de pauvreté**

Comme expliqué ci-dessus, La Réunion a connu un impressionnant développement économique et social à la fin du 20<sup>ème</sup> siècle, qui a permis d'augmenter le niveau de vie des réunionnais.

Une des raisons citées pour expliquer de la perte de l'usage des plantes serait le fait que celui-ci rappelle une époque où les conditions de vie étaient plus précaires.

## **Facilité d'accès aux soins**

A la raréfaction des PM à l'état sauvage s'oppose la facilité d'accès aux soins exprimée par les patients. C'est une idée largement partagée par les patients interrogés.

En effet lors des entretiens les patients ont fait le constat d'une perte d'utilisation des PM. Pour expliquer cela, en plus des raisons évoquées au dessus, ils expliquent cela par l'aide médicale gratuite (AMG), ancêtre de la CMU, et par l'explosion de la démographie médicale.

Effectivement, comme déjà dit ci-dessus, le nombre de médecins à La Réunion est passé de 37 en 1946 [52] à 1182 médecins généralistes en 2017 (hors remplaçants)[54]. Cette augmentation de la démographie médicale, permet un maillage médical plus dense du territoire.

Avec la départementalisation, il y a aussi eu l'arrivée de l'AMG, avec les bons roses, permettant un accès aux soins gratuits des plus défavorisés. On comprend donc aisément que cela a facilité l'accès aux soins pour tous. D'ailleurs selon un document de l'IRTS [64], entre 1949 et 1955 les dépenses d'assistance et de sécurité sociale sont passées de 134,04 F à 4750 F par habitant.

## **Perte de confiance dans l'usage des PM**

Pour expliquer cette perte de l'usage des plantes les patients ont aussi parlé d'une perte de confiance dans les plantes.

Celle-ci s'explique facilement suite à des erreurs d'identification de plantes ou de posologie ayant entraîné des mauvaises expériences. Ou alors tout simplement une méfiance envers les choses que l'ont ne connaît pas ou plus.

En effet, il y a régulièrement à La Réunion des cas d'intoxications liées à la prise ou au mauvais usage des plantes. Ces informations sont relayées par les médias locaux, ce qui peut, peut-être aussi, participer à cette perte de confiance dans les plantes.

On peut à nouveau parler du bois de rempart (*Agarista salicifolia*), qui a été au cœur de polémiques après l'affaire de l'intoxication au miel en gaufre en 2013 lors du festival Miel Vert.

Le Bulletin n° 14, d'octobre 2015, du réseau de toxicovigilance de La Réunion [65] dénombre 25 intoxications par plantes sur les neuf premiers mois de 2015. Mais il y a probablement bien plus d'événements indésirables liés à la consommation de PM or le manque de sensibilisation des médecins à ce sujet ne permet sans doute pas de faire le lien entre certaines intoxications et l'utilisation de ces mêmes PM.

## 1.3 Les risques liés à l'usage des PM

### Les risques liés à la consommation :

Les éléments ci-dessus montrent bien que tout ce qui provient de la nature n'est pas inoffensif. L'évaluation des risques liée à la consommation des PM par les patients de l'étude est très hétérogène comme il est démontré ci-dessous.

### **Risque lié à la plante elle-même**

Beaucoup ont parlé du bois de rempart (*Agauria Salicifolia*) pour illustrer la toxicité de certaines plantes.

### **Risque lié à une erreur de « posologie »**

S'il est revenu à l'unanimité la notion de plantes toxiques dans nos entretiens, les risques liés à de potentiels effets indésirables et de potentielles interactions médicamenteuses ont seulement été évoqués par quelques patients. Entre autres parce que certains patients pensent qu' hormis les plantes toxiques, il n'y a pas de risque à l'utilisation des plantes.

De façon globale, les patients disent qu'il faut utiliser les plantes « sans abuser », en respectant « les dosages ».

### **Les risques liés à la perte du savoir**

#### - risque lié à un mésusage de la plante

A La Réunion nous sommes entourés de plantes toxiques, mais souvent ce n'est pas la plante dans sa globalité qui est dangereuse mais seulement une partie. "Chaque organe de la plante concentre des composantes différentes. Racines, fleurs, feuilles ou écorces ne produiront pas les mêmes effets", souligne Henry Joseph, docteur en pharmacognosie en Guadeloupe.

Certaines plantes potentiellement toxiques sont parfois utilisées de manière traditionnelle, mais avec la perte progressive du savoir, les erreurs pourraient se multiplier.

#### - risque lié à une erreur d'identification

Dans notre étude, pour lister les risques liés à la consommation de plantes, deux patients ont également évoqué la facilité à prendre une plante pour une autre. Soit parce qu'elles se ressemblent et qu'il est facile de les confondre soit parce qu'elles portent le même nom, et on parle alors de plantes homonymes. Marc Rivière, pharmacien, auteur de plusieurs livres traitant des plantes médicinales de La Réunion, a écrit un livre qui fait office de référence sur les plantes toxiques et dangereuses de La Réunion.

*"Les plantes homonymes sont plus dangereuses. Elles ont le même nom parce qu'elles ont été assimilées, le même aspect général, mais pas du tout les mêmes propriétés, l'une est toxique et l'autre non. À La Réunion, il y a plus de 180 plantes homonymes",* expliquait l'ancien pharmacien. [44]

Si le nom scientifique des deux plantes est bien distinct, le nom populaire rejoint la liste des dangereuses homonymies. Un exemple facile serait le safran, on parle de safran pei mais il s'agit en réalité du *Curcuma longa*, qui n'a rien à voir avec le safran obtenu de l'exploitation du *Crocus sativus* L.



Il a été évoqué plus haut la toxicité du bois de Rempart (*Agauria salicifolia*), un de ses homonymes est le bois de cabri blanc (*Antidesmea madagascariensis*), et utilisé comme rafraîchissant. Dans l'Est de La Réunion, le bois de Rempart (*Agauria salicifolia*) est aussi appelé « bois Mapou ». Or le bois Mapou désigne trois arbres qui appartiennent à différentes familles.

L'exemple du « patte poule » peut aussi être cité. Comme expliqué sur le site internet de l'APLAMEDOM, à La Réunion, quatre plantes sont appelées « patte poule », notamment à cause de leurs feuilles trifoliolées aromatiques en forme de patte de poule : le gros patte poule (*Procope obtusifolia*), le patte poule (*Vepris lanceolata*), le patte poule piquant (*Toddalia asiatica*) et l'herbe tortue (*Kalanchoe pinnata*). Il apparaît donc important de ne pas les confondre, puisqu'en effet le patte poule piquant contient un alcaloïde, la toddaline, qui est un toxique neuromusculaire très dangereux pour le cœur.

Et c'est le patte poule (*Vepris lanceolata*) qui est utilisé pour traiter la fièvre ou les douleurs rhumatismales. [12]

Il est donc facile de comprendre les conséquences dramatiques de ces homonymies.

### **Risque lié à une erreur du tisanneur**

Dans l'étude, il est constaté que le tisanneur a un rôle de conseil important dans la consommation de PM, il fait office de référence peut-t-on dire. Seulement comme l'a longuement expliqué un patient à propos des risques liés à la consommation de PM, les vendeurs de plantes ne sont plus forcément des tisaneurs. Ils n'ont plus les connaissances des tradi-praticiens. Ce qui peut pour les raisons évoquées précédemment avoir de graves conséquences.

Apparaît alors un risque de dérives mercantiles de la part des vendeurs de plantes face aux difficultés d'identification de celles-ci par des patients non expérimentés. Ainsi plusieurs patients ont pu personnellement constater la vente d'une plante sous le nom et sous la fonction d'une autre plante.

On comprend donc aisément la nécessité de réglementer la vente de ces plantes.

### **Risque lié au retard diagnostique :**

Pour finir au sujet des risques liés à la consommation de plantes médicinales, on peut évoquer la hiérarchisation entre la MTR et la MM.

Si certains patients disent consulter avant de prendre des plantes, la plupart des patients interrogés vont néanmoins d'abord se traiter avec les plantes et c'est seulement lorsque les symptômes s'aggravent ou perdurent qu'ils iront consulter leur médecin traitant.

Il est évident qu'un retard de prise en charge peut être engendré par cette priorisation de l'usage des plantes aux dépens de la MM. Ce retard de prise en charge peut, dans certains cas être délétère pour le patient, par exemple lors d'une appendicite notamment, qui alors peut rapidement se compliquer d'une péritonite en l'absence de traitement chirurgical.

## 1.4 Nouvel essor de la consommation

Lors des entretiens, il ressort l'idée générale que la consommation est actuellement en train de connaître un nouvel essor. Peut être pas tout à fait de la même façon ni pour les mêmes raisons qu'à l'époque.

Les deux principales raisons selon les patients interrogés sont la perte de la confiance dans la médecine conventionnelle et la reconnaissance scientifique et médiatique progressive de l'efficacité des PM réunionnaises.

### **Perte de confiance et limites de la médecine conventionnelle**

Les patients ont souvent parlé de l'usage des génériques et des scandales pharmaceutiques pour expliquer leur méfiance. Ils parlent aussi d'une déception, d'un réel sentiment d'échec face aux attentes qu'ils avaient dans la médecine occidentale. L'épidémie de Chikungunya avec l'absence de traitement médicamenteux efficaces pour soulager les symptômes a été citée par certains comme un des facteurs déclenchant de ce nouveau regard sur les plantes médicinales.

Ces résultats sont aussi retrouvés dans la littérature.

En effet, la phytothérapie fait partie des MAC, dont l'utilisation connaît un essor depuis quelques années dans les pays occidentaux. La phytothérapie se retrouve en quatrième position avec 30 % des patients qui ont eu recours au moins une fois dans leur vie sur une population de 578 patients selon une étude menée en 2016 [49]. Une autre étude positionne le recours à la phytothérapie en quatrième position avec 10 % sur une population de 521 patients [18]. La phytothérapie est souvent associée à l'homéopathie, qui est une des MAC les plus utilisées en France.

