



**HAL**  
open science

# Vision et utilisation des produits à base de plantes par les patients de médecine générale de Basse-Normandie

Marine Héliès

► **To cite this version:**

Marine Héliès. Vision et utilisation des produits à base de plantes par les patients de médecine générale de Basse-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02487007

**HAL Id: dumas-02487007**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02487007>**

Submitted on 21 Feb 2020

**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 CAEN - NORMANDIE

-----

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2019

**THÈSE POUR L'OBTENTION**  
**DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 9 octobre 2019

par

Mme HELIES Marine (épouse DUPRE)

Née le 20 janvier 1990 à Donaueschingen (Allemagne)

**Vision et utilisation des produits à base de plantes par les  
patients de médecine générale de Basse Normandie**

**Président :** Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Membres : Docteur HUET Anne Laure « directrice de thèse »

Docteur LELONG BOULOUARD Véronique

Docteur DE JAEGHER Sophie

Docteur GILBERT Emmanuelle

**Année Universitaire 2018/2019****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel <small>éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique

<b>M.</b>	<b>DU CHEYRON Damien</b>	Réanimation médicale
<b>Mme</b>	<b>ÉMERY Evelyne</b>	Neurochirurgie
<b>M.</b>	<b>ESMAIL-BEYGUI Farzin</b>	Cardiologie
<b>Mme</b>	<b>FAUVET Raffaèle</b>	Gynécologie – Obstétrique
<b>M.</b>	<b>FISCHER Marc-Olivier</b>	Anesthésiologie et réanimation
<b>M.</b>	<b>GÉRARD Jean-Louis</b>	Anesthésiologie et réanimation
<b>M.</b>	<b>GUILLOIS Bernard</b>	Pédiatrie
<b>Mme</b>	<b>GUITTET-BAUD Lydia</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M.</b>	<b>HABRAND Jean-Louis</b>	Cancérologie option Radiothérapie
<b>M.</b>	<b>HAMON Martial</b>	Cardiologie
<b>Mme</b>	<b>HAMON Michèle</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>M.</b>	<b>HANOUIZ Jean-Luc</b>	Anesthésiologie et réa. médecine péri-opératoire
<b>M.</b>	<b>HULET Christophe</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologique
<b>M.</b>	<b>HURAUULT de LIGNY Bruno</b> <small>Éméritat jusqu'au 31/01/2020</small>	Néphrologie
<b>M.</b>	<b>ICARD Philippe</b>	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
<b>M.</b>	<b>JOIN-LAMBERT Olivier</b>	Bactériologie - Virologie
<b>Mme</b>	<b>JOLY-LOBBEDEZ Florence</b>	Cancérologie
<b>M.</b>	<b>JOUBERT Michael</b>	Endocrinologie
<b>Mme</b>	<b>KOTTLER Marie-Laure</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>M.</b>	<b>LAUNOY Guy</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M.</b>	<b>LE COUTOUR Xavier</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M.</b>	<b>LE HELLO Simon</b>	Bactériologie-Virologie
<b>Mme</b>	<b>LE MAUFF Brigitte</b>	Immunologie
<b>M.</b>	<b>LEPORRIER Michel</b> <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
<b>M.</b>	<b>LEROY François</b>	Rééducation fonctionnelle
<b>M.</b>	<b>LOBBEDEZ Thierry</b>	Néphrologie
<b>M.</b>	<b>MANRIQUE Alain</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>M.</b>	<b>MARCÉLLI Christian</b>	Rhumatologie
<b>M.</b>	<b>MARTINAUD Olivier</b>	Neurologie
<b>M.</b>	<b>MAUREL Jean</b>	Chirurgie générale
<b>M.</b>	<b>MILLIEZ Paul</b>	Cardiologie
<b>M.</b>	<b>MOREAU Sylvain</b>	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
<b>M.</b>	<b>MOUTEL Grégoire</b>	Médecine légale et droit de la santé
<b>M.</b>	<b>NORMAND Hervé</b>	Physiologie
<b>M.</b>	<b>PARIENTI Jean-Jacques</b>	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
<b>M.</b>	<b>PELAGE Jean-Pierre</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>Mme</b>	<b>PIQUET Marie-Astrid</b>	Nutrition
<b>M.</b>	<b>QUINTYN Jean-Claude</b>	Ophtalmologie
<b>M.</b>	<b>RAVASSE Philippe</b>	Chirurgie infantile
<b>M.</b>	<b>REZNIK Yves</b>	Endocrinologie
<b>M.</b>	<b>ROD Julien</b>	Chirurgie infantile
<b>M.</b>	<b>ROUPIE Eric</b>	Médecine d'urgence
<b>Mme</b>	<b>THARIAT Juliette</b>	Radiothérapie

<b>M.</b>	<b>TILLOU Xavier</b>	Urologie
<b>M.</b>	<b>TOUZÉ Emmanuel</b>	Neurologie
<b>M.</b>	<b>TROUSSARD Xavier</b>	Hématologie
<b>Mme</b>	<b>VABRET Astrid</b>	Bactériologie – Virologie
<b>M.</b>	<b>VERDON Renaud</b>	Maladies infectieuses
<b>Mme</b>	<b>VERNEUIL Laurence</b>	Dermatologie
<b>M.</b>	<b>VIADER Fausto</b>	Neurologie
<b>M.</b>	<b>VIVIEN Denis</b>	Biologie cellulaire

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS**

### **PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN**

<b>M.</b>	<b>VABRET François</b>	Addictologie
-----------	------------------------	--------------

### **PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

<b>M.</b>	<b>de la SAYETTE Vincent</b>	Neurologie
<b>Mme</b>	<b>DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne</b>	Dermatologie
<b>Mme</b>	<b>LESCURE Pascale</b>	Gériatrie et biologie du vieillissement
<b>M.</b>	<b>SABATIER Rémi</b>	Cardiologie

### **PRCE**

<b>Mme</b>	<b>LELEU Solveig</b>	Anglais
------------	----------------------	---------

**Année Universitaire 2018 / 2019****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</small>	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire

<b>M.</b>	<b>REPESSE Yohann</b>	Hématologie
<b>M.</b>	<b>SESBOÜÉ Bruno</b>	Physiologie
<b>M.</b>	<b>TOUTIRAIS Olivier</b>	Immunologie
<b>M.</b>	<b>VEYSSIERE Alexis</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

<b>Mme</b>	<b>ABBATE-LERAY Pascale</b>	Médecine générale
<b>M.</b>	<b>COUETTE Pierre-André (fin 31/08/19)</b>	Médecine générale
<b>Mme</b>	<b>DE JAEGHER-NOEL Sophie (fin 31/08/2021)</b>	Médecine générale
<b>M.</b>	<b>LE BAS François (fin 31/08/19)</b>	Médecine générale
<b>M.</b>	<b>SAINMONT Nicolas (fin 31/08/19)</b>	Médecine générale

# REMERCIEMENTS

Un grand merci au Professeur Le Coutour de me faire l'honneur de présider ce travail de thèse. Votre présence et votre expertise participent à l'aboutissement des dix dernières années d'études qui viennent de s'écouler.

Anne Laure, merci pour ton accompagnement et tes relectures rapides lors de nos échanges réguliers. Merci d'avoir accepté d'encadrer ce sujet de thèse qui me tenait à cœur.

Je remercie également le docteur Lelong Boulouard d'être présente aujourd'hui dans ce jury. Votre expertise de pharmacienne était indispensable pour bien cerner les questions soulevées lors de ce travail.

Dr De Jaegher, un grand merci d'avoir accepté de venir discuter de ce vaste sujet que sont les plantes. Merci d'apporter votre point de vue de praticienne sur ce thème que vous devez probablement rencontrer avec vos patients au cabinet.

Emmanuelle, c'est avec émotion que je t'écris ces quelques mots. Tu es le médecin qui aura le plus marqué mes trois années d'internat. Merci de m'avoir fait découvrir la vraie médecine. Pas celle des livres ou des protocoles, la vraie médecine du cœur. C'est toi qui m'auras le plus ouvert les yeux sur la relation avec les patients. Merci pour tout cela et pour les rires que j'ai parfois en repensant à ce que j'ai vécu pendant ces 6 mois à tes côtés. Merci de faire de moi aujourd'hui un vrai docteur, ça n'aurait pas eu la même saveur sans ta présence dans ce jury.

Merci également à toutes les personnes que j'ai pu rencontrer lors de mes stages d'externat et d'internat. Vous m'avez tous aidé d'une manière ou d'une autre à devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

A mon homme qui partage ma vie depuis nos 17 ans. A toi qui a supporté toutes ces années de discussions médicales et qui t'y es même intéressé (cf traitement de l'OAP et prééclampsie). Merci d'avoir participé à cette thèse et de t'être impliqué comme si c'était la tienne : concours de vitesse pour agraffer les questionnaires (j'en ri encore...), relecture, vidéos pour manier Excel, insulte de mon ordi, relecture encore ... Tu es le partenaire idéal dans chaque situation que la vie nous présente. Mon mari depuis 2 ans, merci de rendre ma vie si douce et drôle à la fois. Tu es un homme merveilleux et tu seras un père formidable. Je t'aime

A mes parents, merci de m'avoir toujours soutenu et fait confiance. Ma douce maman, la maman idéale selon ... tout le monde ! Merci pour ton amour et la force que tes mots m'ont souvent donné. Merci aussi évidemment pour tes petits plats pendant nos premières années de médecine en coloc avec Charlotte. Papa, merci d'avoir vécu ces années de médecine comme si c'était à nouveau les tiennes. Je suis moins fêtarde que toi alors tu en as beaucoup à m'apprendre sur les tonus ! J'ai été fière d'arriver à mon premier jour de stage d'externe avec ton stéthoscope (même si j'ai compris après que la membrane n'était plus très en forme). Je vous aime.

A mon Baby, ma sœurette d'amour. A toutes nos années qui sont passées si vite l'une auprès de l'autre. Je suis fière aujourd'hui de pouvoir te rejoindre du côté des doc' (avec quelques jours de retard, c'est comme pour la première étoile au ski, 3 ans et demi de moins mais tu n'es jamais bien loin et là tu me doubles !). Je serai toujours là pour toi. « Nos plaisirs n'étaient faits que de tous petits riens, mon cœur en tremble encore aujourd'hui quand j'y pense. Petite sœur, joli cœur, passent les jours passent les heures, je t'ai toujours en moi comme une fleur. Je t'ai toujours en moi, petite sœur ».

A mes grands pères, je suis heureuse de vous avoir auprès de moi en ce grand jour. Merci de l'intérêt que vous portez à chaque nouvelle étape de ma vie. Papi, Taddik, vous êtes deux grands pères exceptionnels. Merci pour les vacances merveilleuses passées à vos côtés, elles restent encore aujourd'hui dans mon cœur de doux souvenirs. A mes grands mères... J'aurais aimé que vous soyez encore là aujourd'hui. Tant de chemin parcouru ! Je pense très souvent à vous.

A ma famille de cœur, la famille que l'on s'est choisie. A vous les filles avec qui tout a été possible. Charlotte, Marie, Alix, Siriane, Mimi... Vous avez une place indélébile dans mon cœur. Merci pour les fous rires, merci pour les discussions, merci pour le shopping, les restau, les voyages, les confidences (et un peu le travail). Grace à vous je ne garderai que des bons souvenirs de ces années de galère. Heureusement qu'on s'a ! Léo, Simon, Tony Nico, Christian, merci de nous supporter (dans tous les sens du terme). Vous avez une grande place dans mon cœur. Vous êtes des personnes « extraordinaires » (spéciale dédicace à toi best témoin), et pas seulement parce que vous êtes les mecs de mes copines.

A toi petit tic-tac, qui deviens docteur avec moi aujourd'hui, j'ai hâte de faire ta connaissance... Je ferai tout pour te faire découvrir la vie avec des yeux bienveillants. On se voit en janvier ...



## ABREVIATIONS (classées par ordre alphabétique)

AFIPA : Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable.

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation de l'Environnement et du Travail

LEEM : Les Entreprises du Médicaments

MC : Médicament Classique

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PBP : Produit à Base de Plantes

TNS Sofres : Société Française d'Etude et de Sondage

# INDEX TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : Schéma des principales interrogations soulevées au cours de la thèse. Page 3.

Figure 2 : Répartition des départements de provenance des questionnaires. Page 8.

Figure 3 : (gauche) Répartition homme – femme des participants en Basse Normandie (droite) Répartition homme – femme des participants dans les trois départements. Page 9.

Figure 4 : Répartition de l'âge des participants de Basse Normandie. Page 9.

Figure 5 : (gauche) Répartition des participants selon leur territoire de vie Page 10.

Figure 6 : (gauche) Répartition des patients selon leurs antécédents en Basse Normandie (droite) Répartition des patients selon leurs antécédents dans les trois départements. Page 11.

Figure 7 : (gauche) Répartition des préférences des patients sur le type de produit utilisé pour leur traitement en Basse Normandie (droite) Répartition des préférences des patients sur le type de produit utilisé pour leur traitement dans les trois départements. Page 13.

Figure 8 : (gauche) Confiance dans les produits à base de plantes en Basse Normandie (droite) Confiance dans les produits à base de plantes dans les trois départements. Page 14.

Figure 9 : (gauche) Confiance déclarée dans les médicaments classiques en Basse Normandie (droite) Confiance déclarée dans les médicaments classiques dans les trois départements. Page 14.

Figure 10 : (gauche) Ressenti sur l'impact positif que pourrait avoir un produit à base de plantes sur la santé en Basse Normandie (droite) Ressenti sur l'impact positif que pourrait avoir un produit à base de plantes sur la santé dans les trois départements. Page 16.

Figure 11 : (gauche) Ressenti sur l'impact positif que pourrait avoir un médicament classique sur la santé (droite) Ressenti sur l'impact positif que pourrait avoir un médicament classique dans les trois départements. Page 16.

Figure 12 : (gauche) Ressenti sur l'impact négatif que pourrait avoir un produit à base de plantes sur la santé en Basse Normandie (droite) Ressenti sur l'impact négatif que pourrait avoir un produit à base de plantes sur la santé dans les trois départements. Page 18.

Figure 13 : (gauche) Ressenti sur l'impact négatif que pourrait avoir un médicament classique sur la santé en Basse Normandie (droite) Ressenti sur l'impact négatif que pourrait avoir un produit à base de plantes sur la santé dans les trois départements. Page 18.

Figure 14 : (gauche) Ressenti sur le risque d'interaction entre médicaments classiques et produits à base de plantes en Basse Normandie (droite) Ressenti sur le risque d'interaction entre médicaments classiques et produits à base de plantes dans les trois départements. Page 20.

Figure 15 : (gauche) Utilisation déclarée de produits à base de plantes en Basse Normandie (droite) Utilisation déclarée de produits à base de plantes dans les trois départements. Page 21.

Figure 16 : Proportion des produits à base de plantes utilisés. Page 22.

Figure 17 : Origine de l'orientation vers les produits à base de plantes en Basse Normandie et dans les trois départements. Page 23.

Figure 18 : Lieux d'approvisionnement déclarés pour les produits à base de plantes en Basse Normandie et dans les trois départements. Page 24.