Peu d'études traitent de l'utilisation de la phytothérapie en elle-même par la population.

Le recours croissant à la phytothérapie conventionnelle ou non, est alimentée pour les pays développés, par les inquiétudes au sujet des effets nocifs des médicaments chimiques, par la remise en question de l'allopathie à base de médicaments et par l'accès facile du grand public à l'information médicale (télévision, magazine, internet...)

Dans le même temps, de par l'augmentation de l'espérance de vie, sont apparues certaines maladies chroniques pour lesquelles la médecine traditionnelle semble moins agressive et d'approche plus globale.

### ***Reconnaissance scientifique et médiatique des PM***

Avec les recherches sur les plantes, et la reconnaissance d'une vingtaine de plantes réunionnaises dans la pharmacopée, il y a une reconnaissance scientifique progressive de l'efficacité des plantes. Ce qui a pour conséquence que les patients reprennent confiance dans l'usage des plantes, comme l'expliquent plusieurs patients de notre étude.

Cette reconnaissance progressive se voit à travers les travaux de l'APLAMEDOM, et avec le colloque international des plantes aromatiques et médicinales (CITRAM) dont la 7<sup>ième</sup> édition s'est déroulée à La Réunion en 2007.

On observe un réel regain d' intérêt à propos des PM, tant au niveau de La Réunion qu' au niveau international.

Il y a donc aujourd'hui une réelle volonté de conserver le patrimoine botanique que ce soit notamment au travers de manifestations type « Miel Vert » à la Plaine des Cafres ou encore « Festi plantes » à Saint André.

Plus largement, l'ouverture de pépinières spécialisées en fruits « lontan » comme à Saint Philippe montre bien l'intérêt porté par les réunionnais à un retour à leur patrimoine végétal.

On peut aussi parler du concours Zerbaz Péi , lancé en 2006 à l'initiative de l'APLAMEDOM, avec des classes de CM1 et CM2, ainsi que les collèges de l'île. Le but de ce concours est de recenser l'état des connaissances et des pratiques familiales, en matière d'utilisation des plantes médicinales, mais aussi d'inciter les jeunes à renouer le dialogue avec les anciens, de redécouvrir leur patrimoine, de participer ainsi à une transmission intergénérationnelles du savoir sur les plantes. Ce concours permet de répertorier les plantes utilisées dans le milieu familial réunionnais, et de valider scientifiquement leurs vertus, dans le but de promouvoir leur utilisation dans un second temps.

Ce concours «Zerbaz Péi» permet également d'avoir des données actualisées tous les ans, et par la même occasion permet de suivre l'évolution de l'utilisation des plantes par les familles [66] .

## **2. Consommation PM et la consultation du médecin généraliste traitant**

Dans cette étude, on a pu analyser les points de vue de 11 patients. Seulement 3 patients disent en parler librement avec leur médecin. Ce qui peut paraître surprenant compte-tenu de ce qui a été dit précédemment à savoir qu'il s'agit d'une consommation qui n'est pas sans risque.

Cette tendance à cacher, de façon volontaire ou inconsciente, l'utilisation de la phytothérapie se retrouve aussi dans la littérature.

- A La Réunion dans la thèse de Julie Dutertre [9], 79 % des enquêtés n'ont pas parlé du sujet des PM avec leur médecin traitant pourtant 86 % d'entre eux souhaiteraient que leur médecin ait connaissance de leur consommation.

- En Guadeloupe, une étude similaire a été menée par questionnaire interrogeant 65 patients [67], il en ressort que 86 % des patients utilisent les PM, dont 40 % n'en informent pas leur médecin.

- L'étude de Eisenberg [68] portant sur 831 adultes traités pour un cancer et consommateurs de MAC est très explicite: 79 % des patients pensent que la combinaison des deux traitements est supérieure en terme d'efficacité à l'utilisation exclusive d'un seul type de traitement. Là encore, 63 à 70 % de ces patients n'informent pas les médecins qu'ils suivent une médecine complémentaire.

- Il n'a pas été trouvé d'études métropolitaines permettant de comparer ces chiffres.

Les raisons évoquées sont probablement multifactorielles .

Dans cette étude, elles seront développées davantage. Elles seront classées en trois catégories : les éléments liés au patient, ceux liés au médecin et enfin les éléments relationnels .

## 2.1 Les éléments liés au patient et à ses représentations

Plusieurs éléments peuvent freiner les patients interrogés à parler de leur usage des PM.

### Absence d'intérêt à dialoguer

Pour quelques patients, il n'est pas important que les médecins sachent car ils n'ont pas de traitement chronique et sont en bonne santé. A cela s'ajoute donc le fait qu'ils ne consultent que rarement, avec des demandes bien précises.

Pour d'autres patients, il existe une franche séparation entre la MM et les habitudes liées à la consommation de plantes. En effet, celles-ci font partie du quotidien, elles sont intégrées dans les habitudes. Leur usage est un réflexe naturel, que les patients oublient de préciser lors de la consultation, comme très nettement expliqué dans l'E4 « *Puisque nous ça fait partie de notre quotidien, c'était un peu comme si on lui racontait ce qu'on avait mangé ou alors notre vie intime quelque part...* ».

D'autres patients ne prennent pas la peine d'avertir le médecin, parce qu'ils sont persuadés de l'innocuité des PM. Les plantes sont naturelles et donc forcément sans risques.

### Freins sémantiques et barrières sociales

Dans l'analyse du verbatim, le patient ne parle pas de sa consommation car il ne sait pas comment s'exprimer à ce propos. Il décrit un « décalage » sémantique entre le vocabulaire médical et les termes utilisés en médecine traditionnelle. Le patient 8 le démontre bien, il prend l'exemple du terme « rafraichir » qui n'a pas du tout la même signification en MTR que dans son sens littéral. En MTR, « rafraichir » signifie « nettoyer le sang », le purifier.

Le médecin devant cet usage sémantique spécifique ne comprendrait pas. Cette barrière du langage renforce donc un sentiment de différence sociale entre médecin et patient.

La MTR et la médecine conventionnelle sont qualifiées par certains patients de « *mondes parallèles* » (E8), ce qui explique qu'ils ne se rejoignent jamais.

### Niveau d'évaluation des risques

La connaissance du patient à propos des risques liés aux PM est pour certains un argument qui va faciliter la prise de parole. Ces résultats sont corroborés par le travail de recherche du Dr Dutertre [9]. En effet parmi ceux qui disent en parler, 17 % le font pour éviter les interactions médicamenteuses.

Or tous n'en parlent pas, y compris parmi ceux qui pourtant ont conscience de ces risques. Toujours dans la thèse de Julie Dutertre, on retrouve cette même idée : parmi les personnes qui ne parlent pas de leur consommation, 86 % aimeraient pourtant le faire, dont 12,5 % pour leur éviter les interactions.

## 2.2 Les éléments liés au médecin et aux représentations qu'en ont les patients:

## La connaissance présupposée du médecin

D'après l'analyse du verbatim, un des déterminants important de la communication à propos des plantes est la connaissance du médecin sur le sujet.

Le fait d'avoir un interlocuteur accoutumé à l'usage des plantes faciliterait l'échange. A contrario, la méconnaissance serait un frein.

Le manque de connaissances sur le sujet des PM par les médecins est constaté par les études scientifiques.

Dans la thèse guadeloupéenne [67], 80 % des médecins évaluent leur savoir sur les PM comme faible ou très faible. De même, R. Bensmida a étudié les freins à la sous-utilisation de la phytothérapie par les médecins généralistes du Nord Pas de Calais [15]. Il a interrogé 89 médecins généralistes et 96 % d'entre eux n'avaient pas de formation en phytothérapie.

Cette lacune concernant la connaissance des PM serait liée à une culture différente selon quelques patients. En effet, la représentation qu'ils se font du médecin réunionnais est celle d'un métropolitain, ou alors d'un « créole occidentalisé » parti faire ses études en métropole, et qui n'a donc pas ou plus de « compétence » à propos de la MTR.

On a donc constaté qu'un des facteurs facilitants serait un savoir pointu des médecins à propos des plantes. Or si pour certains patients, l'enseignement de la phytothérapie a pu se faire lors des études de médecine, pour d'autres patients en revanche, l'intérêt que les médecins portent à cette science serait lié à leur origine créole.

Ainsi il s'avère que quelques patients se sentent plus à l'aise pour parler des plantes avec un médecin créole. De ce fait, on peut donc supposer que l'origine réunionnaise du médecin serait un facteur facilitant.

En ce qui concerne le lien entre origine créole et communication à propos des PM, la seule référence qui a été trouvée est la thèse du Dr IVANEZ en 2017 « Les internes de médecine générale de l'océan indien interrogent-ils leurs patients au sujet de leur éventuel usage de plantes à but thérapeutique ? »[69].

Et contrairement à ce que disent les patients, son travail de recherche indique que les internes réunionnais d'origine interrogeaient proportionnellement moins leurs patients à propos des PM que les non réunionnais (85.7 % des non réunionnais contre 75.0 % des réunionnais d'origine interrogeaient leurs patients).

Associée au critère de connaissance sur les plantes, la volonté d'apprendre et de connaître l'usage de la MTR serait un élément non négligeable. L'ouverture d'esprit et la curiosité des médecins sont ressenties pour quelques patients comme des facteurs facilitant l'échange, mais en revanche beaucoup regrettent l'absence de ces qualités chez leur médecin.

D'ailleurs certains reprochent au médecin de façon plus générale un manque d'intérêt pour la culture créole.

Par rapport à ces résultats, les études montrent qu'il y a une vraie volonté de la part des médecins de développer leur savoir au sujet des PM.

Dans la thèse de J.Dutertre [9], 7 médecins sur 8 médecins interrogés souhaiteraient avoir de meilleures connaissances des PM utilisées par leurs patients.