Figure 19 : (gauche) Ressenti sur l'importance de l'information au médecin traitant en Basse Normandie (droite) Ressenti sur l'importance de l'information au médecin traitant dans les trois départements. Page 25.

Figure 20 : (gauche) Discussion avec le médecin traitant sur le sujet des plantes en Basse Normandie (droite) Discussion avec le médecin traitant sur le sujet des plantes dans les trois départements. Page 26.

Figure 21 : Evolution du nombre d'états membres réglementant la médecine traditionnelle et les médicaments à base de plantes. Page 29.

Figure 22 : Profil schématique des 4 grands type de personnalité de patient. Page 37.

Tableau 1 : Répartition des âges dans les trois départements. Page 10.

Tableau 2 : Variables pouvant influencer sur la décision de prise de produits à base de plantes en Basse Normandie. Les valeurs significatives sont indiquées en gras. Page 12.

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
---------------------	----------

<b>Matériel et méthode</b>	<b>4</b>
----------------------------	----------

I)	Choix de la méthode	4
II)	Matériel	4
	1) Caractéristiques de l'étude	
	2) Critères d'inclusion et de non inclusion	
	3) Variables de l'étude	
III)	Méthode	5
	1) Questionnaire	
	a) Elaboration du questionnaire	
	b) Questionnaires tests	
	c) Questionnaire final	
	2) Echantillon	
	a) Méthode d'échantillonnage	
	b) Recrutement des cabinets	
	c) Recrutement des patients	
	3) Collecte des questionnaires	
	4) Analyse statistique	

<b>Résultats</b>	<b>8</b>
------------------	----------

I)	Caractéristiques de la population	8
	1) Sexe	
	2) Age	
	3) Type de territoire	
	4) Antécédents	
	5) Test des variables pouvant influencer dans le choix de l'utilisation d'un produit à base de plantes	
II)	Comparaison produits à base de plantes et médicaments classiques	12
	1) Préférence dans le choix du produit	
	2) Confiance dans les produits à base de plantes et les médicaments classiques	
	a) Produits à base de plantes	
	b) Médicaments classiques	
	3) Ressenti sur l'impact positif des produits à base de plantes et des médicaments classiques	
	4) Ressenti sur l'impact négatif des produits à base de plantes et des médicaments classiques	
	5) Ressenti sur les risques d'interactions	
III)	Consommation des produits à base de plantes	21
	1) Utilisation des produits à base de plantes	
	2) Type de produits utilisés	
	3) Orientation vers les produits à base de plantes	
	4) Lieu d'approvisionnement	
IV)	Relation médecin-patient	25
	1) Ressenti sur l'importance de l'information au médecin traitant	
	2) Discussion sur les produits à base de plantes	
V)	Questions ouvertes	27
	1) Raisons évoquées lors du choix de la phytothérapie	
	2) Raisons évoquées lors du choix des médicaments classiques	
	3) Situations ayant amené à l'utilisation de produits à base de plantes	
	4) Raisons de l'importance de discuter des plantes avec le médecin traitant	
	5) Raisons pour laquelle le sujet des plantes n'est pas abordé	

<b>Discussion</b>	<b>28</b>
-------------------	-----------

I)	Réglementation et utilisation des plantes au XXIème siècle	28
	1) Place des produits à base de plantes dans le monde	
	a) Economie	

	b) Réglementation	
	c) Place des produits à base de plantes selon les pays	
	2) Place des produits à base de plantes en France	
	a) Economie	
	b) Réglementation	
II)	Points forts et points faibles de l'étude .....	30
	a) Points forts de l'étude	
	b) Points faibles et biais de l'étude	
III)	Le patient et les plantes .....	32
	1) Utilisation des produits à base de plantes	
	2) Vision par rapport aux médicaments classiques	
	3) Risques pour les patients	
IV)	Le patient et le médecin .....	35
	1) Le patient vis à vis de son médecin	
	2) Le médecin vis à vis de son patient	
V)	Le médecin et les plantes .....	38
	1) Utilisation des produits à base de plantes par les médecins généralistes	
	2) Formation	
	3) Aide à la recherche d'interactions ou de contre-indications	
	a) Ouvrage papier	
	b) Revue scientifique	
	c) Site internet	
<b>Conclusion</b> .....		<b>43</b>
<b>Bibliographie</b> .....		<b>46</b>
<b>Annexes</b> .....		<b>44</b>

# INTRODUCTION

Du grec phyton « plante » et therapein « soigner », la phytothérapie est, selon l'OMS une médecine traditionnelle reconnue et utilisée depuis des millénaires à travers le monde (1). Ainsi, les premières bribes de la pratique de la phytothérapie, datent de plus de 1500 ans avant Jésus Christ, comme en témoignent les tablettes sumériennes retrouvées à Nippur ou le papyrus d'Ebers (2).

En France, au fil des siècles, les connaissances en phytothérapie se sont enrichies avec la découverte de nouvelles plantes rapportées des continents explorés. On retrouve ainsi à chaque époque de l'Histoire des ouvrages recensant les plantes médicinales et témoignant de l'importance qu'elles pouvaient avoir dans la prise en charge médicale.

Puis au XX<sup>ème</sup> siècle, les avancées de la chimie de synthèse ont rapidement détrôné la phytothérapie. La population, attirée par les progrès de la science, a peu à peu délaissé les plantes qui étaient pourtant à l'origine des médicaments de synthèse (3). Le dernier diplôme d'herboriste a ainsi été délivré en septembre 1941 (4).

Suite à cela, on aurait pu imaginer que la phytothérapie allait tomber dans l'oubli, d'autant plus qu'elle allait subir plusieurs vagues de déremboursement de la part de la sécurité sociale, rendant l'accès aux plantes onéreux.

Et pourtant, en ce début du XXI<sup>ème</sup> siècle, il est impossible de nier la place qu'occupent les produits à base de plantes (PBP) dans la vie médicale des français. Aucune journée de consultation d'un médecin généraliste ne se déroule sans qu'un patient demande conseil ou évoque la prise de PBP. Pas à pas, ils remontent dans l'estime des français. Une étude publiée en mai 2011 et réalisée par LEEM et TNS Sofres montre en effet que 64% des français font confiance à la phytothérapie et que 45% des français disent y avoir recours (5).

On peut imaginer que ce retour aux plantes est un phénomène sociétal. En effet, les français semblent être en recherche de produits qu'ils pensent être plus sains dans leur vie quotidienne. Ceci est mis en évidence par l'évolution croissante des produits « biologiques », ainsi que des labels « sans colorants, sans conservateurs » proposés aussi bien dans l'alimentation que dans la cosmétique. La santé est donc également touchée par cette vague de « naturel » et les patients ont tendance à se tourner de plus en plus vers les PBP. Bien que désormais non remboursés (en dehors de quelques exceptions), les produits de phytothérapie restent bien entendu encadrés par la législation. La liste des plantes médicinales est disponible dans la 11<sup>ème</sup> édition de la pharmacopée française (6). On peut y retrouver les 546 plantes autorisées et décrites de manière précise. Toutes ces plantes sont disponibles en pharmacie, lieu où les patients peuvent bénéficier des conseils avisés de leur pharmacien, formé au cours de ses études à la phytothérapie.

Les français semblent donc en demande d'une médecine naturelle et aux vues de nos constatations précédentes, on peut penser qu'ils peuvent se la procurer de manière encadrée et sûre.

Cependant, certains aspects de l'utilisation des plantes restent non maîtrisables ou obscurs et par conséquent difficilement évaluables.

Ainsi le premier point d'incertitude, qui fera également l'objet de la question de recherche de cette thèse, touche la vision des patients sur les produits à base de plantes. En effet, la patientèle de médecine générale, à l'image de la population française, est plutôt vieillissante (7), impliquant souvent une polymédication du fait de nombreux antécédents. Nous chercherons donc à évaluer la manière dont les patients considèrent les PBP par rapport aux médicaments classiques (MC). Le but est de savoir si les patients sont conscients du fait que les PBP contiennent des principes actifs tout aussi puissants que les MC, et par conséquent tout aussi à risque d'effets indésirables ou d'interactions si jamais ils consomment déjà d'autres traitements.

La deuxième inconnue réside dans le fait que bien qu'une majorité des patients se fournissent en pharmacie, une partie d'entre eux peut tout de même avoir accès à certains produits dans d'autres structures. Grâce à la sortie du monopole pharmaceutique de 148 plantes en 2008 (8), les magasins biologiques, herboristes, mais aussi grandes surfaces ont désormais la possibilité de mettre en vente des produits à base de plantes. La vente sur internet a également permis un accès facilité à de nombreux produits liés à la santé. Enfin, on peut souligner qu'il est facile de se procurer des plantes en les faisant pousser dans son propre jardin. En résumé, on ne maîtrise pas tous les lieux d'approvisionnement des PBP.

Les deux points précédents soulèvent une troisième inconnue liée au fait que 80% des français pratiquent l'automédication (9). Les patients s'exposent en effet bien à des risques si l'automédication n'est pas réalisée au sein de structures encadrées car cela implique alors une absence de conseils du professionnel de santé. Alors où les patients vont-ils chercher leurs conseils ?

Enfin un dernier aspect reste obscur. Selon une thèse qualitative réalisée auprès de patients de médecine générale, beaucoup d'entre eux ne discutent pas de phytothérapie avec leur médecin. Les raisons sont multiples : impression de désintérêt de la part de leur médecin, de manque de connaissance de celui-ci ou encore la peur d'être jugé (10). Mais la clé d'une relation de confiance entre médecin est dialogue n'est-elle pas justement le dialogue ?

Cette introduction nous a permis de soulever plusieurs points restant à éclaircir dans l'utilisation des PBP par les patients de médecine générale.

Au travers de cette thèse nous allons donc essayer de comprendre la vision ainsi que l'utilisation des PBP des patients de médecine générale en Basse Normandie et dans les trois départements.

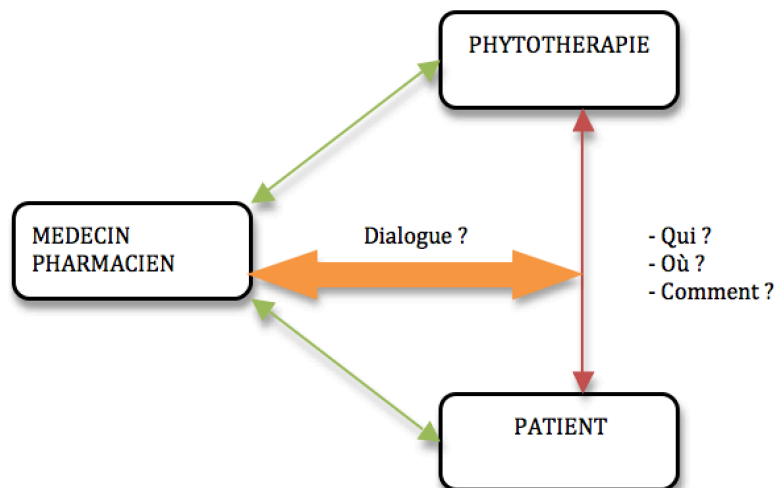


Figure 1 : Schéma des principales interrogations soulevées au cours de la thèse

L'objectif principal de cette thèse, soulevé dans le premier point, sera de déterminer si les patients de médecine générale sous estiment l'effet pharmacologique des PBP, en particulier par rapport aux MC.

Nous nous attacherons parallèlement à trouver des éléments de réponses aux autres points d'incertitude soulevés : le lieux d'approvisionnement, le conseil reçu et enfin le dialogue avec le médecin traitant.



# MATERIEL ET METHODE

## **I) CHOIX DE LA METHODE**

L'objectif de ce travail était d'évaluer la vision et l'utilisation de la phytothérapie par les patients de médecine générale de Basse Normandie.

Le choix de la réalisation de l'étude sur un axe quantitatif nous a paru plus adapté devant la nécessité de recueillir un nombre de réponses important pour être le plus représentatif possible de la population générale de Basse Normandie.

## **II) MATERIEL**

### 1) CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle menée grâce à une enquête descriptive transversale quantitative par questionnaires.

L'étude multicentrique a été réalisée dans les 3 départements de Basse Normandie : l'Orne, le Calvados et la Manche, entre le 14 février et le 14 juin 2019, au moyen de questionnaires mis à disposition des patients dans les salles d'attente des médecins généralistes.

La population ciblée était les patients de médecine générale de Basse Normandie.

### 2) CRITERES D'INCLUSION ET DE NON INCLUSION

Les critères d'inclusion étaient les suivants : patients consultant chez leur médecin généraliste, âgés de 18 ans ou plus et en capacité de pouvoir répondre à un questionnaire.

Les critères de non inclusion étaient : âge inférieur à 18 ans et/ou en incapacité à répondre au questionnaire.

Certains cabinets comptaient des médecins adeptes de l'utilisation de la phytothérapie, d'autres réfractaires à cette pratique. Certains médecins présentaient une opinion neutre en ce qui concerne les plantes.

### 3) VARIABLES DE L'ETUDE

Les variables de l'étude étaient les suivantes : le sexe du patient, son âge, son territoire de vie, ses antécédents, sa vision personnelle des PBP seuls et par rapport aux MC, son utilisation personnelle des PBP et sa relation avec le médecin généraliste vis à vis de ce sujet.

Les informations recueillies étaient déclaratives et n'ont donc pas pu être vérifiées.

## **III) METHODE**

La méthodologie de cette étude a été validée par le Dr Morello, responsable de l'Unité de Biostatistique et Recherche Clinique (UBRC) du centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen. Il a conclu à un nombre de questionnaires minimal « N » nécessaire de 200 avec une cible de 9 à 10 cabinets de médecine générale.

### 1) QUESTIONNAIRE

#### a) Elaboration du questionnaire (annexe 1)

Le questionnaire a été rédigé en deux fois. Une première ébauche a été réalisée en janvier 2019. Elle comportait les thématiques nous semblant pertinentes pour répondre à la problématique, en s'appuyant sur les données de la littérature voulant être comparées chez les patients de Basse Normandie.

Le questionnaire a ensuite été modifié par le Dr Morello en février 2019, dans l'objectif de répondre au mieux à l'objectif de la thèse.

#### b) Questionnaires tests

Le questionnaire a par la suite été testé par les proches du promoteur (professionnels médicaux ou non) puis par des patients dans un cabinet de médecine générale de Haute Normandie (76250 DEVILLE LES ROUEN). Ces questionnaires tests n'ont pas été inclus dans l'étude. Le questionnaire n'a pas été modifié à la suite de ces tests.

#### c) Questionnaire final

Le questionnaire final comportait 20 questions dont la plupart étaient des questions fermées (17 questions fermées dont 3 avec la possibilité d'une réponse ouverte à l'issue de la question et 3 questions ouvertes). Ce choix a été fait pour permettre une rapidité de réponse au questionnaire, ne pas décourager le patient et lui permettre d'avoir le temps de terminer le questionnaire avant la consultation avec son médecin.

La première partie regroupait les données sociodémographiques du patient. Les 3 parties suivantes se penchaient sur : la vision personnelle du patient sur les PBP, son utilisation personnelle et enfin la relation avec son médecin traitant.