De même dans la thèse de Clara Robert [14] : 77 % des médecins pensent que la connaissance des PM est utile en médecine générale particulièrement dans la prise en charge

*des patients qui en font usage. Egalement, 79 % des médecins pensent qu'une formation sur les PM serait utile ou très utile.*

### **La disponibilité du médecin ressentie par le patient**

Les patients regrettent l'approche organe par organe. En effet, « Un symptôme = un médicament » est souvent un recours pour une réponse rapide à un motif de consultation. Ils seraient plus enclins à parler des plantes avec un médecin avec une vision plus globale, plus holistique. La tendance à la prescription trop rapide est un des facteurs freinant retrouvé dans notre étude.

Un des freins évoqués par la plupart des patients qui n'ont jamais parlé de leur consommation est tout simplement l'absence de question posée à ce sujet par le médecin.

Dans la littérature, il existe plusieurs études concernant la prise d'initiative du médecin pour aborder ce sujet avec son patient :

- une étude canadienne de 2013 montrait 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. [69]

Dans la thèse de Clara Robert [14], les MG demandent à leurs patients s'ils utilisent des plantes très fréquemment pour 9 %, souvent pour 55 %, rarement pour 30 % et jamais pour 6 %. Mais il se peut que cette étude surestime un peu la fréquence des demandes due à un biais dans le recrutement des médecins interrogés.

C'est d'ailleurs aussi retrouvé dans le travail de recherche Dr M.Ivanez [52]. Il apparaît que 82,6 %, des 98 internes sondés, interrogent leurs patients à ce propos, toute fréquence confondue (allant de rarement à toujours).

### **L'aspect financier et intéressé du médecin perçu par le patient**

Pour un des patients interrogé, il est clair qu'il est intéressant financièrement pour le médecin d'instaurer et de prolonger un traitement chronique. Le médecin étant payé à l'acte, cette consultation de renouvellement lui assure un revenu régulier. Ainsi cela pousserait le médecin à reconduire des traitements qui ne seraient plus forcément utiles.

Dans la même idée, pour plusieurs patients les avantages offerts aux médecins par les laboratoires pharmaceutiques les pousseraient à prescrire des traitements médicamenteux plutôt que des plantes. Et cela même si leur efficacité est prouvée. Les médecins se sentant redevables vis-à-vis des laboratoires, ils perdraient donc leur indépendance de prescription.

L'intérêt mercantile des médecins lors de la prescription médicamenteuse et les liens entre médecins et laboratoires sont donc aussi des freins à la discussion au sujet des plantes.

### **La réaction et le type de réponses du médecin perçus par le patient**

La réaction du médecin est un des éléments essentiel. On retrouve plusieurs types de réactions décrits par les patients.

Tout d'abord une réaction plutôt positive, le médecin accepte avec empathie et bienveillance les informations révélées par le patient. Cette réaction a plutôt tendance à valoriser le patient qui se sent alors en confiance et libère sa parole.

Ensuite une absence de réaction, le médecin fait comme s'il n'avait pas entendu ou alors il n'émet aucun commentaire. Le patient a le sentiment qu'on ne l'a pas écouté, qu'on ne s'intéresse pas à ce qu'il dit. Il n'obtient ni conseils, ni précautions d'emploi, il n'en retire aucun bénéfice. Cette attitude est plutôt ressentie comme un frein.

Enfin une réaction plutôt négative allant de la méfiance, au rejet complet en passant par le cynisme. Cette attitude semble être un frein évident chez de nombreux patients, sauf dans un cas, où la patiente interrogée continue de parler de sa consommation malgré la position tranchée du médecin. Selon elle, même s'il n'est pas d'accord, il est utile que le médecin sache.

Les différents types de réaction des MG face à une consommation de plantes ont été étudiés dans la thèse de C. Robert [14]. D'après son étude, l'arrêt complet de la consommation de plantes est rarement conseillé par le médecin (65 %), voire jamais (27 %). On peut cependant se demander s'il n'y a pas un biais de recrutement, lié aux médecins intéressés par ce sujet.

Les raisons de cette demande d'arrêt sont principalement les craintes d'interaction pour 82 % des médecins, de toxicité pour 72 % d'entre eux, ou devant la fragilité du terrain (32 %). [14]

Il existe une autre thèse de 2011 qui décrit grâce à un questionnaire à choix multiples l'attitude des médecins face aux thérapies complémentaires, étude réalisée auprès de 21 médecins. Il s'agit du travail de recherche de Law-Yee [70]. Ce travail met en évidence que 63 % des médecins sont dans un état d'esprit positif face à un patient en demande de thérapie complémentaire, 37 % sont neutres, et il n'y a pas de rejet de cette demande. Il n'existe pas plus de précision dans ce travail sur les causes de ces niveaux d'acceptation.

Il apparaît clairement qu'une écoute attentive et une réaction adaptée ne rejetant pas toutes les PM de la part du médecin soit bénéfique pour que le patient libère sa parole.

Tous les résultats à propos des éléments liés au patient ou liés au soignant sont aussi partiellement retrouvés dans la thèse de Julie Dutertre [9] : parmi les 79 % qui ne parlent pas à leur médecin 16 % jugent inutile d'en parler, 10 % pensent que le sujet des PM ne fait pas partie de la Médecine générale, et 9 % par crainte de jugement du MG et de son manque d'intérêt.

## **2.3 Les éléments liés au climat de la relation médecin patient**

Il a été vu précédemment que la position du médecin à propos des plantes est un déterminant capital pour les patients. De cette réaction du médecin découle certains éléments relationnels.

La confiance est une qualité centrale de la relation pour les patients de l'étude. Ce résultat confirme les données de la littérature, notamment la thèse de Saniel N. [71], qui a étudié en 2016, « comment les patients parlent ou non de leur adhérence au traitement ? ». Les patients ont placé la relation de confiance comme facteur essentiel de satisfaction du patient dans les soins, et facteur améliorant la concordance.

Une relation privilégiée, et de confiance serait un facteur facilitant . Et inversement le fait de pouvoir aborder le sujet augmenterait la confiance du patient. Il s'agirait d'un cercle vertueux.

C'est encore ce qu'on peut trouver dans la thèse de Saniel [71]: quelques patients évoquaient des échanges délibératifs, avec mise en commun des deux expertises (celle du patient et celle du médecin), aboutissant à une décision partagée. Ces patients étaient satisfaits d'être impliqués dans la décision et que leurs perspectives et préférences soient prises en compte. Cette collaboration médecin-patient impactait positivement l'adhérence selon la méta-analyse d'Arbuthnott [72] : les patients impliqués adhéraient mieux aux soins.

Plus précisément c'est l'absence de jugement à propos de la consommation de PM qui serait réellement bénéfique pour délier les langues à propos de l'usage des PM.

De la même façon, l'intérêt que porte le médecin au patient, à son mode de vie et sa culture favoriserait un sentiment de valorisation, et le patient se sentirait alors mieux compris.

La valorisation du savoir du patient, permettrait une diminution de l'inégalité de la relation médecin patient, on obtiendrait donc une relation de savoir partagés.

Au contraire, une réaction trop virulente de la part du médecin, engendrerait un état de peur (peur d'être dévalorisé, peur du conflit).

Cette relation asymétrique est d'ailleurs un frein majeur pour beaucoup de patients. Ils l'expriment sous différentes formes, que ce soit de la peur de la réaction du médecin ou alors le fait d'une incompréhension de la part de ce dernier vis-à-vis de l'usage des plantes .

Finalement ce climat non propice à la discussion amène d'autres problèmes liés à la dyscommunication.

### **3. Déterminants de la relation médecin patient : patients versus médecins généralistes**

#### **3.1. Confrontation de nos résultats aux résultats issus des représentations des médecins généralistes**

La communication médecin-patient est composée forcément d'un médecin et d'un patient, dont les points de vues peuvent différer. L'étude a été pensée pour être composée de deux parties bien distinctes. Une partie explorant les représentations et les ressentis au sujet de la communication entre médecin et patient à propos de la consommation de PM du côté du patient et une deuxième partie explorant cette fois l'opinion du médecin généraliste sur le même sujet.

Cette deuxième partie est le travail de recherche de Paul Giraud, réalisé de façon simultanée.

La comparaison de ces deux travaux de recherche permet d'avoir la vision des deux protagonistes concernés. C'est d'ailleurs un des points forts de notre étude.

#### **Points de convergence :**

La vision propre aux MG à propos du rapport qu'entretiennent les patients avec les PM est assez proche de ce que les patients décrivent eux-mêmes.

- Ainsi, les MG et les patients interrogés affirment tous deux que la consommation de PM est fréquente dans la population et régulière. De même, les MG sont conscients que cette



habitude de consommation est ancienne et s'inscrit dans une dimension traditionnelle des pratiques.

- Beaucoup de patients évoquent leur impression d'une perte de savoir sur les PM dans la population. Ce constat est partagé par les médecins. Les MG et les patients sont donc en accord lorsqu'ils décrivent la culture occidentale moderne à La Réunion comme une force d'opposition à la culture traditionnelle créole. Il en résulte d'après les deux parties une prédominance de la culture occidentale sur la culture traditionnelle, provoquant parfois perte de fierté dans la jeune génération d'après les patients.

- Les patients reconnaissent la part de représentations ésotériques parfois couplées à la consommation de PM dans leur pratique traditionnelle. Cet ésotérisme peut être à l'origine d'une vision négative, voire d'un rejet de la part des MG.

Ce constat partagé, amène à réfléchir à la manière de mieux valoriser le patient dans son identité créole et sa culture afin qu'il partage plus facilement ses pratiques traditionnelles avec le MG. De même, cela pose la question du regard qui est porté sur la culture et les traditions créoles, ou du moins de ce qui est déglacé comme attitude face au patient.

- De la même manière, les MG et les patients décrivent une méfiance grandissante de la population envers la MM amenant parfois à une consommation de PM. Les limites du tout allopathique à traiter certaines pathologies ou douleurs, comme celle du Chikungunya par exemple, ou bien les derniers scandales des laboratoires pharmaceutiques ont joué un rôle important dans la perte de confiance envers la médecine moderne.