## 2) ECHANTILLON

### a) Méthode d'échantillonnage

La méthode de sélection des cabinets de médecine générale a été réalisée de manière empirique (non probabiliste), au jugé, c'est à dire que la sélection des cabinets a été réalisée par le promoteur en fonction de l'idée qu'il se faisait de la population. Il a été privilégié des cabinets regroupant plusieurs médecins généralistes pour favoriser la diversité des patients.

### b) Recrutement des cabinets

Les cabinets ont été contactés par téléphone par le promoteur. Une première explication orale a été réalisée, à l'issue de laquelle une demande d'autorisation d'envoi de questionnaires a été faite. 5 cabinets ont répondu négativement à la demande de participation à l'étude. 10 cabinets ont accepté d'y participer. Une enveloppe contenant 30 questionnaires a été adressée aux cabinets volontaires. Cette enveloppe contenait également une fiche informative à destination des médecins et récapitulant l'objectif de l'étude (annexe 2), une fiche explicative à destination des patients à afficher dans la salle d'attente (annexe 3), une enveloppe affranchie pour le retour des questionnaires ainsi que 2 stylos.

### c) Recrutement des patients

La sélection des sujets a été faite de manière volontaire. Les questionnaires étaient à disposition dans la salle d'attente des médecins, les patients avaient alors la possibilité ou non de participer à l'étude. Il était bien précisé aux patients que les questionnaires étaient anonymes.

## 3) COLLECTE DES QUESTIONNAIRES

Les cabinets ont été contactés par appel téléphonique durant la période où le questionnaire était à disposition dans leur salle d'attente. L'objectif de l'appel était de s'assurer qu'ils ne rencontraient pas de soucis avec la diffusion du questionnaire.

Les cabinets n'ayant pas renvoyé les questionnaires dans les délais demandés ont été relancés par appel téléphonique.

Deux des cabinets n'ont pas renvoyé les questionnaires et n'ont pas répondu aux multiples relances.

#### 4) ANALYSE STATISTIQUE

Tous les questionnaires reçus ont été retranscrits sous forme d'un tableau Excel.

Les moyennes et médianes ont été calculées grâce aux fonctions « =MOYENNE » et « =MEDIANE » du logiciel Excel.

L'analyse statistique a été réalisée avec l'aide du Dr Morello grâce au logiciel de calcul PSPP. Le test du Chi-deux a été utilisé pour les comparaisons des variables qualitatives. Le risque alpha a été choisi égal à 5%, p était significatif lorsqu'il était inférieur à 0,05. Le khi-deux de Pearson a été utilisé lorsque cela était possible (effectif théorique supérieur à 5), lorsque l'effectif théorique était inférieur à 5, le test exact de Fisher a été privilégié.

# RESULTATS

Au total, 15 cabinets ont été contactés, 10 cabinets ont accepté de participer à l'étude et ont reçu les questionnaires et 8 cabinets ont renvoyés les questionnaires remplis.

300 questionnaires ont été envoyés aux cabinets, 171 questionnaires sont parvenus remplis au promoteur et l'un d'entre eux a été exclu (âge < 18 ans).

Le nombre total de questionnaires analysés s'élève donc à 170.

Dans le détail, nous avons ainsi pu recueillir entre février et juin 2019: 48 questionnaires dans la Manche, 81 questionnaires dans l'Orne et 41 questionnaires dans le Calvados.

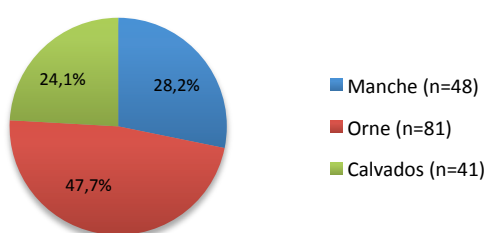


Figure 2 : Répartition des départements de provenance des questionnaires

## I) CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Cette première partie va nous permettre de dresser le profil des patients ayant participé à l'étude. Nous avons choisi de nous intéresser au résultat global retrouvé en Basse Normandie puis de comparer chacun des résultats au sein des trois départements de la région.

## 1) SEXE (taux de réponse : 100%)

Parmi les participants au questionnaire, la répartition est de 23,5% d'hommes (n=40) et 76,5% de femmes (n=130). Le sexe ratio F/H est donc de 3,3 (soit 3,3 femmes pour 1 homme).

Avec  $p = 0,391 (>0,05)$ , on ne retrouve pas de différence significative concernant le sexe des participants dans les trois départements.

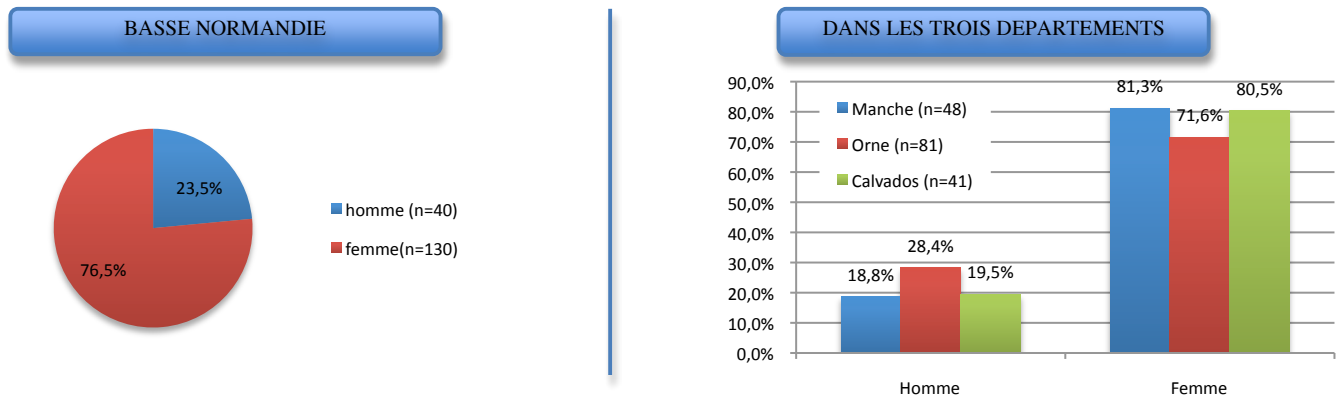


Figure 3 : (gauche) Répartition homme – femme des participants en Basse Normandie (droite) Répartition homme – femme des participants dans les trois départements

## 2) AGE (taux de réponse : 95%)

Parmi les participants ayant déclaré leur âge, la moyenne d'âge retrouvée en Basse Normandie est de 49,9 ans. Le plus jeune participant a 18 ans et le plus âgé 87 ans. La médiane de l'âge est de 50,0 ans. 9 femmes n'ont pas souhaité indiquer leur âge.

Chaque tranche d'âge présente des effectifs similaires, en dehors des 80-89 ans qui ne comptent que 3 représentants. On peut observer ci-dessous leur répartition.

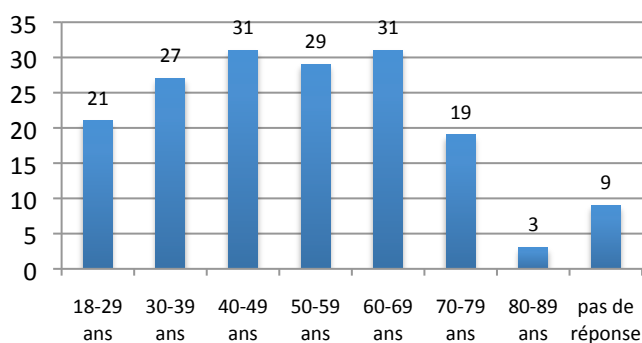


Figure 4 : Répartition de l'âge des participants de Basse Normandie

On remarque que l'âge moyen de réponse au questionnaire est légèrement plus élevé dans l'Orne avec une moyenne d'âge de 52,7 ans.

Avec  $p = 0,104 (>0,05)$ , la différence n'est pas significative entre les trois départements en ce qui concerne l'âge des participants.

Tableau 1 : Répartition des âges dans les trois départements

	Moyenne d'âge	Médiane d'âge	Âges extrêmes
<b>Manche</b>	47,9 ans	48 ans	21 ans – 83 ans
<b>Orne</b>	52,7 ans	52 ans	18 ans – 87 ans
<b>Calvados</b>	46,6 ans	48 ans	22 ans – 77 ans
<b>Tous départements confondus</b>	49,9 ans	50 ans	18 ans – 87 ans

### 3) TYPE DE TERRITOIRE (taux de réponse : 98%)

La répartition des participants de Basse Normandie au sein de leur territoire de vie met en évidence que 53,5% (n=91) d'entre eux vivent en zone rurale, 23,5% (n=40) en zone urbaine et 21,2% (n=36) en zone péri-urbaine.

On retrouve une répartition géographique des territoires de vie assez superposable entre l'Orne et la Manche. Ce profil est un peu différent dans le Calvados où les participants vivant en milieu urbain sont plus nombreux (36,6% dans le Calvados contre moins de 20% dans l'Orne et la Manche).

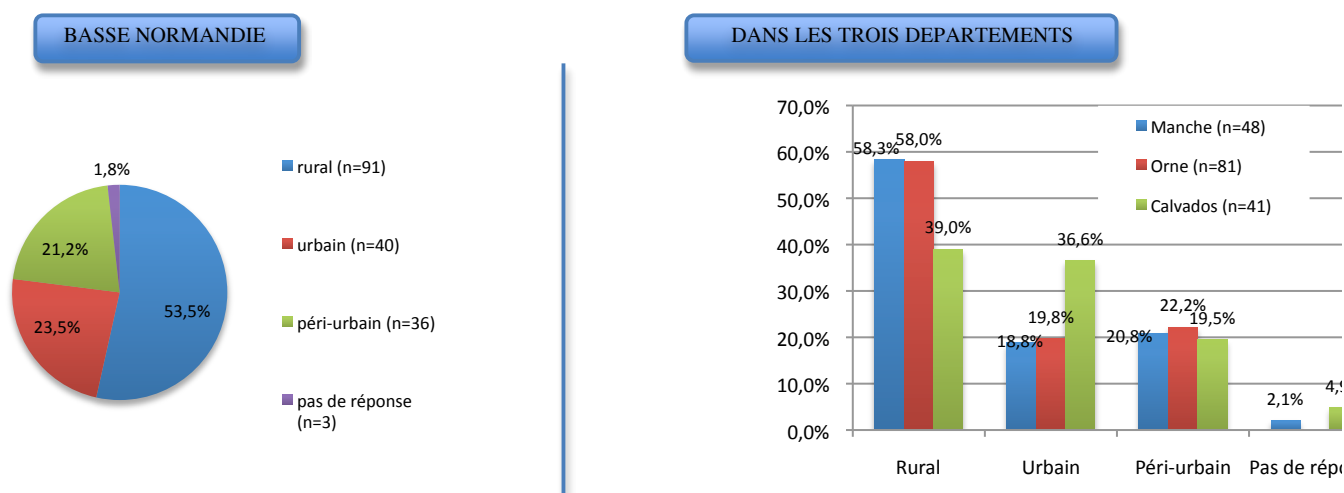


Figure 5 : (gauche) Répartition des participants selon leur territoire de vie en Basse Normandie (droite) Répartition des participants selon leur territoire de vie dans les trois départements

#### 4) ANTECEDENTS (taux de réponse : 99%)

A la question « souffrez-vous d'une maladie chronique (pathologie qui nécessite un traitement ou un suivi régulier) ? », 42,9% (n=73) répondent de manière affirmative.

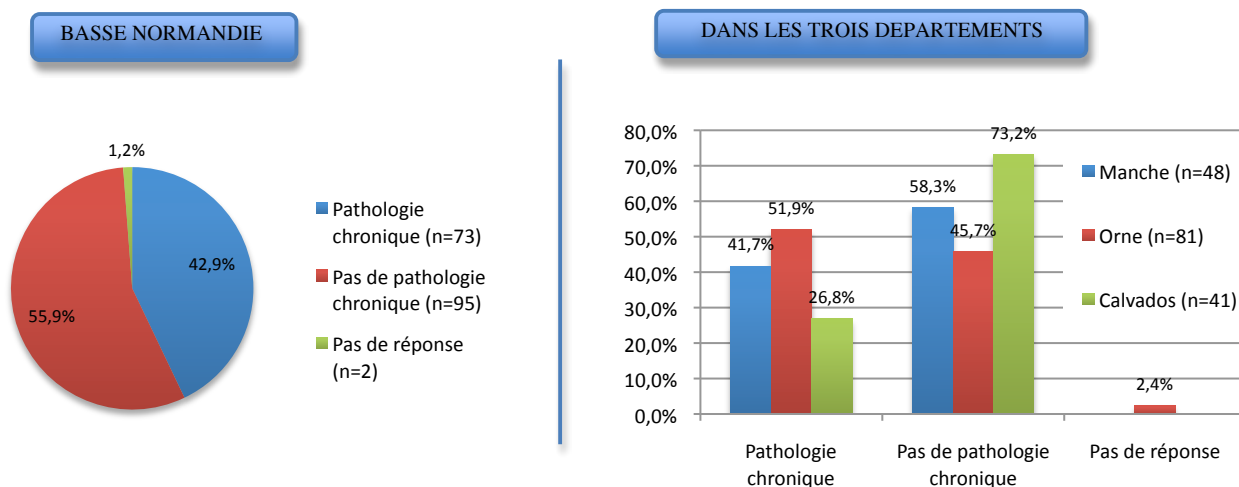


Figure 6 : (gauche) Répartition des patients selon leurs antécédents en Basse Normandie (droite) Répartition des patients selon leurs antécédents dans les trois départements

On met ainsi en évidence que les participants de l'Orne présentent à plus de 50% une pathologie chronique. La proportion de participants du Calvados présentant une pathologie chronique est plus faible (seulement un peu plus de 25% d'entre eux).

Avec  $p = 0,021 (<0,05)$ , on retrouve bien une différence significative concernant les antécédents des patients entre les trois départements.



## 5) TEST DES VARIABLES POUVANT INFLUER DANS LE CHOIX DE L'UTILISATION D'UN PBP

Devant ces résultats nous informant sur les caractéristiques de la population de l'étude, nous avons cherché à déterminer si certaines variables pouvaient influencer significativement le choix du recours à un PBP. Les résultats de cette analyse sont retranscrits dans le tableau 2 ci-dessous.

**Tableau 2 : Variables pouvant influencer sur la décision de prise de produits à base de plantes en Basse Normandie. Les valeurs significatives sont indiquées en gras.**

**Aide à la lecture : 104 femmes utilisent des PBP et 25 n'en utilisent pas / 25 hommes utilisent des PBP et 15 n'en utilisent pas. Si l'on calcule la valeur de « p » à la recherche d'une différence significative entre l'utilisation chez les hommes et chez les femmes, on trouve  $p = 0,022$ . Il y a donc bien une différence significative dans l'utilisation des BPB entre les hommes et les femmes : les femmes les utilisent significativement plus que les hommes.**

Variables	Utilisation de PBP	Pas d'utilisation de PBP	Valeur de « p »
<b>Sexe</b> Femme	104	25	<b>0,022</b> donc $p < 0,05$
Homme	25	15	
Age 18-29 ans	19	2	0,442 donc $p > 0,05$ (test de Fisher car plusieurs effectifs inférieurs à 5 dans les groupes)
30-39 ans	23	4	
40-49 ans	23	8	
50-59 ans	20	9	
60-69 ans	23	7	
70-79 ans	13	6	
80-89 ans	3	0	
Lieu de vie Urbain	30	9	0,100 donc $p > 0,05$
Rural	64	26	
Péri-urbain	33	4	
Antécédents Oui	50	22	0,100 donc $p > 0,05$
Non	77	18	

Ainsi, seul le sexe présente une corrélation significative dans le recours aux PBP: les femmes utilisent significativement plus la phytothérapie que les hommes. On ne peut en revanche pas conclure en ce qui concerne le lieu de vie et les antécédents de pathologie chronique. Une différence significative sur ces deux variables aurait peut être été observée avec un échantillon plus important. En ce qui concerne l'âge, les effectifs étant parfois très petits en fonction des classes d'âge, il est également impossible de conclure.