Il est important de porter un regard critique sur la pratique médicale et sur le système dans lequel il s'inscrit pour pouvoir comprendre certaines réticences de patients et leurs attirances vers d'autres manières de se soigner. Enfin, il est nécessaire que culture, médecine moderne et médecine traditionnelle ne soient plus mises en opposition, mais que l'on puisse voir dans leur mélange une synergie positive.

- Le souci de sécurité de la consommation semble être important autant pour les MG que pour les patients qui ont conscience du potentiel néfaste que peuvent avoir les PM. Comme les MG, les patients évoquent la toxicité possible, qu'elle soit secondaire à la plante elle-même, à une erreur de posologie, aux interactions avec les médicaments, ou au retard diagnostic. Comme les MG, les patients reconnaissent que le manque de connaissances sur les PM accroît ces risques.

Ce souci de sécurité est prégnant dans le discours des MG comme dans celui des patients. Il est donc important pour les deux parties d'être rassurées quant à la pratique de consommation de PM. La question se pose alors de la rendre la plus sûre possible. Cela implique nécessairement une connaissance accrue des PM autant de la part des patients consommateurs que des MG qui reçoivent les inquiétudes et questionnements des patients.

Les MG et les patients mentionnent plusieurs facteurs identiques influençant positivement la communication entre eux sur le sujet des PM :

- L'acceptation par les MG de la consommation de leur patient.
- L'attitude des MG face à leurs patients consommateurs alliant l'écoute et l'empathie ; mais aussi l'ouverture et la curiosité.
- L'importance de la valorisation du patient par le MG, et la promotion d'un sentiment de réassurance et de compréhension.
- La relation de confiance mutuelle

Aussi, MG et patients décrivent de mêmes facteurs influençant négativement la communication :

- L'origine du MG et le clivage culturel menant à une crainte du patient d'une incompréhension de ses pratiques.
- Le clivage entre MM et MTR : le médecin ne s'intéresse pas aux PM et est focalisé sur l'allopathie, le patient garde pour lui ses pratiques qui ne concernent pas le MG et lui sont intimes.
- Au sein de la consultation, le sujet reste focalisé sur l'allopathie. La demande du patient ne porte pas sur les PM.
- Le manque de temps.
- Les réactions frénatrices du MG face à son patient consommateur : l'aréactivité ; le rejet, le dédain.
- Les freins à l'assomption du patient : la peur du conflit ; peur du jugement.
- Le manque d'ouverture et curiosité des MG, ainsi que le manque d'écoute.
- Le manque de recherche d'automédication des patients. Le médecin n'est pas à l'initiative.

### **Points de divergences :**

Il existe aussi quelques éléments de divergence entre la vision du MG et celle des patients. Ces éléments mettent en avant des lacunes de compréhension entre les deux parties.

- Alors que les patients mettent ce point en avant, les MG ne semblent pas tout à fait conscients de la volonté des patients consommateurs d'accéder à une autonomie de soin, de gérer eux même leur santé, et de se démarquer de la MM qu'ils représentent.
- Alors que les MG pensent qu'il existe une diminution progressive de la consommation de PM, les patients évoquent quant à eux un nouvel essor de cette pratique.

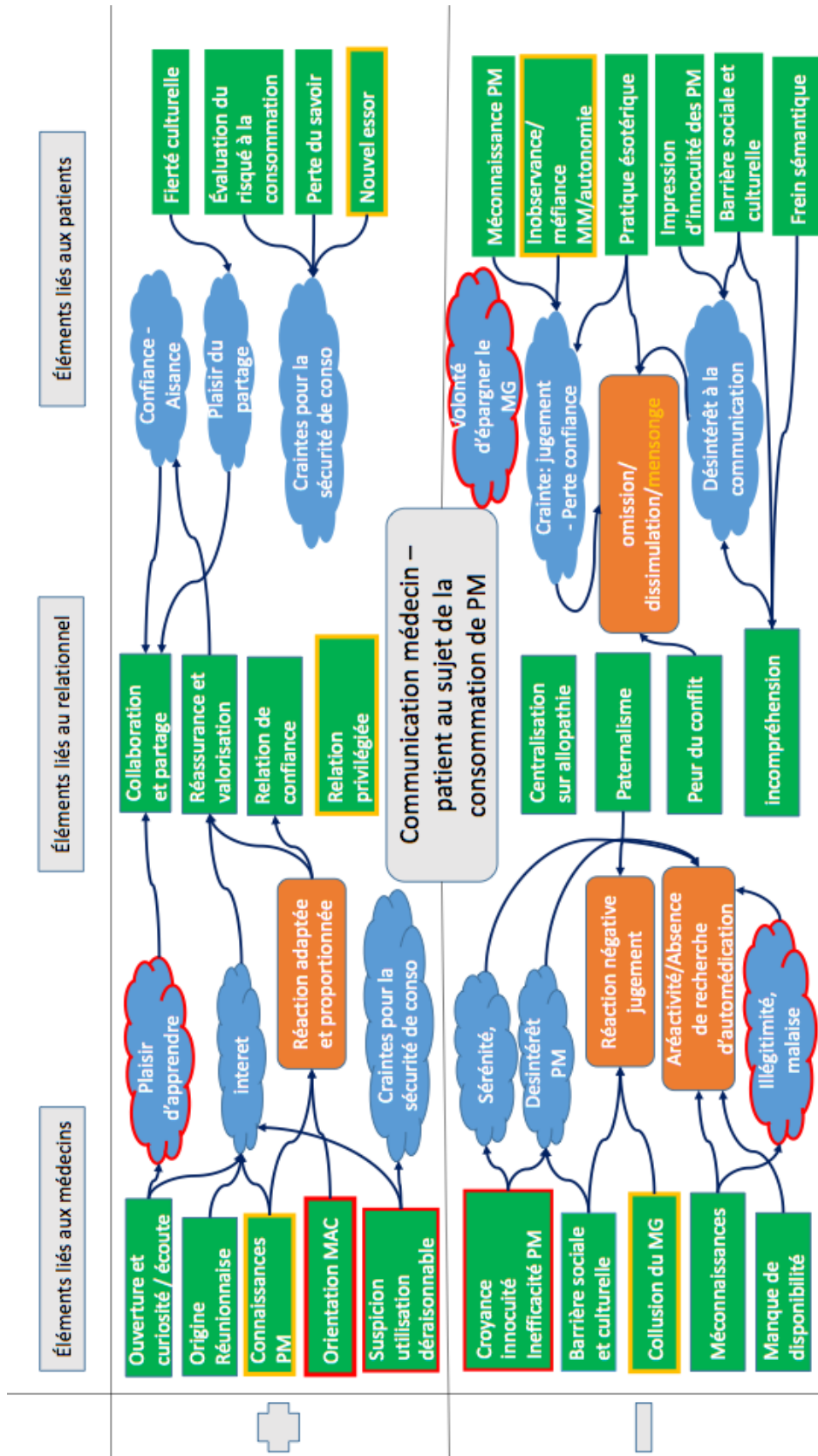
Certains facteurs d'influences positifs sur la consommation ne sont pas partagés :

- Certains patients évoquent les connaissances qu'ont les MG sur les PM. Or, la majorité des MG disent ne pas connaître les PM et leurs effets. Il existerait donc une ignorance des patients sur les carences de connaissances des MG. Cette divergence majeure l'incompréhension des patients sur l'absence de communication des MG sur ce sujet.
- La relation privilégiée, de proximité, voire de lien familial entre le patient et son MG semble beaucoup plus marquée dans le discours du patient que dans celui du MG. Il y a donc un possible décalage entre la relation attendue par les patients (pour une bonne communication) et celle décrite par les MG. En effet, ce décalage découle du fait que le MG doit soigner beaucoup de patients, alors que le patient n'a qu'un seul médecin. On comprend aisément qu'il existe un sentiment de frustration et de déception de la part du patient.

Il n'a pas été retrouvé de divergences significatives concernant les facteurs d'influences négatifs sur la communication. Cette absence de divergence montre que les MG et les patients ont une vision globalement similaire concernant ce qui bloque leur communication au sujet des PM.

### 3.2 Modélisation commune : (légende p.49)

« Expériences, représentations et ressentis au sujet de la communication médecin-patient à propos des PM : les facteurs favorisants et freinants ».



## **4. Perspectives**

### **4.1 Formation des professionnels de santé**

La relation médecin-malade est la rencontre entre deux individus, un professionnel de santé et son patient. C'est une relation inégale et asymétrique, basée sur la communication entre deux partenaires ayant chacun un rôle spécifique.

Une des premières choses qu'il faudrait essayer de gommer est donc ce caractère asymétrique de la relation médecin patient.

Les inégalités dans l'échange entre médecin et patient viennent de différences de classe sociale, de niveau éducatif, de vulnérabilité, de culture et de langue.

L'inégalité dans l'échange met le patient dans une position d'infériorité très néfaste à l'efficacité de la communication. Il paraît donc important d'identifier et de corriger les éléments de cette inégalité. Si certains paramètres sont immuables, d'autres peuvent être modifiés de façon à réduire cette inégalité.

Apprendre à communiquer est un point qui me semble essentiel, pour éviter les quiproquos, les non-dits ou encore les mauvaises interprétations.

Si ce nouvel essor de la consommation de PM par les patients se confirme, il va être nécessaire pour les médecins dans un premier temps de prendre conscience de cet usage. Puis dans un second temps viendra l'exigence de formation pour éviter la multiplication des incidents dus à un mésusage des plantes. Il faudra que le médecin prenne en charge le rôle de conseil et soit le « garde fou » des risques et dérives liés à la perte de connaissance populaire à propos de PM.

Cela implique un travail de compréhension du milieu de vie du patient, ainsi que de sa culture. Il existe à la Réunion un DU d'éthnomédecine et il pourrait être intéressant de l'intégrer également au troisième cycle des études médicales.

### **4.2 Education thérapeutique patient**

Cette étude a permis d'observer que certains patients ont une compréhension des choses basée sur une réalité immédiate (ce que l'on voit, touche, ressent). Même si ces choses sont corrélées, il n'y a pas nécessairement de lien de cause à effet. Par exemple lorsqu'un rapport est fait entre le médicament et la fatigue. Cette fatigue est potentiellement due à l'anémie et non pas aux médicaments qui traitent l'anémie.

Le professionnel lui a une compréhension basée sur des connaissances complexes et abstraites résultant de travaux scientifiques, l'EBM.

Ainsi on comprend bien toute l'importance de partager le savoir pour que le patient adhère au traitement et à la prise en charge. C'est ce que l'on nomme l'éducation thérapeutique des patients (ETP).

En effet, il a été constaté que certains patients ne prenaient pas leur traitement chronique tous les jours, afin d'avoir une fenêtre pour consommer des tisanes. Il y a les patients à qui on a prescrit un traitement chronique et qui ne le prennent jamais. Il y a ceux qui ne prennent plus un des médicaments de leur traitement chronique depuis plusieurs années, et qui pourtant laissent le médecin le renouveler à chaque nouvelle consultation.

Cette étude permet donc de se rendre compte que certains patients n'ont pas bien compris le caractère définitif de leur maladie comme par exemple l'HTA. Pour eux avoir une tension dans l'objectif thérapeutique signifie la guérison. Ils ne comprennent donc pas pourquoi le médecin renouvelle le traitement anti-hypertenseur. De cette incompréhension du patient naît alors un sentiment de méfiance envers le médecin. Par conséquent, on aboutit à une relation inefficace voire dangereuse.

On comprend ainsi toute l'importance d'une bonne communication médecin patient pour pouvoir obtenir un libre échange, une bonne coopération et par voie de conséquence une prise en charge efficace .

Le partage de « la vérité » devient la clé de la relation et donc de la réussite des soins.

### **4.3 Études complémentaires**

Il reste un grand travail de recherche à réaliser en pharmacognosie et ethno-pharmacologie pour identifier les propriétés chimiques des plantes utilisées en MTR. De cette façon, les connaissances et l'intérêt des médecins seraient augmentés, et certaines plantes très toxiques inscrites à la Pharmacopée Française ne pourraient plus être en vente libre.

Il pourrait également être intéressant d'explorer les résultats de notre thèse de façon quantitative.

### **4.4 Approche écologique**

Du point de vue écologique, la destruction de l'environnement par la culture intensive de la canne, l'usage massif de pesticides et herbicides ainsi que l'urbanisation font que de nombreuses espèces végétales sont déjà aujourd'hui menacées. Ce constat, associé à la demande grandissante des consommateurs, soulève deux nécessités : celle de mettre en place des actions de conservation des espèces menacées ou susceptibles de le devenir, et celle de disposer de sources alternatives d'approvisionnement telle que la culture individuelle et personnelle des plantes auxquelles le patient a recours.

## **5. Forces et faiblesses de l'étude**

Plusieurs travaux de recherche sur les PM ont été réalisés récemment, mais la communication médecin-patient à propos des PM a uniquement été étudiée par le Dr Julie Dutertre en 2011 et cela de manière quantitative.

La recherche qualitative permet de rendre compte des effets de connaissance particuliers, elle fait apparaître les processus, les « pourquoi », les « comment » et révèle la logique d'une action. Une étude qualitative ne cherche pas à extrapoler les résultats obtenus à l'ensemble de la population, il n'y a donc pas de notion de représentativité, mais cherche à aller en profondeur et à comprendre les attitudes et sentiments.

Les études quantitatives ont une limite : elles constatent une fréquentation, des pratiques, des satisfactions mais elles n'expliquent en aucun cas pourquoi cette situation existe. Seules les études qualitatives permettent, par l'analyse sociologique, de comprendre les mécanismes de l'opinion, de comprendre pourquoi les gens pensent ceci ou cela, pourquoi ils s'autorisent ou non telle ou telle pratique, comment ils comprennent leur environnement.

Ces études qualitatives apportent ainsi des informations qui vont offrir une réelle capacité prospective, que les études quantitatives ne produisent pas vraiment.

Le choix de la méthode qualitative paraît pertinent pour répondre à la question de recherche. Elle a permis de recueillir les représentations et les expériences pouvant faciliter ou alors au contraire faire obstacle à une communication médecin-patient de qualité.

Une des forces de ce travail de recherche est l'étude simultanée, en miroir du point de vue des médecins sur un même sujet.

L'échantillonnage raisonné grâce aux critères de variances et le recours à différents modes de recrutement a rendu possible d'approcher une certaine exhaustivité des points de vue. L'analyse s'est ainsi progressivement enrichie des différentes opinions recueillies.

Le recrutement « boule de neige » a donné l'occasion d'interroger des patients ne maîtrisant pas parfaitement la lecture, ainsi qu'aux usagers de plantes médicinales ne fréquentant que très rarement les cabinets de médecine générale, soit par absence de besoin, soit par adhésion partielle aux soins conventionnels.

La saturation théorique des données à partir du neuvième entretien a permis d'obtenir une validé externe.

La validité interne quant à elle, a été obtenue grâce au travail de triangulation de trois entretiens par Paul Giraud, qui effectue le même travail de recherche en miroir mais du point de vue des médecins généralistes. Les divergences ont été résolues par discussion entre les deux chercheurs.

Les patients interrogés savaient que la chercheuse elle-même était médecin remplaçante mais sans jamais avoir eu de contact médical avec celle-ci. Cela a pu permettre une parole plus libre et authentique, et ainsi limiter le biais de désidérabilité, à savoir chercher à satisfaire la chercheuse.

Afin d'atténuer une supposée hiérarchie entre la chercheuse et les patients, le choix du lieu d'entretien était laissé à la décision du patient. De plus les patients ont pu s'exprimer en créole réunionnais.

Il a été cité ci-dessus les points forts de ce travail de recherche, mais cette étude présente quelques faiblesses, notamment un biais de sélection et d'interprétation.

### **Biais de sélection :**

Il y a eu un biais de sélection sur le secteur géographique. En effet, l'échantillon de population a été recruté essentiellement dans une portion de l'île s'étendant du Sud à l'Ouest de l'île de La Réunion.

Le recrutement étant basé sur le volontariat, cela a pu induire un biais de sélection en retenant les patients les plus à l'aise pour aborder leur consommation de plantes médicinales et témoignant d'une volonté de partage. En effet, un patient qui était d'accord pour discuter à propos des plantes, a néanmoins refusé d'être enregistré et de remplir le questionnaire ainsi que la fiche de consentement.

Dans la littérature, il est retrouvé des patients souhaitant garder leur consommation de plantes secrète hors du cadre familial, et refusant de partager leur savoir avec le médecin. L'analyse de leur comportement aurait pu enrichir la thèse.

### **Biais d'interprétation :**

Le manque d'expérience en tant qu'intervieweuse de la chercheuse peut expliquer le fait que certains entretiens se soient révélés plus pauvres que d'autres. Ce manque d'expérience à pu aussi parfois peut être orienter certaines réponses.

Un biais interne peut être évoqué lié aux caractères personnels de la chercheuse et des participants.

De la même façon, la méthode qualitative se basant sur un processus interprétatif, le codage du verbatim dépendait, de fait, de la subjectivité de la chercheuse. La triangulation, a été faite par un deuxième chercheur, Paul Giraud, certes indépendant mais qui est lui aussi peu expérimenté dans ce type de recherche.

# CONCLUSION

L'objectif de la thèse était d'explorer les expériences, les représentations et les ressentis des patients à propos de la communication au sujet des PM lors de la consultation de médecine générale. Ce travail de recherche permet d'identifier un certain nombre de facteurs influençant la communication entre les patients et leur MG à propos des PM.

L'utilisation des PM est majoritairement issue de pratiques traditionnelles. Leur usage n'est aujourd'hui plus aussi répandu que par le passé, et a connu une nette diminution au cours du 20<sup>ème</sup> siècle au profit de la MM. Les différents scandales pharmaceutiques, la prescription systématisée des génériques, et plus généralement la perte de confiance dans la MM, font que l'on assiste aujourd'hui à un envol de la demande du public en terme de produits naturels et issus des plantes.

La société réunionnaise, par son histoire semble encore très imprégnée par la tradition. Cette tradition s'exprime entre autre par un usage des plantes dans un but thérapeutique, retrouvé chez près de 80 % de la population [9]. Le savoir des PM s'était transmis de manière orale, il s'est quelque peu dilué avec les années au profit du tiroir à pharmacie.

Même si une grande partie de ces plantes ne sont pas encore répertoriées dans la Pharmacopée française, et donc libres à la vente, il apparaît évident que leur usage n'est pas dénué de risque. En atteste les cas réguliers d'effets indésirables que ce soit à type d'interaction ou de toxicité.

Cependant la littérature a montré qu'en phytothérapie comme pour les autres MAC, leurs usages n'étaient pas souvent évoqués avec les médecins .

Les expériences et les représentations des patients à propos de l'usage des plantes, à propos de leur médecin et de ses compétences, ainsi que le climat ressenti par le patient lors de la consultation sont autant de facteurs influençant la communication avec le médecin généraliste.

Les patients ont évoqué de multiples raisons à ne pas aborder cet usage. Cependant, comme chaque patient est différent, de la même façon que chaque relation médecin-patient est unique, de nombreuses divergences d'opinion sont apparues.

Pour certains il s'agissait de « médecine douce » donc un usage sans risque. On a pu constater dans ce travail de recherche que le niveau d'évaluation des risques par les patients était très hétérogène. Parmi les éléments liés aux patients, un faible niveau d'évaluation des risques lié à l'utilisation de PM ne favorisait pas la communication.