## II) COMPARAISON PRODUITS A BASE DE PLANTES ET MEDICAMENTS CLASSIQUES

Nous allons à présent nous pencher sur l'objectif principal de notre étude : les patients sous estiment-ils les effets pharmacologiques des PBP par rapport aux MC. Pour cela nous allons nous attacher à évaluer la confiance qu'ils leur accordent ainsi que leur vision des impacts positifs et négatifs éventuels sur la santé. A la manière du chapitre précédent, nous commencerons par la vision globale en Basse Normandie puis nous pencherons sur le détail de chaque département.

## 1) PREFERENCE DANS LE CHOIX DU PRODUIT (taux de réponse : 99%)

A la question « par que type de produit préféreriez-vous être traités ? », 37,1% des participants de Basse Normandie (n=63) déclarent ne pas avoir de préférence entre MC et PBP. 32,9% (n=56) déclarent avoir une préférence pour les produits de phytothérapie et 26,5% (n=45) pour les MC.

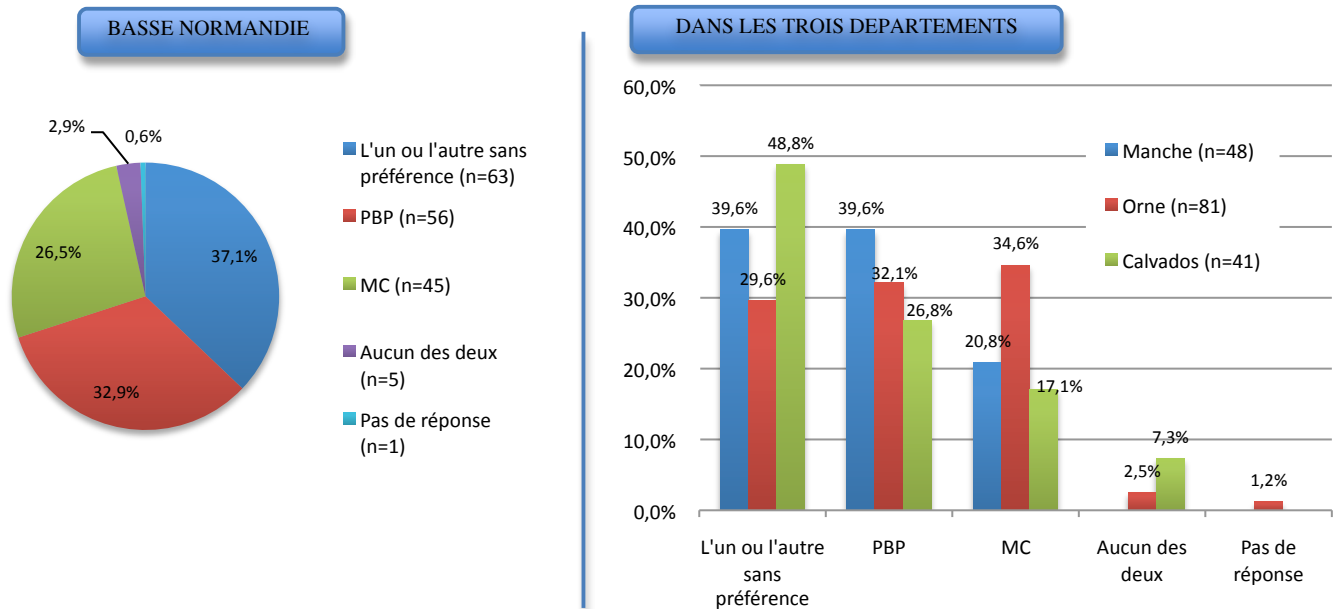


Figure 7 : (gauche) Répartition des préférences des patients sur le type de produit utilisé pour leur traitement en Basse Normandie (droite) Répartition des préférences des patients sur le type de produit utilisé pour leur traitement dans les trois départements

Si l'on regarde l'affinité des patients pour le choix du produit au sein de chaque département, on s'aperçoit que les participants de l'Orne préfèrent se tourner vers les MC. Presque 50% des participants du Calvados déclarent quant à eux ne pas avoir de préférence entre un MC et PBP.

## 2) CONFIANCE DANS LES PBP ET LES MC

Dans le but d'évaluer et de comparer la confiance accordée aux PBP et aux MC, nous avons interrogé les patients sur la vision qu'ils se font des uns puis des autres. Les questions posées étaient : « Sur une échelle de 0 à 3, à combien évaluez vous votre confiance envers les PBP ? » et « Sur une échelle de 0 à 3, à combien évaluez-vous votre confiance envers les MC ? »

a) Produits à base de plantes (taux de réponse : 100%)

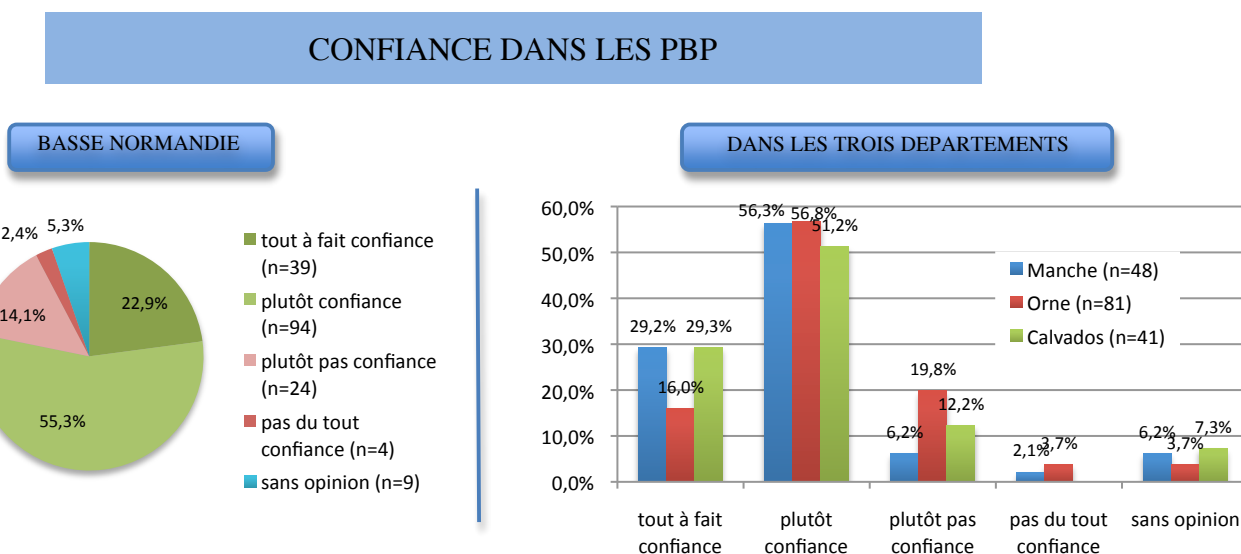


Figure 8 : (gauche) Confiance dans les produits à base de plantes en Basse Normandie (droite) Confiance dans les produits à base de plantes dans les trois départements

78,2% (n=133) des patients de Basse Normandie déclarent avoir confiance dans les PBP (22,9% (n=39) tout à fait confiance et 55,3% (n=94) plutôt confiance).

On considère que 85,5% des participants dans la Manche ont confiance dans les PBP (tout à fait confiance et plutôt confiance), 72,8% dans l'Orne et 80,5% dans le Calvados.

Malgré ces écarts, avec un p à 0,243 (>0,05), la différence n'est pas significative entre les trois départements.

b) Médicaments classiques (taux de réponse : 100%)

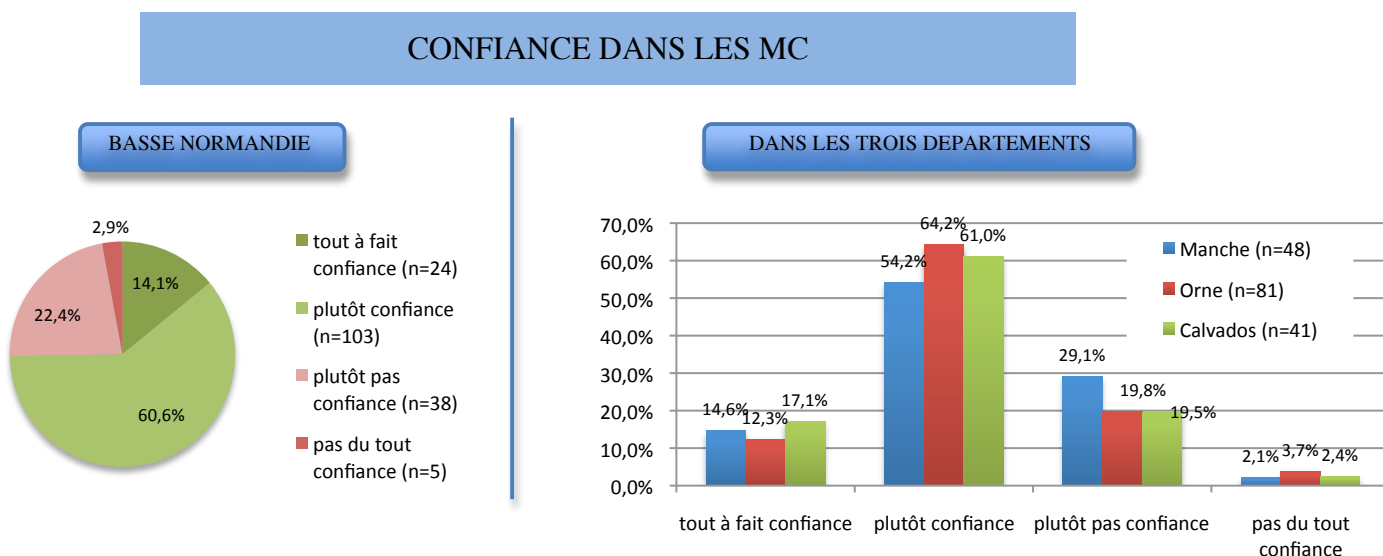


Figure 9 : (gauche) Confiance déclarée dans les médicaments classiques en Basse Normandie (droite) Confiance déclarée dans les médicaments classiques dans les trois départements

74,7% (n=127) des patients déclarent avoir confiance dans les MC (14,1% tout à fait confiance et 60,6% plutôt confiance).

Dans le détail des départements, 68,8% des participants dans la Manche déclarent faire confiance aux MC (tout à fait confiance ou plutôt confiance), contre 76,5% dans l'Orne et 78,1% dans le Calvados. Avec  $p = 0,869 (>0,05)$ , la différence n'est pas significative entre les trois départements.

### 3) RESENTI SUR L'IMPACT POSITIF DES PBP ET DES MC (taux de réponse : 100%)

Nous nous sommes ensuite intéressés plus en détail à la vision que les patients peuvent avoir de l'impact positif des PBP et des MC. Derrière le terme « impact positif », nous avons cherché à évaluer l'efficacité pharmacologique qu'ils leur imputent. La question posée était « Sur une échelle de 0 à 3, à combien évaluez-vous l'impact positif que pourrait avoir un PBP sur votre santé ? » La même question était posée pour les MC.

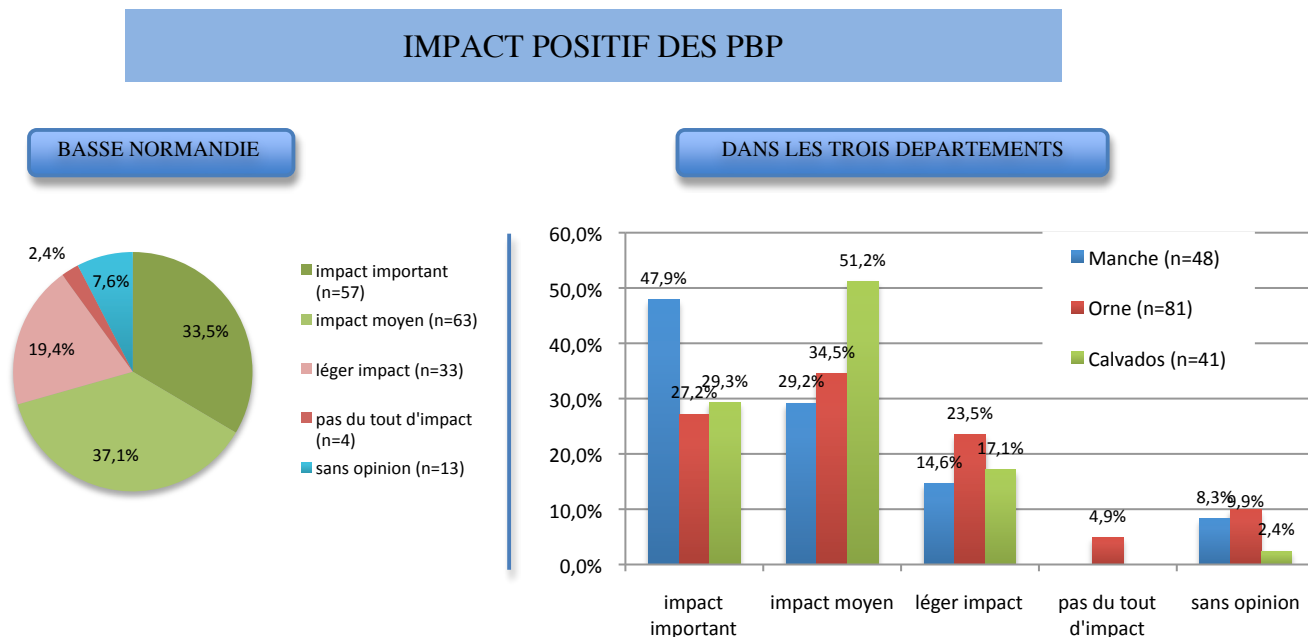


Figure 10 : (gauche) Ressenti sur l'impact positif que pourrait avoir un produit à base de plantes sur la santé en Basse Normandie (droite) Ressenti sur l'impact positif que pourrait avoir un produit à base de plantes sur la santé dans les trois départements

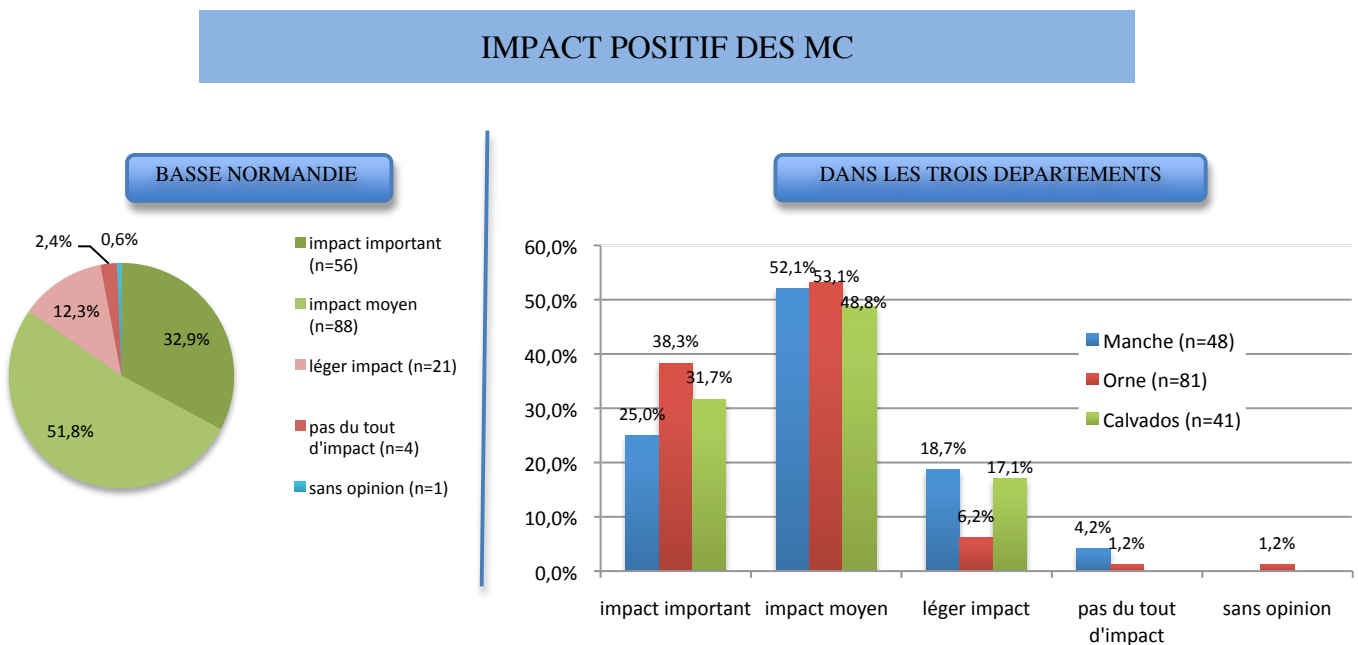


Figure 11 : (gauche) Ressenti sur l'impact positif que pourrait avoir un médicament classique sur la santé (droite) Ressenti sur l'impact positif que pourrait avoir un médicament classique dans les trois départements

Ces résultats mettent en évidence que les participants de Basse Normandie estiment que les MC apportent un impact positif plus important que les PBP. En effet ils sont 51,8% à évoquer un impact positif moyen des MC contre 37,1% pour les PBP. Les pourcentages de participants évoquant un impact positif important pour les MC et les PBP sont quant à eux quasiment superposables (32,9% contre 33,5%).

On ne retrouve pas de différence significative entre les trois départements en ce qui concerne les PBP ( $p = 0,900 > 0,05$ ). De la même façon, on ne retrouve pas de différence significative en ce qui concerne les MC ( $p = 0,239$ ).

#### 4) RESENTI SUR L'IMPACT NEGATIF DES PBP ET DES MC (taux de réponse : 100%)

Nous avons axé notre seconde interrogation sur l'impact négatif de ces mêmes produits. Avec le terme « impact négatif », le but était de déterminer si les patients craignent des effets indésirables avec l'un ou l'autre des produits.

La question posée était donc : « Sur une échelle de 0 à 3, à combien évaluez-vous l'impact négatif que pourrait avoir un PBP sur votre santé ? ». La question était la même avec les MC.

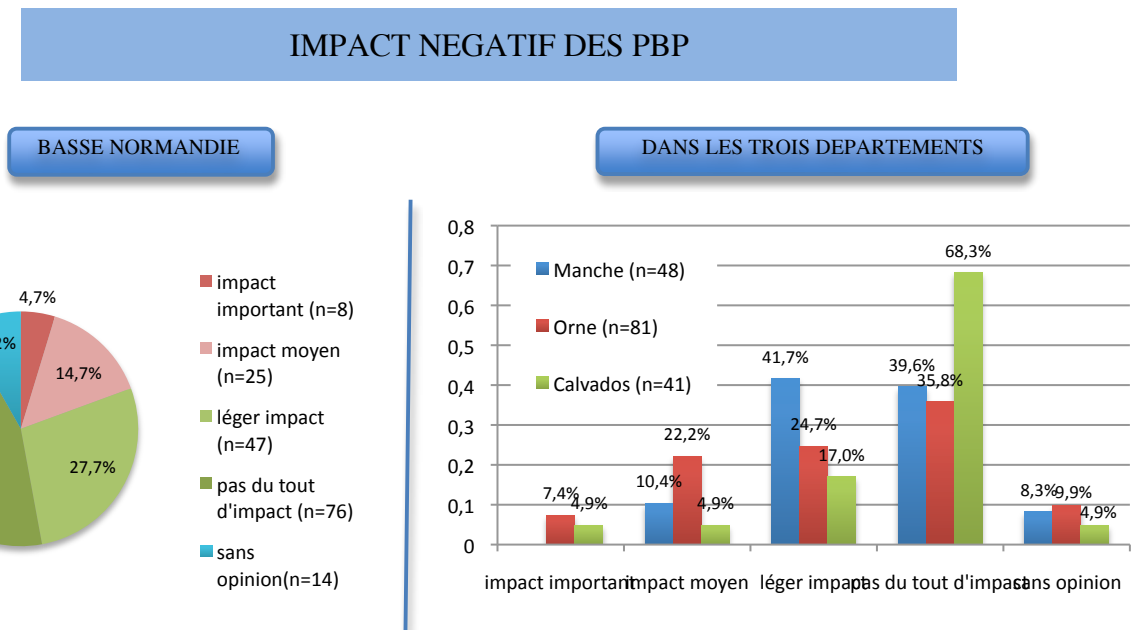


Figure 12 : (gauche) Ressenti sur l'impact négatif que pourrait avoir un produit à base de plantes sur la santé en Basse Normandie (droite) Ressenti sur l'impact négatif que pourrait avoir un produit à base de plantes sur la santé dans les trois départements

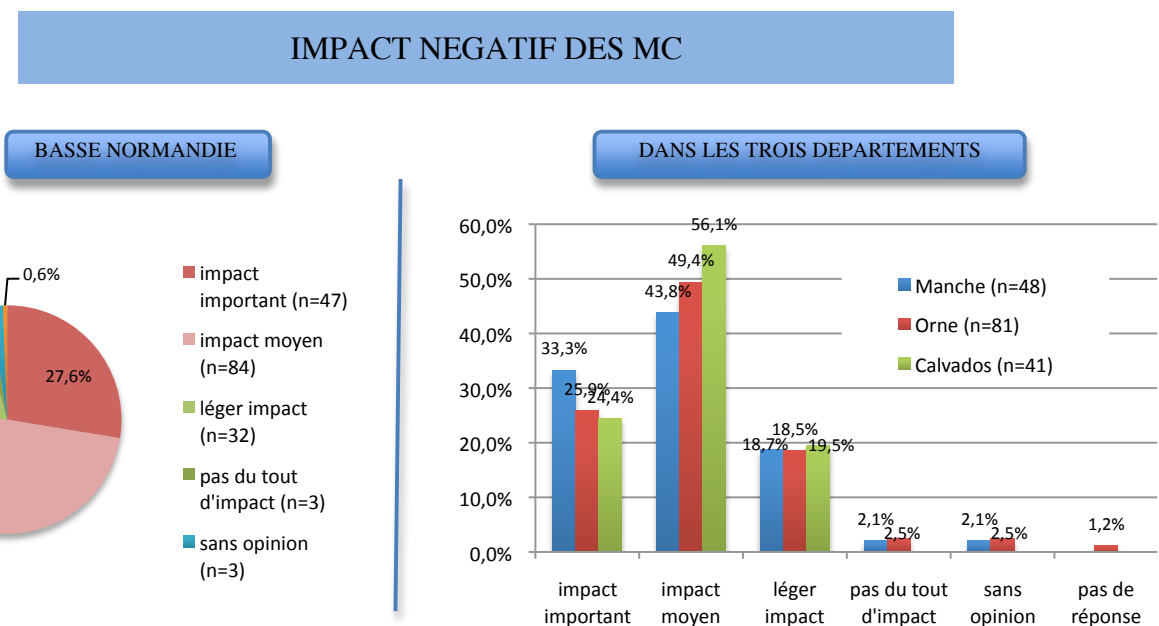


Figure 13 : (gauche) Ressenti sur l'impact négatif que pourrait avoir un médicament classique sur la santé en Basse Normandie (droite) Ressenti sur l'impact négatif que pourrait avoir un produit à base de plantes sur la santé dans les trois départements

On s'aperçoit que 44,7% des participants de Basse Normandie estiment que les PBP n'ont pas d'impact négatif sur la santé. En parallèle, ils sont 1,8% à penser cela pour les MC.

Ils sont en revanche 27,6% à penser que l'impact négatif pourrait être important avec les MC contre seulement 4,7% avec les PBP.

On peut ici mettre en évidence une différence significative dans le ressenti des patients sur l'impact des PBP entre les trois départements ( $p=0,040 < 0,05$ ). Ainsi, il n'y aurait pas d'impact négatif pour 68% des participants du Calvados alors que les autres départements sont plus partagés sur la question.

On ne retrouve pas de différence significative entre les trois départements en ce qui concerne les MC ( $p=0,956$ ).



## 5) RESENTI SUR LE RISQUE D'INTERACTION (taux de réponse : 94%)

54,7% (n=93) des participants de Basse Normandie pensent qu'il existe un risque d'interaction entre les MC et les PBP. La question posée était « Pensez-vous que les plantes puissent avoir des interactions avec les médicaments classiques ? ».

Avec un  $p = 0,373 (<0,05)$ , on ne retrouve pas de différence significative entre les trois départements.

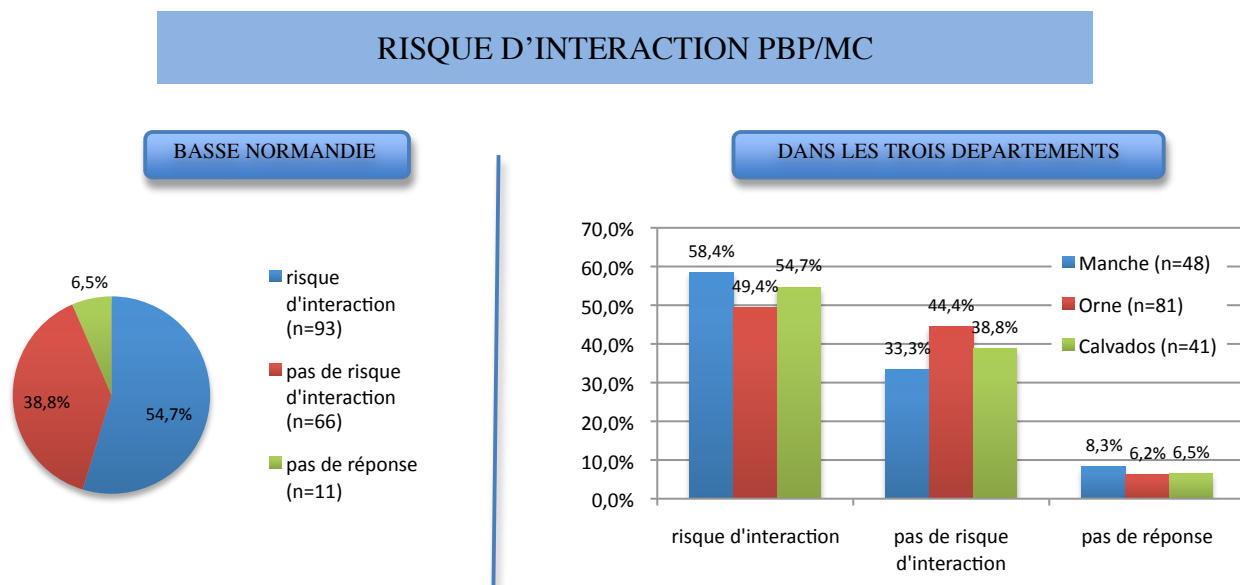


Figure 14 : (gauche) Ressenti sur le risque d'interaction entre médicaments classiques et produits à base de plantes en Basse Normandie (droite) Ressenti sur le risque d'interaction entre médicaments classiques et produits à base de plantes dans les trois départements

### III) CONSOMMATION DE PRODUITS A BASE DE PLANTES

Dans cette troisième partie, nous avons souhaité axer notre interrogatoire sur l'utilisation que font les patients des PBP. Ces questions vont nous aider à trouver des réponses aux objectifs secondaires de l'étude : quels produits ? Quel lieu d'approvisionnement ? Quels conseils dans leur choix ?

Comme précédemment, lorsque cela nous a semblé pertinent, les résultats ont été comparés entre les trois départements.

#### 1) UTILISATION DE PRODUITS A BASE DE PLANTES (taux de réponse : 99%)

Le but de la question « Avez-vous déjà utilisé un PBP ? » était d'évaluer la proportion de patient ayant déjà eu recours aux PBP. Ainsi 75,9% des participants de Basse Normandie déclarent en avoir déjà consommé. Nos interrogations quant à la vision des patients sur ce type de produit est donc bien pertinente.

Cette question est intéressante lorsqu'on la croise avec les questions précédentes. En effet, on se rend alors compte que 38,8% (n=50) des patients utilisant la phytothérapie ont un traitement chronique et que parmi eux, ils sont 32% (n=16) à penser qu'il n'y a pas d'interaction avec les médicaments classiques.

La répartition est similaire dans les trois départements.