Les patients pouvaient aussi avoir des difficultés à s'exprimer car le clivage entre médecine traditionnelle et médecine conventionnelle était trop important pour eux. La difficulté pour certains provenait de différences sémantiques et par une barrière sociale entre ces deux médecines. Des patients étaient gênés aussi par l'origine métropolitaine du médecin.

Même si une grande majorité des patients aimerait en parler à leur médecin, certains ont exprimé ne pas voir d'intérêt à dialoguer à ce sujet. Soit parce que cela ne concernait pas le médecin car il s'agissait de pratiques habituelles du quotidien, soit parce qu'ils étaient en bonne santé, sans traitement chronique et ne consultaient que rarement.



Parmi les éléments liés aux représentations des patients à propos du médecin, sa connaissance présumée ou non de l'utilisation des plantes était déterminante pour le dialogue.

Le recours trop rapide à la prescription ou encore l'absence de questionnement sur le sujet des PM étaient ressentis comme un manque de disponibilité du médecin. Ce qui était une barrière à la communication.

Des patients disaient ne pas en parler car gênés par l'impression d'intéressement financier de la part de leur médecin lors de la prescription de médicaments.

Les patients avaient des réticences à aborder le sujet, en particulier quand des expériences de communication antérieures avaient été décevantes, ou quand les préjugés étaient trop puissants.

Des qualités d'écoute, d'ouverture d'esprit, une bonne connaissance des plantes étaient des éléments facilitant la communication. Et inversement l'absence de ces qualités, le manque d'intérêt pour une approche globale du patient étaient cités comme des freins.

Un climat de confiance, avec une écoute empathique, sans crainte de jugement était très apprécié par les patients.

Il apparaît clairement que la question de la consommation de plantes doit venir du médecin. Suite à cela, les patients attendent une écoute et une compréhension bienveillante de sa part.

L'inégalité dans l'échange met le patient dans une position d'infériorité très néfaste à l'efficacité de la communication. Il paraît donc important d'identifier et corriger les éléments de cette inégalité. Si certains paramètres sont immuables, d'autres peuvent être améliorés.

Cela implique un travail d'apprentissage du milieu du patient de sa culture . Il existe à La Réunion un DU d'éthno-médecine. Il serait peut être intéressant de l'intégrer aussi au troisième cycle des études médicales. La formation des professionnels de santé aux bases de la MTR pourrait mettre l'accent sur cette particularité locale dans une approche centrée sur un patient partenaire des soins.

L'exploration de la culture, des croyances, des représentations, du vécu de chaque réunionnais doit être prise en compte dans une approche d'éducation thérapeutique du patient. Des programmes d'Education Thérapeutique des Patients (ETP) pourraient améliorer la prise en compte par le médecin de la consommation des PM .

Le paiement à l'acte impacte sur la durée des consultations et donc sur la qualité de la relation médecin patient.

Cette relation de confiance est la clé d'une bonne adhérence aux soins. Le médecin devrait veiller à créer ce climat de confiance, initier la discussion durant les consultations dans un principe de bienfaisance et d'autonomie, une discussion ouverte et authentique, pour une décision partagée.

La mise en miroir des deux études, qui visent à identifier les facteurs influençant la communication entre le patient et son MG au sujet de la consommation des PM, nous confortent dans l'idée de développer un cursus de formation des internes et des médecins plus centré sur un versant ethnomédecine et de développer dans les programmes d'ETP la prise en compte de l'automédication et de la consommation des PM. Les progrès en matière de recherche pourraient faire évoluer les modes de consommation et améliorer la sécurité de la consommation des plantes médicinales.

# RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2013.

[2] R.LAVERGNE , Le grand livre des tisaneurs et plantes médicinales indigènes de la Réunion, 2001

[3] MULOT Rachel - Les plantes qui soignent (dossier) - Sciences et avenir - juillet 2016, n° 833 - pp. 32-41

[4] MOLLASIOTIS A. FERNANDEZ-ORTEGA P. PUD D. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: Ann Oncol 2005, 16:665-663.

[5] Organisation mondiale de la santé. Lignes directrices concernant l'évaluation des médicaments à base de plantes. Tiré de Comité OMS d'experts des spécifications relatives aux préparations pharmaceutiques. Trente-quatrième rapport. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996:188-194

[6] Qu'est-ce que la Pharmacopée ? - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cited 2017 Dec 6] Available from: [http://ansm.sante.fr/Activites/Pharmacopee/Qu-est-ce-que-la-Pharmacopee/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Activites/Pharmacopee/Qu-est-ce-que-la-Pharmacopee/(offset)/0)

[7] Plantes médicinales et huiles essentielles : une réglementation complexe [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien. [cited 2017 Dec 5]. Available from: [https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2015/09/28/plantes-medicinales-et-huiles-essentiellees-une-reglementation-complexe\\_219586](https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2015/09/28/plantes-medicinales-et-huiles-essentiellees-une-reglementation-complexe_219586)

[8] Décret n° 2008-841 du 22 août 2008 relatif à la vente au public des plantes médicinales inscrites à la Pharmacopée et modifiant l'article D. 4211-11 du code de la santé publique. 2008-841 août 22, 2008.

[9] DUTERTRE J-M, 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. [Thèse d'exercice] [Bordeaux]Université Victor Segalen Bordeaux 2. 2011.

[10] APAVOU DS. Etude descriptive de l'usage de *Sigesbeckia orientalis* L. et *Hubertia ambavilla* Bory à la Réunion dans les dermatoses communes en médecine générale. [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]. : UFR des sciences médicales. université de Bordeaux. 2016

[11] ODR, 2006, Le développement de la filière des plantes aromatiques et médicinales Enjeux et défis .63 p.

[12] Aplamedom Réunion. Plantes médicinales de La Réunion inscrites à la Pharmacopée Française. Publication : mercredi 19 avril 2017, mis à jour le 1 août 2017 [internet cité le 12 mars 2018] disponible sur :<http://aplamedom.org/base-de-donnees-aplamedom/inscription->

[13] Prescrire Rédaction "Phytothérapie: rarement signalée spontanément" Rev Prescrire 2006 ; 26 (268): 27.

[14] Robert C. Construction d'un outil d'information sur les plantes médicinales de la Réunion adapté aux besoins des médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]. Collège des sciences médicales. Université de Bordeaux. 2017

[15] Bensemida, Radouane. Etude des freins de la sous-utilisation de la phytothérapie par les médecins généralistes du Nord Pas de Calais [Internet]. [Thèse d'exercice]. [Lille]. Université Lille 2; 2014 [cited 2017 Nov 23]. Available from: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-2367>

[16] Zuily E. Relation médecin patient et recours aux médecines non conventionnelles. Etude qualitative à partir d'un panel de 11 patients. [Thèse d'exercice]. [Toulouse]. Université de Toulouse III – Paul Sabatier. 2014

[17] AIT M HAMMED M, dirigé par Dr FRANCOIS Gabriel. Evaluation du recours aux médecines complémentaires et alternatives en médecine générale dans le département de l'oise [Internet]. [Thèse d'exercice]. [Amiens]. Université Picardie Jules Verne Faculté de Médecine d'Amiens; 2012. [cited 2017 Nov 23]. Available from: <http://www.theseimg.fr/1/node/105>

[18] MAYER LEVY C. Recours aux médecines complémentaires et alternatives parmi les patients de médecine générale à Paris. [Thèse d'exercice]. [Paris]. Université Paris Descartes. 2010.

[19] RAGER-MAURYS.,TOURNIGAND C., MAINDRAULT-GOEBEL, et al. Utilisation de Médecine Complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie français.Bull Cancer 2007, 94, 11, 1017-25

[20] IPSOS. Les médecines douces. [Internet]. IPSOS FRANCE. 1990. [cité 30 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.ipsos.fr/sondages/medecines-douces>

[21] IFOP. Ifop - Les Français et les médecines naturelles [Internet]. IFOP. 2007 . [cité 30 mai 2017]. Disponible sur: [http://www.ifop.fr/?option=com\\_publication&type=poll&id=464](http://www.ifop.fr/?option=com_publication&type=poll&id=464)

[22] SOIXANTE-DEUXIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE résolution WHA62.13. Point 12.4 de l'ordre du jour . 22 mai 2009

[23] SOIXANTE-SEPTIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ ; Résolution WHA 67.18. Point 15.1 de l'ordre du jour. Le 24 mai 2014

[24] Réglementation des médicaments à base de plantes La situation dans le monde. WHO/TRM/98.1 Original : anglais Distr.: Générale. Organisation mondiale de la Santé, 1998

[25] Quality of Herbal Remedies. In: The Rules governing Medicinal Products in the European Community, Vol. III. Guidelines on the quality, safety and efficacy of medicinal products for human use. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1989.

[26] Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé). Bulletin Juridique info, No 22, avril 2009 relatif à la directive européenne 2004/24/CE ( disponible en ligne ).

[27] LOI n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer. 2009-594 mai 27, 2009.

[28] préambule à la pharmacopée française 2012 – ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament [internet]. [citée le 07 décembre 2017], disponible sur [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/afe3c2402422dfdfb90005ddf3a43f8.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/afe3c2402422dfdfb90005ddf3a43f8.pdf)

[29] Nouvelle édition de la Pharmacopée française disponible en ligne - Communiqué - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet].[cité 21 nov 2017]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Nouvelle-edition-de-la-Pharmacopée-française-disponible-en-ligne-Communiqué>

[30] Les plantes de la Pharmacopée Française - [Internet]. Société Française d’Ethnopharmacologie.[cité 21 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.ethnopharmacologia.org/documentation/les-plantes-pharmacopée-française/>

[31] Pr Vercauteren. Cours Pharmacognosie générale UNSPF13-10-2011. 2009 Montpellier Vercauteren Pharmacognosie.pdf [Internet]. 2011 Montpellier. [cité 21 nov 2017].Disponible sur: [http://untori2.crihan.fr/unspf/2009\\_Montpellier\\_Vercauteren\\_Pharmacognosie.pdf](http://untori2.crihan.fr/unspf/2009_Montpellier_Vercauteren_Pharmacognosie.pdf)

[32] L’ethnopharmacologie - [Internet]. Société Française d’Ethnopharmacologie. Disponible sur: <http://www.ethnopharmacologia.org/definition/>

[33] Médecine traditionnelle: Besoins croissants et potentiel - Perspectives politiques de l’OMS sur les médicaments, No. 02 mai 2002 [Internet]. [cited 2017 May 4];Disponible sur: <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js2294f/>

[34] Organisation mondiale de la santé, Dr Xiaorui Zhang. Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l’évaluation relatives à la médecine traditionnelle. 2000 [cited 2017 May 4]; Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4929f/s4929f.pdf>

[35] Roeder E, Wiedenfeld H. Pyrrolizidine alkaloids in plants used in the traditional medicine of Madagascar and the Mascarene islands. Pharmazie. sept 2011;66(9):63747

[36] Posadzki P, Watson L, Ernst E. Herb-drug interactions: an overview of systematic reviews. Br J Clin Pharmacol. 2013 Mar;75(3):603–18.

[37] Poirier L, Pharm B. Présenté dans le cadre de la conférence : Les journées de pharmacologie, Université de Montréal, mai 2006 - Produits naturels et médicaments. [cité 15 sept 2017]; Disponible sur: [http://www.stacommunications.com/journals/leclinicien/2006/Clinicien\\_sept06/089Les%20interactions.pdf](http://www.stacommunications.com/journals/leclinicien/2006/Clinicien_sept06/089Les%20interactions.pdf)

[38] Ge B, Zhang Z, Zuo Z. Updates on the clinical evidenced herb-warfarin interactions. Evid Based Complement Alternat Med. 2014;2014:957362.

- [39] ANSM : agence national de securité du médicament. Risques liés à l'utilisation du millepertuis - [Internet]. [cited 2017 Sep 15]. Available from: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/Risques-lies-a-l-utilisation-du-millepertuis>
- [40] Afssaps . Information destinée aux professionnels de santé Mise au point sur l'interaction médicaments et jus de pamplemousse. Octobre 2008.  
[http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/6ce69646d8057c4b0bba19dea0500a16.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6ce69646d8057c4b0bba19dea0500a16.pdf)
- [41] Guy Dupont, Saint-Denis de La Réunion : Ville tropicale en mutation, Condé-sur-Noireau, L'Harmattan, juin 1990, 759 p. (ISBN 2-73840-715-3) p. 100
- [42] VAXELAIRE, Le grand livre de l'histoire de la Réunion de 1848 à l'an 2000, 2009
- [43] Marc Rivière - conférence faite dans le cadre des conférences de l'Association des Amis de l'Université le 30 octobre 2007 .[cité 16 févr 2017]. disponible sur: [http://lansiv-kreol.net/environ\\_plantesmed.htm](http://lansiv-kreol.net/environ_plantesmed.htm)
- [44] Marc Rivière – Les plantes toxiques et dangereuses de l'île de la Réunion ; édition poisson rouge. 2016
- [45] Desprès C. Soigner par la nature à la Réunion : l'usage des plantes médicinales comme recours thérapeutique dans la prise en charge du cancer. Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé [Internet]. 15 avr 2011;(2). [cité 16 févr 2017];(2). Disponible sur: <http://anthropologiesante.revues.org/710>
- [46] Jean Benoist ; À La Réunion, la plante entre tisane et prière". Un article publié dans la revue Ethnopharmacologia. Bulletin de la Société française d'ethnopharmacologie et de la Société européenne d'ethnopharmacologie, no 37, juin 2006, pp 6-12.
- [47] Andoche Jacqueline. L'interprétation populaire de la maladie et de la guérison à l'île de la Réunion. In: Sciences sociales et santé. Volume 6, n°3-4, 1988. pp. 145-165; doi : 10.3406/sosan.1988.1108 [http://www.persee.fr/doc/sosan\\_0294-0337\\_1988\\_num\\_6\\_3\\_1108](http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1988_num_6_3_1108)
- [48] La nouvelle relation entre le médecin, le patient et le médicament. Entretiens de Bichat-2012- Communiqué de presse du 27 juin <http://www.entretiens-de-bichat.fr/>
- [49] Chamard A. Etat des lieux du recours aux médecines alternatives et complémentaires en médecine générale, dans le Languedoc-Roussillon: étude quantitative auprès de patients et de médecins [Thèse d'exercice]. [Montpellier]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016
- [50] Jean Benoist, Anthropologie médicale en société créole (1993) Tremblay J-M. Jean Benoist, Anthropologie médicale en société créole. [Internet]. texte. 2005 [cité 3 févr 2017]. Disponible sur: [http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist\\_jean/anthro\\_medicale\\_creole/anthro\\_medical\\_e\\_creole.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/anthro_medicale_creole/anthro_medical_e_creole.html)
- [51] Paul C. Y. Chen, Medical Systems in Malaysia : Cultural Bases and Differential Uses, Soc. Sci. and Med., 1975, 171-180.

- [52] IVANEZ M. Les internes de médecine générale de l'océan indien interrogent-ils leurs patients au sujet de leur éventuel usage de plantes à but thérapeutique ?.[Thèse d'exercice]. [Bordeaux]. : UFR des sciences médicales. université de Bordeaux. 2018
- [53]LOPEZ A. La santé en transition à la Réunion de 1946 a 1986: bouleversements et limites des conquêtes de la santé dans un département d'outre mer. Archives géographiques.1989;(546).
- [54] Les médecins généralistes à La Réunion | Agence de Santé Océan Indien [Internet]. [cited 16 mars 2017];(2). Available from: <https://www.arsoi-notresante.fr/determinants-de-sante-densite-des-professionnels/les-medecins-generalistes-la-reunion>
- [55] Valendoff J. Histoire de la médecine à La Réunion [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université Paris 13; 1996.
- [56] Bonnemain H. Histoire de la pharmacie à la Réunion : Michel Lebiet, Chirurgiens, apothicaires et pharmaciens de l'Ile Bourbon des origines à nos jours - Persée. 1984;72(261):178-81.
- [57] Lehmann H. Le médicament à base de plantes en Europe, statut, enregistrement, contrôles.[Doctorat en science de la vie, spécialité droit pharmaceutique]. Université de Strasbourg; 2013.
- [58] Rathouis A-L. Enquête exploratrice sur la pratique régulière de la phytothérapie en médecine générale.[Thèse d'exercice]. [Nantes]. : UFR des sciences médicales. université de Nantes. 2014.
- [59] Reucare - Plantes médicinales - Risque rénal et conseils [Internet]. [cité 20 déc 2016].Disponible sur: <http://www.urml-oi.re/images/reucare-plantes-medicinales.pdf>
- [60] Revue Prescrire. Phytothérapie en France : utilisation fréquente [Internet]. Prescrire. 2008. [cité 20 déc 2016].Disponible sur: <http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierPhytotherapieFrance.php>
- [61] Vidot E. La construction d'une identité réunionnaise de 1959 à nos jours : représentations culturelles et constructions discursives [Internet]. [Doctorat Sociologie]. [La Réunion] Université de La Réunion faculté des Lettres et des Sciences Humaines; 2016 [cited 2017 May 4]; Available from: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01391467/document>
- [62] Fabrice MICHAÏLESCO, Hervé LE GRAND. 116 000 personnes en situation d'illettrisme en 2011 à La Réunion - Insee partenaires [Internet]. 2013 [cited 2017 Sep 27]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1291760>
- [63] Christelle GALINDO. La Liste rouge des espèces menacées en France. Flore vasculaire de La Réunion [Internet]. Réunion; 2010 Dec p. 27. [cited 2017 Sep 27]. Available from: [http://www.reunion.developpementdurable.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier\\_de\\_presse\\_Flore\\_vasculaire\\_de\\_La\\_Reunion\\_cle567cb3.pdf](http://www.reunion.developpementdurable.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_Flore_vasculaire_de_La_Reunion_cle567cb3.pdf)
- [64] DROZIN. Les politiques sociales en matière d'action sociale à la Réunion depuis 1946 [Internet]. Les journées partenariales de l'action sociale; 2001 Oct. [cited 2017 Sep 27] Available from: <http://www.irtsreunion.fr/IMG/file/observation/histoire.pdf>
- [65] Pr X. Combes. LE POINT TOX. Bulletin du réseau de toxicovigilance de La Réunion - PDF. 2015 Oct;(14):5.

[66] APLAMEDOM. Zerbaz péi, pratiques et utilisations des tisanes a l'île de la Réunion. Edition Azalées. 2011.

[67] Chemla S. De la phytothérapie créole en Guadeloupe: a partir d'une étude prospective du terrain [Thèse de doctorat]. [Guadeloupe]: Université des Antilles et de la Guyane. UFR des sciences médicales; 2010.

[68] Eisenberg DM, Kessler RC, Van Rompay MI et al. Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both: results from a National Survey. *Ann Intern Med* 2001; 15: 344-51.

[69] 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--

[70] Law-Yee AC. Attitude du médecin généraliste face aux thérapies complémentaires [thèse d'exercice]. [Tours]. Université de Tours. 2011

[71] Saniel N. Comment les patients parlent ou non de leur adhérence au traitement ? Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 patients. [Thèse d'exercice]. [Lyon] Faculté de médecine Lyon Est. Université Claude Bernard – Lyon 1. 2016

[72]A. Arbuthnott et D. Sharpe, « The effect of physician–patient collaboration on patient adherence in non-psychiatric medicine », *Patient Educ. Couns.*, vol. 77, no 1, p. 60-67, oct. 2009



## Annexe 1 : Fiche d'information patient



### Vous consommez des Plantes médicinales ?

Bonjour,

Je suis médecin généraliste à la Réunion et je fais actuellement une thèse sur les plantes médicinales.