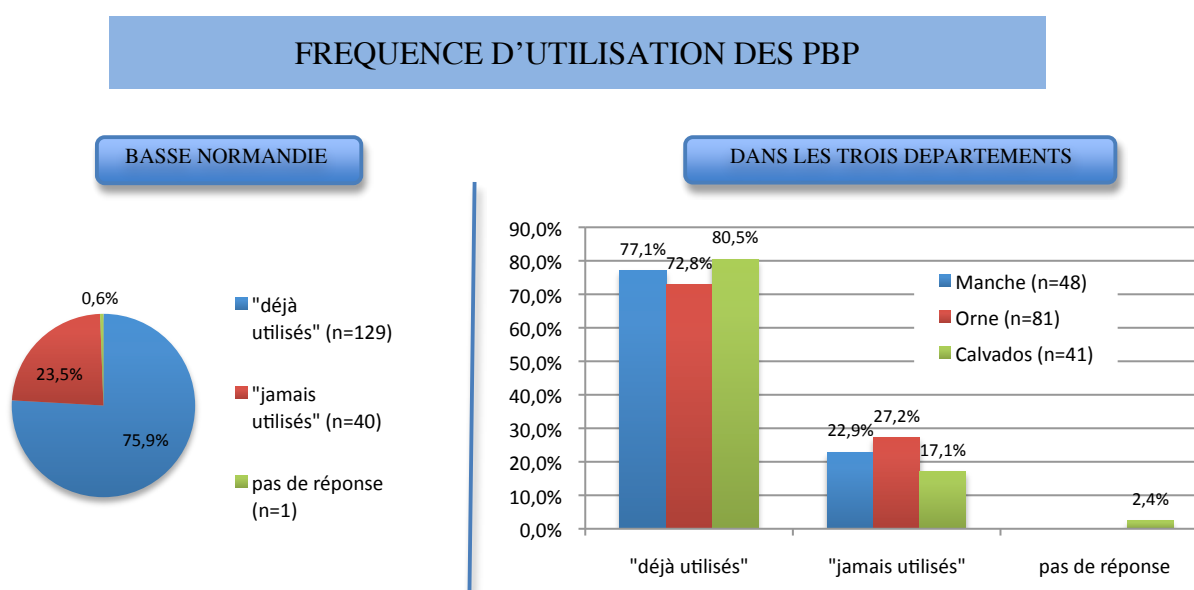


Figure 15 : (gauche) Utilisation déclarée de produits à base de plantes en Basse Normandie (droite) Utilisation déclarée de produits à base de plantes dans les trois départements

## 2) TYPE DE PRODUITS UTILISES (taux de réponse : 100%)

La question « Cochez les PBP que vous avez déjà utilisé » était une question à choix multiples. L'objectif était de nous donner une idée des produits les plus prisés des patients et donc à rechercher en priorité.

Les huiles essentielles sont les plus utilisées avec 77,7% (n=101) suivi par les tisanes à 63,1% (n=82). On peut ensuite regrouper sirop, spray nasal, comprimés, crème ou pommade et compléments alimentaires avec des proportions proches de 30%. Suivent ensuite les deux produits les moins utilisés (environ 15%) : cataplasme et spray buccal.

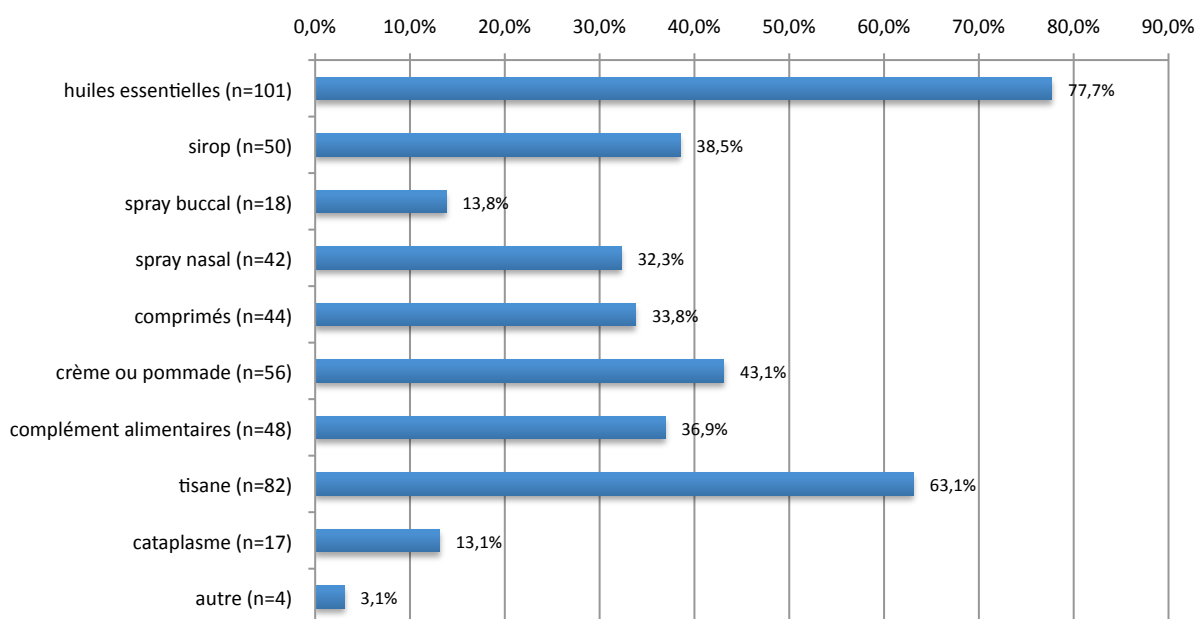


Figure 16 : Proportion des produits à base de plantes utilisés en Basse Normandie

## 3) ORIENTATION VERS LES PRODUITS A BASE DE PLANTES (taux de réponse : 100%)

Nous avons ensuite souhaité évaluer la source conduisant les patients à se tourner vers ce type de produit. Le conseil reçu peut en effet être bien différent s'il est donné par un professionnel médical ou par une personne de l'entourage.

La question « qui vous a orienté vers ce type de produits ? » permettait une réponse à choix multiples.

Ainsi, en Basse Normandie, ils sont 52,3% à reconnaître avoir déjà eu recours aux PBP grâce à leur propre connaissance (n=68). Il sont également 47,7% (n=62) à avoir déjà suivi les conseils de leur entourage avant de se tourner vers ce type de produits. Ils ne sont que 16,2% (n=21) à déclarer avoir déjà été orienté par leur médecin traitant. 37,7% (n=49) déclarent tout de même avoir déjà été conseillé par leur pharmacien.

En regardant plus en détail les réponses au sein des trois départements, on met en évidence que les participants de la Manche se tournent en grande majorité vers l'automédication puisque conseillés par leur entourage ou suivant leur propre connaissance. On retrouve une proportion également très importante d'automédication dans l'Orne et le Calvados. La proportion des participants ayant été orienté par leur pharmacien/préparateur en pharmacie est également importante dans ces deux départements (environ 40%).

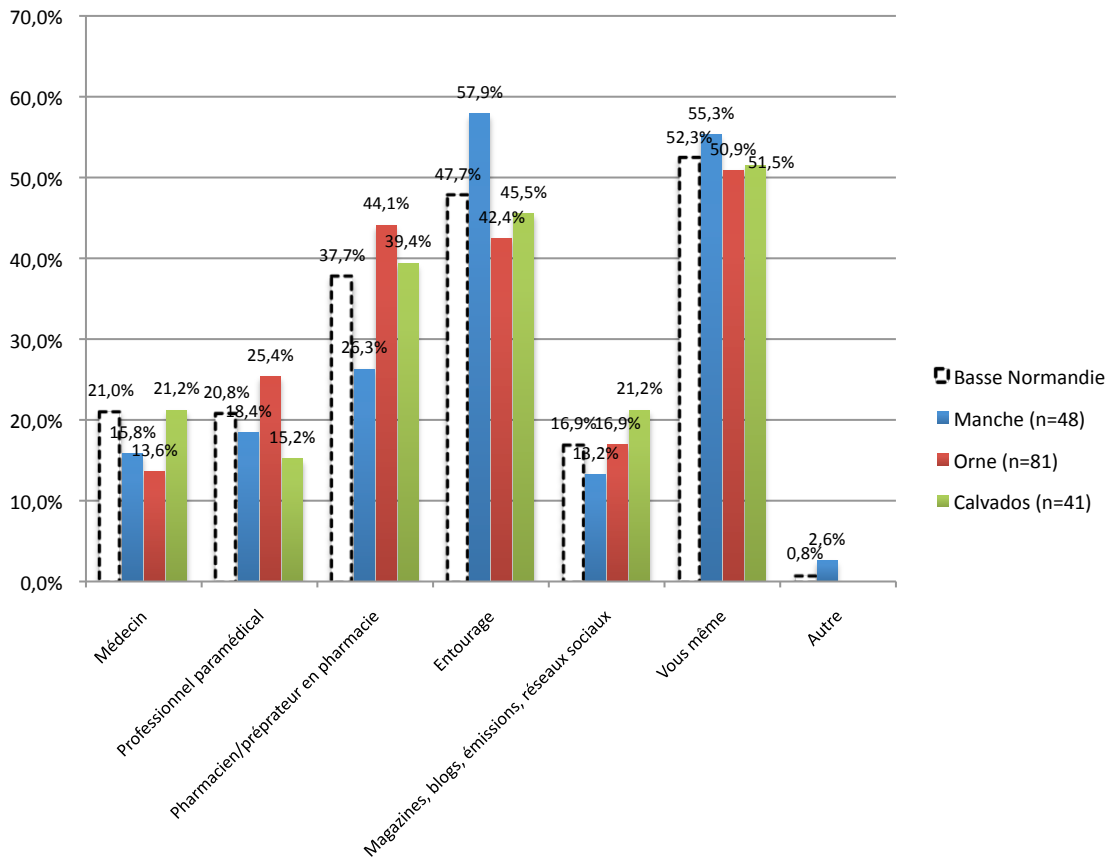


Figure 17 : Origine de l'orientation vers les produits à base de plantes en Basse Normandie et dans les trois départements

#### 4) LIEU D'APPROVISIONNEMENT (taux de réponse : 100%)

Enfin, il nous a semblé important d'interroger les patients sur le lieu au sein duquel ils se procuraient leurs PBP (« Où vous les êtes vous procurés ? » avec possibilité d'une réponse à choix multiples). En effet, comme expliqué dans l'introduction, le lieu d'approvisionnement peut renseigner sur la pertinence des conseils reçus lors de l'achat ainsi que sur la qualité du produit.

75,9% des participants (n=104) ont déclaré s'être déjà fourni en PBP au sein d'une pharmacie. Il faut tout de même noter que 37,9% (n=54) déclarent s'être déjà approvisionné en magasin biologique ou grande surface. De plus, et bien qu'ils soient beaucoup moins nombreux, ils sont 10,3% (n=19) à les avoir achetés sur internet et 6,9% (n=10) directement ramassés dans la nature.

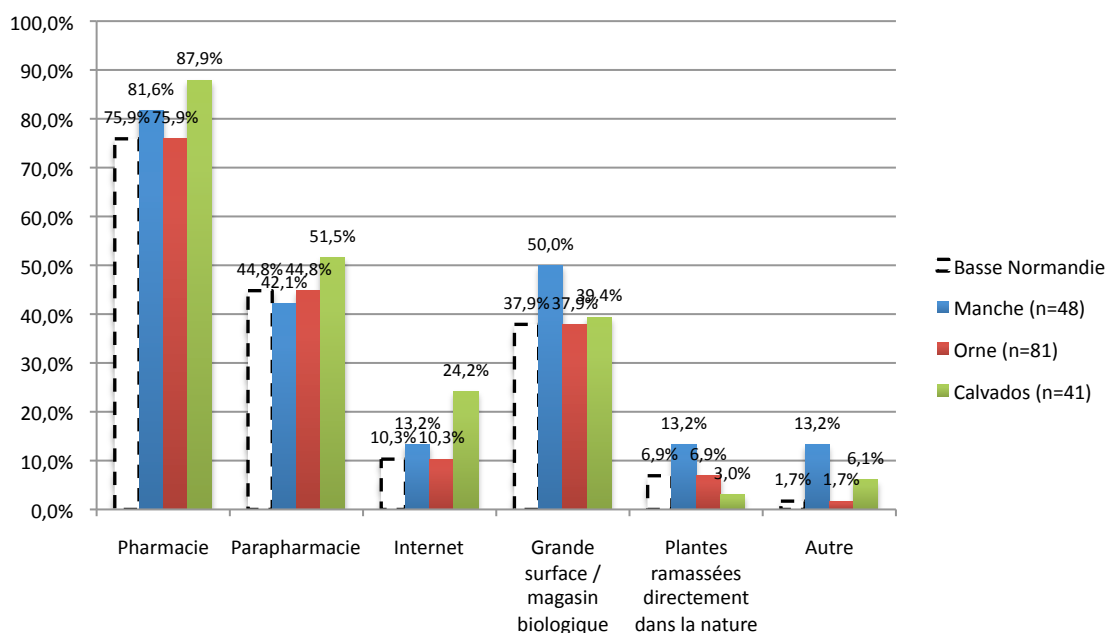


Figure 18 : Lieux d'approvisionnement déclarés pour les produits à base de plantes en Basse Normandie et dans les trois départements

## V) RELATION MEDECIN PATIENT

Pour finir, dans cette quatrième et dernière partie, nous avons choisi de nous pencher sur le relationnel que les patients souhaitent avoir avec leur médecin traitant en ce qui concerne les PBP.

D'une part, souhaitent-ils en discuter et d'autre part qu'en est-il dans les faits.

### 1) RESSENTI SUR L'IMPORTANCE DE L'INFORMATION AU MEDECIN TRAITANT (taux de réponse : 98%)

Ainsi, la question « Sur une échelle de 0 à 3, à combien évaluez vous l'importance que votre médecin traitant soit au courant de votre consommation de PBP ? » nous permet d'évaluer le besoin qu'éprouvent les patients à aborder le sujet des plantes.

71,2% des patients de Basse Normandie jugent nécessaire que le médecin traitant soit au courant de leur consommation (33,5% (n= 57) jugent cela « indispensable et 37,7% (n=64) « important »). Avec  $p = 0,555$ , la différence n'est pas significative entre les trois départements.