J'étudie les habitudes des patients réunionnais sur leur consommation de plantes médicinales et aussi sur la **relation avec leur médecin traitant**.

Le sujet de mon travail n'est pas d'étudier les vertus propres à chaque plante, mais de **savoir comment les réunionnais conçoivent la place de leur médecin dans cette consommation de plantes médicinales**.

Je cherche donc des personnes consommant régulièrement ou occasionnellement des plantes et qui seraient d'accord pour m'accorder un peu de leur temps (environ 20min) .

Il s'agit d'un **entretien personnel**, qui sera secondairement **anonymé** .

Un autre travail est réalisé en parallèle auprès des médecins généralistes de la Réunion.

Le but final étant d'**améliorer la relation médecin patient la prise en charge globale** des patients en médecine générale et d' **identifier les facteurs** qui vont favoriser la communication entre le médecin et le patient au sujet de la consommation des plantes médicinales.

Si le sujet vous intéresse, n'hésitez pas à prendre contact avec moi, ou à me laisser vos coordonnées

Je reste à votre disposition pour toutes précisions ,  
Merci d'avance,

Marine BOISSIERE



# ANNEXE 2 : Canevas d'entretien version 1

## **Recueil des données personnelles :**

Age, sexe, lieu d'habitation ; catégorie socio professionnelle ; lieu de naissance

Médecin traitant : seul/cabinet de groupe ; homme/femme ; réunionnais/ métropolitain ; rural/citadin

## **Question brise glace :**

Vous rappelez-vous de la dernière plante que vous avez consommée/utilisée personnellement dans un objectif de santé ?

## **Que pensez-vous, comment vous représentez-vous la consommation de plantes médicinales, en général et à La Réunion ?**

Relances : - efficacité ; nocivité ; effets secondaires et interactions médicamenteuses

Comment vous fournissez-vous ? tisaneur - gramoun - relation avec

Comment voyez vous la MT dans la santé réunionnaise ? traditions, croyances ...

Quel est votre niveau de connaissance sur les plantes médicinales réunionnaises ? quels facteurs influencent ce niveau de connaissance ? croyances - Réunion - transmission

Quelle place prend la MT dans votre quotidien ? fréquence de conso ? jardin ?

Comment hiérarchisez vous la MT par rapport à la médecine conventionnelle ? rapport entre les deux médecines ?

## **Comment abordez-vous le sujet de votre consommation de plantes médicinales avec votre médecin ?**

Relances : - discussion fréquente avec votre médecin ?

Assumez vous facilement votre consommation ? Quels facteurs influent sur le fait d'assumer votre consommation ?

Quelle aise avez-vous dans une discussion sur les plantes avec votre médecin? (appuyer le ressenti, les sensations)

Qu'attendez vous de votre médecin lors de ce type de discussion ? Approbation - mise en garde - conseils

Exemples ?

## **Qu'est ce qui, d'après vous, influe sur la qualité de la discussion en matière de plantes médicinales dans la relation médecin-patient ?**

Relances : - facteurs patient : croyances ? Assomption face au médecin ? Confiance ?

Facteurs médecins : croyances/origines ethniques - ouverture médecines alternatives ? connaissances ? expériences ? relationnel médecin-patient

Facteur environnement : cabinet ? consultation même ?

## **Annexe 3 :**

### **Canevas d'entretien 2**

**Question brise glace : Vous rappelez vous de la dernière plante que vous avez consommée /utilisée personnellement pour vous soigner ?**

#### **I- Habitudes et Représentation à propos des plantes médicinales ?**

- comment vous fournissez vous ?
- Quelle place a selon vous la médecine traditionnelle dans la santé réunionnaise ? (tradition-croyance)
- quelle place prend la médecine traditionnelle dans votre quotidien ? Fréquence de consommation ?
- Comment hiérarchisez vous le recours à la Médecine traditionnelle par rapport à la médecine occidentale, celle de votre médecin traitant ?
- Quel lien ou rapport existe-t-il selon vous entre ces 2 médecines ?
- Quel est votre niveau de connaissance sur les plantes médicinales ? Et quels facteurs influencent ce niveau de connaissance ?

#### **II- Place du médecin -**

- Pensez-vous que le médecin traitant est un interlocuteur potentiel pour discuter des plantes ? Quel est selon vous la place du médecin dans la consommation de PM ?
- En avez-vous déjà discuté avec lui ? (Sujet tabou ?/consommation assumée?)
- Quelles sont les difficultés pour aborder le sujet ?
- Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ?
- Comment qualifieriez-vous ces expériences de discussion à ce propos ?
- Quels sentiments cela vous a t il procuré ?

#### **III- Comment améliorer la relation médecin patient**

- Comment la relation que vous avez avec votre médecin traitant influe sur le fait de lui en parler ?
- De quoi aimeriez-vous discuter avec lui précisément ?
- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le dialogue avec le médecin traitant ?

#### **Ressentis :**

- Souhaitez-vous rajouter quelque chose ? Pensez vous avoir oublié quelque chose ?
- Qu'avez vous pensé de cet entretien ?

## Annexe 4 :

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

**Titre du projet :** Quelles sont les déterminants de la relation médecin patient au sujet de la consommation des plantes médicinales à La Réunion ?!

**Introduction :** Nous réalisons une étude qualitative dans le cadre d'une thèse en médecine générale. Le but est d'étudier la place et le rôle du médecin traitant dans les habitudes de consommation des plantes médicinales des réunionnais.

**Les objectifs de ce projet sont de :**

- Faire un état des lieux des représentations des patients.
- Améliorer les relations entre le médecin généraliste et les patients, dans un but de prévention et de prise en charge globale.

**Que se passe-t-il si je participe ?**

Vous participerez à un entretien individuel où je vous poserai des questions concernant notamment vos habitudes concernant les plantes médicinales ainsi que la place de votre médecin généraliste.

Cet entretien sera enregistré.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

**Combien de temps cela prendra ?**

L'entretien individuel durera de 20 à 45 minutes.

**Comment sera traitée cette information?**

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse en médecine et pourront éventuellement être publiés.

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.

2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est! totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.

3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien

4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans la thèse ou dans une publication.

Je soussigné(e) .....déclare avoir été informé(e) clairement sur le projet d'étude de Mme BOISSIERE Marine et accepte de participer à cette étude.

Fait à ..... Le .....

# Annexe 5 : Déclaration CNIL

# CNIL

4 (Fondation) rue de Valenciennes - 75014 Paris Cedex 14  
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00  
[www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

RÉCÉPISSÉ

Madame BOISSIERE Marine  
12 BIS CD11  
97425 LES AVIRONS

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À  
UNE MÉTHODOLOGIE DE  
RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

**2116029 v 0**

du 03 novembre 2017

#### A LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

#### Organisme déclarant

Nom : Madame BOISSIERE Marine

Service :

Adresse : 12 BIS CD11

Code postal : 97425

Ville : LES AVIRONS

N° SIREN ou SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0693708197

Fax. :

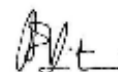
#### Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 03 novembre 2017

Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN  
Présidente

## Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver, ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leur conséquence. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me sont demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leur famille dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

# RÉSUMÉ

**Introduction :** A La Réunion, l'usage des plantes médicinales est une pratique traditionnelle. Les études montrent que les patients communiquent peu à ce propos avec leur médecin. Or cette automédication peut être à l'origine d'effets indésirables et d'interactions graves. L'objectif de cette étude était d'explorer les expériences, les représentations et le ressenti des patients dans le cadre de la communication médecin-patient.

**Méthode :** Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, en face à face auprès de réunionnais consultant en médecine générale. L'analyse des données utilisait le principe de la théorisation ancrée.

**Résultats :** Onze réunionnais ont été interrogés entre mai et août 2018. Les barrières sémantiques, sociales et culturelles avec le médecin, l'absence d'intérêt à dialoguer à ce sujet et le clivage entre médecine traditionnelle et médecine moderne faisaient obstacle à la communication. Le manque de disponibilité du médecin, sa méconnaissance et son désintérêt pour les plantes médicinales, ainsi que des expériences de communication antérieures décevantes n'incitaient pas les patients à évoquer leur automédication. À l'inverse, les qualités d'écoute du médecin, son ouverture d'esprit et sa connaissance des plantes facilitaient la communication.

**Conclusion :** Les expériences et les représentations des patients à propos de l'usage des plantes, à propos de leur médecin et le climat ressenti lors de la consultation étaient autant de facteurs influençant la communication avec le médecin généraliste. Il paraît important de valoriser l'échange qui semble être la base d'une relation médecin-patient équilibrée et efficace.

**Mots clés :** communication, Réunion, médecine traditionnelle, phytothérapie.

## RÉSUMÉ EN ANGLAIS

**Introduction:** In Reunion, the use of medicinal plants is a traditional practice. Studies show that patients are uncomfortable talking about this use with their doctor. However, this self-medication can cause adverse reactions and serious interactions. The purpose of this study was to explore the experiences, representations and feelings of patients within the physician-patient communication.

**Method:** Qualitative study by individual semi-directed interviews, face to face with Reunionese consulting their general practitioner. Data analysis were carried out using the principle of grounded theory.

**Results:** Eleven Reunionese were interviewed between May and August 2018. The semantic, social and cultural barriers with the doctor, the lack of interest in dialogue on this subject and the cleavage between traditional medicine and modern medicine were barriers to communication. The physician's lack of availability, knowledge and interest in medicinal plants, as well as disappointing previous communication experiences, did not encourage patients to discuss their self-medication. Conversely, the physician's listening skills, open-mindedness and knowledge of plants facilitated communication.

**Conclusion:** The experiences and representations of patients about the use of plants, about their doctor and the feeling during the consultation were factors influencing the communication with the general practitioner. It seems important to encourage the exchange which seems to be the basis of a balanced and effective doctor-patient relationship.

**Keywords :** communication, Reunion, Medicine traditional, Phytotherapy