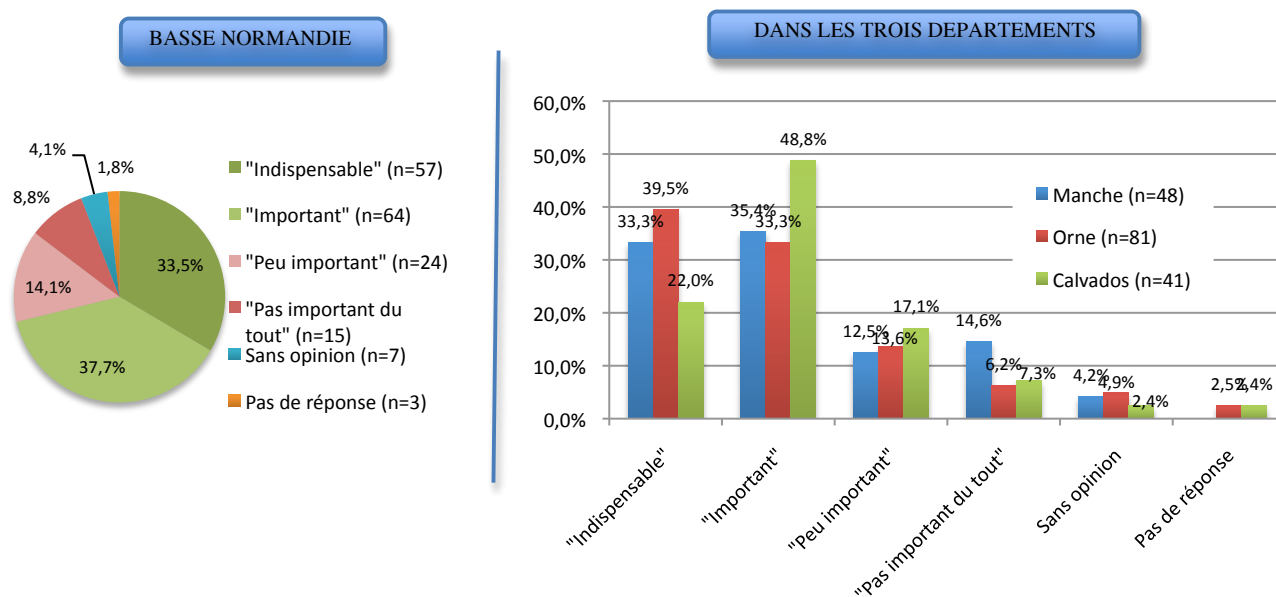


Figure 19 : (gauche) Ressenti sur l'importance de l'information au médecin traitant en Basse Normandie (droite) Ressenti sur l'importance de l'information au médecin traitant dans les trois départements

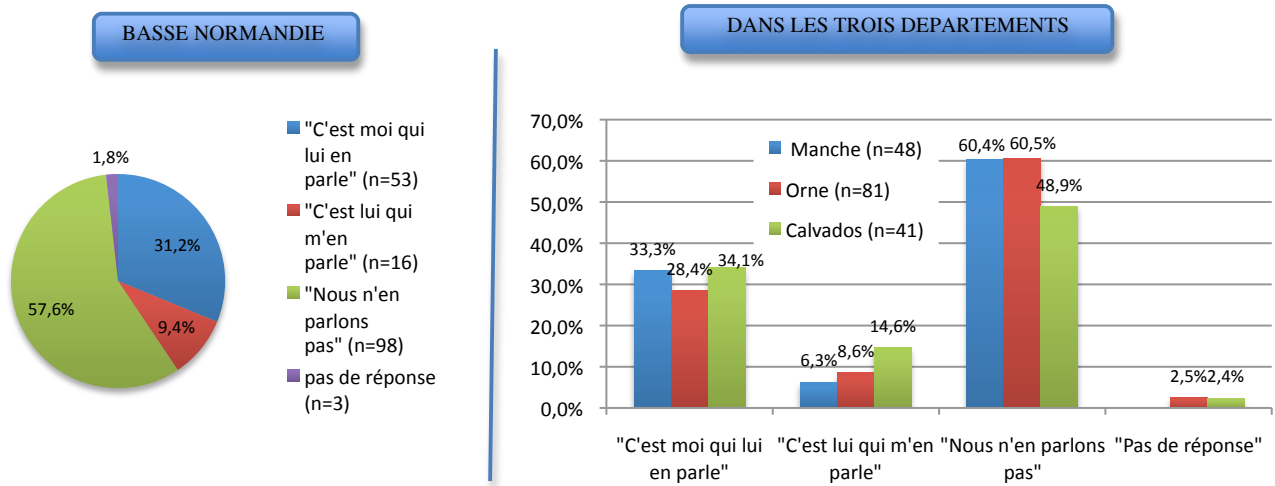
### 2) DISCUSSION SUR LES PRODUITS A BASE DE PLANTES (taux de réponse : 98%)

La question « Comment le sujet des plantes est-il abordé avec votre médecin traitant ? » clôturait notre questionnaire. Le but était de voir si ces résultats étaient bien en accord avec ceux de la question précédente. Ils sont 57,6% (n=98) à ne pas discuter de phytothérapie avec leur médecin traitant et 9,4% (n=16) seulement déclarent que leur médecin traitant a déjà abordé de lui même le sujet avec eux. On retrouve donc une inadéquation entre les réponses aux deux questions.

Cette absence de discussion pourrait être un problème. En effet, en croisant les réponses au questionnaire, on s'aperçoit que parmi les patients utilisant des PBP (n=129), 22,5% (n=29) ne parlent

pas de phytothérapie avec leur médecin traitant alors qu'ils présentent une pathologie chronique. Ils représentent donc 17% de participants potentiellement à risque qui peuvent échapper à notre surveillance.

Avec un  $p = 0,779$ , on ne retrouve pas de différence significative entre les trois départements.



**Figure 20 :** (gauche) Discussion avec le médecin traitant sur le sujet des plantes en Basse Normandie (droite) Discussion avec le médecin traitant sur le sujet des plantes dans les trois départements.

## **VI) QUESTIONS OUVERTES**

### **1) RAISONS EVOQUEES LORS DU CHOIX DE LA PHYTOTHERAPIE**

Les réponses à cette question ont été retranscrites, telles qu'elles ont été rédigées par les participants, dans un tableau disponible en Annexe 4.

### **2) RAISON EVOQUEES LORS DU CHOIX DES MEDICAMENTS CLASSIQUES**

Les réponses à cette question ont été retranscrites, telles qu'elles ont été rédigées par les participants, dans un tableau disponible en Annexe 5.

### **3) SITUATIONS AYANT AMENE A L'UTILISATION DE PRODUITS A BASE DE PLANTES**

Les réponses à cette question ont été retranscrites, telles qu'elles ont été rédigées par les participants, dans un tableau disponible en Annexe 6.

### **4) RAISONS EVOQUEES SUR L'IMPORTANT DE LA DISCUSSION SUR LES PRODUITS A BASE DE PLANTES AVEC SON MEDECIN TRAITANT**

Les réponses à cette question ont été retranscrites, telles qu'elles ont été rédigées par les participants, dans un tableau disponible en Annexe 7.

Nous avons retranscrits en italiques les réponses dans lesquelles les participants expliquaient pourquoi il leur semblait peu important de discuter de ce sujet avec le médecin traitant pour permettre de mieux les différencier.

### **5) RAISON(S) POUR LA(LES)QUELLE(S) LE SUJET DES PLANTES N'EST PAS ABORDE**

Les réponses à cette question ont été retranscrites, telles qu'elles ont été rédigées par les participants, dans un tableau disponible en Annexe 8.



# DISCUSSION

## I) REGLEMENTATION ET UTILISATION DES PLANTES AU XXIEME SIECLE

Avant de débiter la discussion de nos résultats, il est indispensable de situer le contexte économique et réglementaire des PBP. Une première partie permettra de situer la place qu'occupent les plantes dans le monde. Une deuxième partie s'attachera plus en détail aux particularités françaises. Le but est de proposer des clés permettant de mieux comprendre les problématiques liées aux PBP.

### 1) PLACE DES PRODUITS À BASE DE PLANTES DANS LE MONDE (1)

#### a) Economie

Comme nous l'avons déjà évoqué en introduction, l'utilisation des plantes est ancestral et ce partout sur la planète. De nos jours, elles restent le principal outil thérapeutique dans de nombreux pays. Selon un article publié par la BBC Research en décembre 2017, le budget alloué aux plantes représentait ainsi 29,4 milliards d'euros des dépenses mondiales en matière de santé en 2017 (12) et l'on peut s'attendre à une croissance continue avec une dépense prévisionnelle estimée à 39,2 milliards en 2022 (12).

#### b) Réglementation

Face à ces constatations et devant le peu de réglementation pouvant exister dans certains pays du monde, l'OMS a réalisé depuis quelques années plusieurs propositions visant à soutenir les pays dans l'encadrement des PBP sur leur sol. Son dernier rapport, commandé par l'Assemblée Mondiale de la Santé, date de 2013, et dresse une stratégie quant à l'utilisation de la médecine traditionnelle/médecine complémentaire pour la période s'étendant de 2014 à 2023 (1). Il est une réactualisation du précédent rapport, qui prévoyait une stratégie pour la médecine traditionnelle de 2002 à 2005 (13). Tous deux traitent de la médecine traditionnelle, qui inclue donc les PBP.

D'autre part, pour tenter de trouver une harmonisation dans le fonctionnement de chaque pays, l'OMS est à l'origine de la création d'un réseau mondial de coopération sur la réglementation des médicaments à base de plantes en 2006: l'IRCH (International Regulatory Cooperation for Herbal Medicine). Il compte 34 membres depuis 2017\*. Les autorités nationales se réunissent tous les ans ou tous les deux ans. Leur mission est de promouvoir et protéger la santé et la sécurité des consommateurs par le biais d'une meilleure réglementation concernant les médicaments à base de plantes. Chaque pays peut ainsi exposer

---

\* Argentine, Arménie, Australie, Brésil, Brunéi Darussalam, Canada, Chili, Chine, Cuba, Allemagne, Ghana, Hongrie, Inde, Indonésie, Italie, Japon, Malaisie, Mexique, Oman, Pakistan, Pérou, Portugal, République de Corée, Arabie Saoudite, Singapour, Afrique du Sud, Thaïlande, Emirats Arabes Unis, Royaume Uni, Tanzanie, Etats Unis, Association des Nations de l'Asie du Sud-Est, l'Agence européenne des médicaments (EMA) et le Parlement latino-américain.

ses difficultés, évolutions, problèmes sanitaires liés aux plantes utilisées dans leur pays. La dernière rencontre s'est tenue en Allemagne en 2017 (14).

Grace à ces mesures, on peut mettre en évidence au fil des années, une croissance du nombre d'états réglementant les médicaments à base de plantes (figure 39) (1).

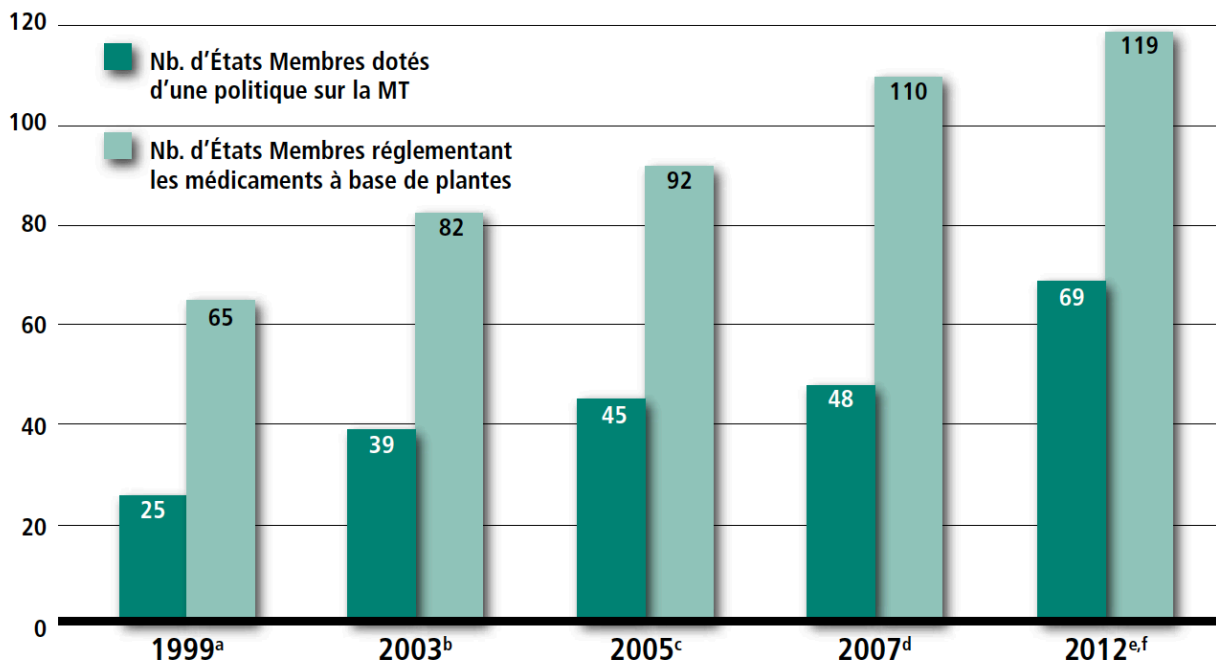


Figure 21 : Evolution du nombre d'états membres réglementant la médecine traditionnelle et les médicaments à base de plantes

### c) Place des produits à base de plantes selon les pays

La place des PBP reste différente selon les régions du globe. Il est difficile de trouver des articles permettant de connaître les proportions de personnes ayant recours à l'utilisation des plantes selon les pays car la plupart des articles traitent de la médecine traditionnelle en général (c'est à dire qu'ils incluent les autres aspects de cette médecine : ostéopathie, acupuncture, homéopathie, naturopathie etc...). Dans les pays en voie de développement, comme en Afrique, les plantes ont une place majeure car elles permettent un accès à la santé moins onéreux que les médicaments de synthèse. Dans les pays plus développés (Amérique du Nord, Europe), l'utilisation des plantes se fait plutôt dans un objectif de prévention ou bien en complément des médicaments de synthèse. Enfin dans certains pays, leur utilisation est plutôt en rapport avec les influences culturelles et historiques (Asie, Amérique Latine).

## 2) Place des produits à base de plantes en France

### a) Economie

Selon des chiffres datant de 2005, la France semble être l'un des pays d'Europe le plus consommateur de produits à base de plantes, avec l'Allemagne (15). Pour donner un ordre d'idée de la croissance des PBP,

l'AFIPA réalise tous les ans une étude de marché sur les produits de santé disponible sans ordonnance (16). Ainsi, elle a pu mettre en évidence que le marché des compléments alimentaires est en expansion en France : +12,1% (+89 millions d'euro) entre 2016 et 2017 soit un marché total de 825 millions d'euros concernant les compléments alimentaires. Entre 2017 et 2018, on met à nouveau en évidence une croissance de 8,3% (+68 millions d'euro) soit un marché total cette année là de 880 millions d'euro.

## b) Réglementation

Selon le conseil de l'Ordre des Pharmaciens français, « la phytothérapie, au sens large, est susceptible d'englober plusieurs familles de produits qui n'ont pas tous les mêmes caractéristiques : les plantes médicinales en vrac, les préparations pharmaceutiques, les médicaments à base de plantes fabriqués industriellement et les compléments alimentaires » (17). Toute la difficulté dans la régulation de cette consommation réside dans le fait que, en France, la réglementation n'est pas la même en ce qui concerne les différents type de PBP. En effet, si les médicaments à base de plantes, utilisés pour leur vertu thérapeutique, sont régulés par l'ANSM qui délivre ainsi une AMM, ce n'est pas le cas des compléments alimentaires à base de plantes (18). En effet, ils appartiennent à une catégorie de produits n'ayant pas un objectif thérapeutique mais plutôt un objectif de « bien être ». Dans ce contexte, l'autorisation de vente est soumise à l'accord de l'ANSES. Ils ne sont pas soumis au monopole pharmaceutique et n'ont pas besoin d'AMM pour être proposés à la vente. Face à ces constatations, il est inévitable de s'interroger sur la place qu'occupent les plantes vendues dans les herboristeries (plantes sorties du monopole pharmaceutique et ne devant donc pas être vendues à des fins thérapeutiques au risque d'exercice illégal de la médecine). Le problème mis en lumière ici n'a pas pour objectif de pointer du doigt un défaut de réglementation mais plutôt de faire réaliser que si ces limites ne sont pas claires pour les professionnels médicaux, elles le sont sûrement d'autant moins pour les patients qui ne seront pas à même de faire la différence entre les PBP vendus en pharmacie, en herboristerie ou en grande surface. Il n'est d'ailleurs pas certain qu'ils fassent une réelle différence entre phytomédicaments et plantes vendues en dehors des pharmacies. Notons d'ailleurs que les pharmacies sont autorisées à vendre des compléments alimentaires, ce qui peut contribuer à la confusion des patients.

## **III) POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DE L'ETUDE**

### 1) POINTS FORTS DE L'ETUDE

Le premier point fort de cette étude réside dans le fait que les cabinets cibles étaient des cabinets répartis au sein de tout le territoire de la Basse Normandie. En multipliant les cabinets participants, nous avons ainsi pu multiplier le nombre de patientèles différentes et ainsi offrir un panel plus représentatif de la population générale. De plus, ces résultats nous donne un reflet local de la vision des patients de

l'Orne, de la Manche et du Calvados, puisque les trois départements ont été interrogés (3 cabinets dans chaque département).

Le deuxième point fort de cette étude réside dans le nombre important de questionnaires ayant été recueillis. En effet, bien que le nombre de 200 questionnaires n'ait pas été atteint, nous pouvons tout de même analyser la vision de 170 patients. Ces données sont donc à prendre en compte. Ce résultat important n'aurait pu être atteint dans une étude qualitative. De plus, les résultats n'ont pas été extrapolés puisque seules les réponses reçues ont été retenues pour interpréter les résultats.

Le troisième point fort est la similitude des résultats retrouvés en comparaison de l'étude réalisée par l'observatoire du médicament de 2018 (11). En effet, les pourcentages de patients faisant confiance aux MC sont similaires à ceux retrouvés lors de nos analyses de questionnaires. Ceci conforte l'idée que ces résultats devraient être assez représentatifs de la vision de la population générale.

## 2) POINTS FAIBLES ET BIAIS DE L'ETUDE

Le premier point faible est un biais méthodologique. Les cabinets de médecine générale ciblés n'ont pas été sélectionnés par randomisation. En effet, après contact du conseil de l'Ordre du Calvados, de la Manche et de l'Orne, il nous a été indiqué que les listes de médecins généralistes n'étaient plus communicables. Nous avons donc sélectionné les cabinets de deux manières. Une partie par connaissance, l'autre de manière aléatoire en se référant aux cartes disponibles sur internet. Le but a été de sélectionner des cabinets aussi bien urbains, ruraux que semi-urbains qui soient répartis de manière homogène au sein de la Basse Normandie. Ce biais est relatif puisque ce ne sont pas les médecins qui ont répondu au questionnaire mais des patients consultant de manière aléatoire dans les cabinets en question.

Le deuxième point faible est un biais de sélection. Les questionnaires ont été laissés à disposition dans le cabinet, la participation était alors basée sur le volontariat. Le risque est donc que seules les personnes intéressées par le sujet de la phytothérapie, et donc consommateurs de PBP, aient répondu au questionnaire. Nous avons tenté de réduire ce biais en indiquant sur la fiche explicative affichée dans les salles d'attente que les patients n'utilisant pas la phytothérapie étaient également invités à répondre au questionnaire. La meilleure possibilité aurait été de demander aux secrétaires des cabinets de proposer systématiquement le questionnaire à l'arrivée des patients. Cependant, certains cabinets ont refusé cette option et dans un souci de reproductibilité des résultats, l'idée n'a pas été retenue.

Le troisième point faible est un biais de mesure. En effet, les patients répondant de manière déclarative et anonyme aux questionnaires, l'exactitude de leurs réponses n'a pas pu être vérifiée. Il y a de plus toujours un risque que les questions aient été mal comprises ou interprétées avec la conséquence d'une réponse inadaptée à la réalité. Une étude qualitative avec entretien aurait pu permettre de rectifier

certaines incompréhensions mais l'intérêt était ici de recueillir un maximum de réponses, ce qui n'aurait pas été possible avec ce type d'étude.

#### **IV) LE PATIENT ET LES PLANTES**

Ce chapitre va nous permettre de discuter le rapport que le patient entretient avec les PBP. Une première partie va s'intéresser à l'utilisation que le patient fait des PBP. Nous discuterons ensuite plus en détail de notre objectif primaire qui vise à déterminer si les patients sous estiment l'effet pharmacologique des PBP par rapport aux MC. Enfin, nous nous attacherons à mettre en évidence les risques que peuvent encourir les patients lors de cette utilisation.

##### **1) UTILISATION DE LA PHYTOTHERAPIE**

Les résultats de notre étude mettent en évidence que 75,9% des patients de Basse Normandie sondés ont déjà eu recours aux PBP. Selon l'étude réalisée par l'observatoire du médicament (19), la proportion de patients utilisant la phytothérapie était de 45% en 2011 (données les plus récentes sur ce sujet). On s'aperçoit que ces deux valeurs sont très éloignées. Les raisons de cet écart peuvent être dues au fait que les chiffres datent de 2011. Il semble en effet évident, aux vues de nos constatations précédentes, que la phytothérapie est plus utilisée aujourd'hui. Il faut cependant prendre ces chiffres avec précaution car notre étude comporte un biais de sélection. Les femmes ont été les plus nombreuses à répondre à l'étude et l'analyse de nos résultats a permis de déterminer que les femmes étaient significativement plus consommatrices de produits à base de plantes ( $p=0,022 < 0,05$ ). De plus, les participants provenaient à 50% du département de l'Orne. On peut s'interroger si le fait que ce département soit plus rural que les deux autres entraîne une consommation plus importante de PBP. Toujours dans l'étude de 2011, 28% des français reconnaissaient placer en priorité la phytothérapie (contre 32,9% dans notre étude) avant d'avoir recouru à la médecine classique. Ces chiffres restent donc quant à eux comparables.

Nous mettons donc en évidence une croissance dans l'utilisation des PBP sans pour autant que ceux-ci prennent une place plus prioritaire par rapport aux MC. Cela signifie que l'utilisation des PBP a augmenté fortement dans un contexte autre que celui de la recherche d'un traitement (comme c'est le cas avec les MC). Et en effet si l'on se replace dans le contexte de l'utilisation des PBP, nous savons que les pays tels que la France utilisent les PBP dans un objectif plutôt de prévention et de bien être. Ainsi, lorsque l'on regarde les produits les plus utilisés par les consommateurs de notre étude, on retrouve que les plus cités sont les huiles essentielles et les tisanes (77,1% et 63,1%). Tous deux s'apparentent peu à un traitement médical au sens où un patient peu l'entendre. D'ailleurs, sirop, spray nasal, comprimés, crème, pommade et compléments alimentaires, qui peuvent dans leur galénique se rapprocher d'un MC, ne sont plus utilisés que chez environ 1/3 des participants. Les patients utilisent les PBP pour leur caractère « naturel » et donc à priori en opposition avec les MC qu'ils qualifient de « chimiques » (annexe 4). Ils ne sont donc pas en recherche de plantes pouvant faire penser dans leur forme à un MC.

Les hommes étant significativement moins consommateurs de PBP, nous avons cherché à déterminer si, parmi les hommes consommateurs de plantes, les produits utilisés étaient les mêmes que chez les femmes. On retrouve une consommation prioritaire d'huiles essentielles pour les hommes (68,0%) comme pour les femmes (80,8%). Cependant le produit arrivant en seconde position n'est pas la tisane comme on aurait pu s'y attendre (48,0% des consommateurs masculin contre 68,2% des consommatrices) mais les crèmes et pommades (52,0% contre 39,4% chez les femmes). L'utilisation des autres produits reste sensiblement similaire entre les deux sexes. Les produits privilégiés peuvent donc bien varier entre les deux sexes, probablement parce que l'attente n'est pas la même.

## 2) VISION PAR RAPPORT AUX MEDICAMENTS CLASSIQUES

Dans le but de déterminer si les patients sous estiment l'effet des PBP (objectif principal de notre étude), nous avons cherché à évaluer la manière dont ils perçoivent les PBP en comparaison avec les MC.

Nos résultats indiquent que la confiance dans les PBP est de 78,2% (22,9% tout à fait confiance et 55,3% plutôt confiance). Si l'on observe les chiffres de la dernière enquête nationale, datant de 2011 (5), on s'aperçoit que la confiance dans la phytothérapie était à l'époque de 63% (12% avait tout à fait confiance et 51% plutôt confiance). L'écart de 15% peut encore une fois être dû à la croissance du marché en 8 ans mais à observer avec méfiance du fait du biais de sélection.

En revanche, les chiffres illustrant la confiance dans les MC retrouvés en 2018 sont très similaires à ceux de notre étude. Ainsi l'Observatoire du Médicament (11), observe une confiance dans les MC à 77% (15% tout à fait confiance et 62% plutôt confiance). Ce chiffre est pour ainsi dire identique à celui de notre étude : 74,7% (14,1% tout à fait confiance et 60,6% plutôt confiance). La similitude de ces résultats conforte la puissance de notre étude ainsi que l'idée que la phytothérapie occupe bien une place plus forte dans l'esprit des français.

L'analyse de nos résultats nous permet de dégager une tendance : les patients font confiance dans des proportions similaires aux PBP et aux MC (78,2% contre 74,7%). Ils voient les MC comme des médicaments plus efficaces que les plantes (impact positif potentiel important à moyen de 84,7%) mais aussi plus risqués (impact négatif potentiel important ou moyen de 77%). En parallèle, ils considèrent que les PBP sont efficaces (mais pas autant que les MC : impact positif potentiel de 70,6%) et exposent à un risque moindre (impact négatif potentiel de 19,4%).

Avant de terminer cette partie, un résultat nous a paru important à discuter. Dans le Calvados, 68,3% des participants estiment que les PBP ne sont pas du tout à risque d'impact négatif sur la santé. Ce résultat est significativement différent de l'Orne et de la Manche (35,8 et 39,6%). Cette donnée mérite d'être approfondie dans le département. En effet, on retrouve par ailleurs dans nos résultats que les patients du Calvados sont ceux qui reconnaissent le plus s'approvisionner en pharmacie et parapharmacie et que ce sont eux qui déclarent discuter le plus de plantes avec leur médecin traitant. Est ce en rapport avec une

information moins développée des possibles effets indésirables lors du conseil et de l'achat ? Il serait intéressant de se pencher sur la manière dont le sujet des plantes est abordé par les professionnels de santé dans le Calvados. Les patients du Calvados restent par ailleurs tout autant conscients du risque d'interactions avec les MC que dans les autres départements (54,7% contre 49,4% et 58,4% dans la Manche et l'Orne).

### 3) RISQUES POUR LES PATIENTS

Les patients considèrent donc les PBP comme étant moins à risque que les MC. Ainsi, 38,8% des participants de l'étude pensent qu'il n'y a pas d'interaction avec les MC et 44,7% jugent également qu'il n'y a aucun impact négatif potentiel avec les PBP. Les termes employés par les patients pour expliquer la raison de leur orientation vers les plantes plutôt que les MC font d'ailleurs en priorité ressortir les notions de « naturel », « sain », « doux », « moins nocif » ou encore « moins d'effets indésirables » (annexe 4). On peut déceler à travers ce vocabulaire un manque de méfiance vis à vis des plantes de la part des utilisateurs, pensant le produit moins risqué car non issu de l'industrie « chimique ». Le risque est donc important pour les patients qui sous estiment alors les effets négatifs que pourraient avoir les plantes car cette pensée est bien entendu fautive. Nous rappelons que les plantes sont à la base de nombreux médicaments de synthèse actuels tels que des anticancéreux (podophylline, vinorelbine, docétaxel), des antipaludéens (quinine, artémisine), des antalgiques (morphine issue de l'opium) ou encore des anesthésiques (curare) et digitaliques en cardiologie. Les plantes contiennent donc des principes actifs tout aussi efficaces et par conséquent tout aussi à risque que les médicaments de synthèse. Les effets indésirables et interactions des phytomédicaments sont ainsi soumis aux mêmes règles de déclarations que les MC (déclaration à l'ANSM). Les compléments alimentaires, quand à eux, peuvent aussi être déclarés comme ayant provoqué des effets indésirables ou interactions. C'est dans ce cas l'ANSES et son service de nutrivigilance qui recueille les déclarations.

L'autre point à risque pour le patient est le lieu d'approvisionnement. En effet, comme expliqué plus haut, les patients ont la possibilité d'acheter les plantes en pharmacie (phytomédicaments et compléments alimentaires), mais aussi sur internet avec les pharmacies en ligne (phytomédicaments, compléments alimentaires dont huiles essentielles), dans les herboristeries et même dans les grandes surfaces et magasins biologiques (compléments alimentaires). Cette distribution large contribue probablement, et à juste titre, au fait que les patients sous estiment les risques potentiels des produits à base de plantes. Pourquoi se méfier de produits en libre accès ? Ainsi, si la majorité des participants, déclarent avoir acheté des PBP au sein de pharmacie (75,9%), on compte tout de même 37,9% de patients reconnaissant avoir déjà acheté des produits en magasins biologiques et grandes surfaces et 10,3% sur internet. Sans parler du problème de qualité du produit qui pourrait être rencontré, le principal risque réside dans le fait que lors d'un achat sur internet ou en magasin biologique, le patient ne bénéficie pas de conseils. Aucun professionnel ne s'assure de prévenir le risque d'interaction ou d'éliminer les contre-indications. On peut imaginer que les achats sur internet pourraient venir à

augmenter avec les années. En effet, les sondés ont une médiane d'âge de 50 ans et une grande partie de ces participants se trouvant au dessus de cette médiane n'utilise peut être pas autant internet que les plus jeunes. Ce moyen d'achat pourrait donc croître dans les années à venir.

Dans ce sens, il paraît donc légitime de s'intéresser à la manière dont les patients se tournent vers les PBP. Etant donné le grand nombre de patient reconnaissant s'être déjà fourni en PBP ailleurs qu'en pharmacie, on peut se demander qui les a orienté et conseillé vers ce type de produits. Les résultats de notre étude mettent en évidence que les patients de Basse Normandie se tournent vers les PBP en majorité de part leur propre expérience (52,3% se sont déjà tourné vers ce type de produits par eux même). La deuxième source de conseil pour le recours aux PBP provient de l'entourage du patient (47,7% des patients se sont déjà tourné vers les plantes suite à un conseil de l'entourage). On parle donc bien ici d'automédication avec tous les risques que celle-ci implique.

## **V) LE PATIENT ET LE MEDECIN**

Nous allons à présent nous pencher sur la relation qui existe entre le patient et le médecin en ce qui concerne le sujet des plantes. Cette relation est à double sens, c'est pourquoi nous avons choisi d'aborder le rapport qu'entretient le patient envers son médecin puis le médecin envers son patient.

La partie concernant le patient est discutée à partir des résultats obtenus avec les deux dernières questions du questionnaire. La partie concernant le médecin s'appuie plutôt sur des données de la littérature mais nous a quand même parue indispensable à discuter.

### **1) LE PATIENT VIS A VIS DE SON MEDECIN**

Lorsque l'on interroge les patients sur l'importance qu'ils accordent au fait que leur médecin traitant soit au courant de la consommation de PBP, la réponse est quasi unanime. Ainsi, pour 71,2% des patients, il est important voire indispensable que le médecin en soit informé. Cela reflète bien ici leur désir de communiquer. D'ailleurs, lorsque l'on regarde les raisons évoquées dans ce désir de communication (annexe 7), il ressort cette notion de « confiance » et d'« échange » qui semble importante pour le patient. L'autre notion qui émerge de manière marquée dans les réponses est le désir de prévenir les risques d'interactions. De manière plus générale, ces résultats indiquent que, bien qu'ils puissent par certains aspects sous estimer les effets des PBP, les patients les considèrent tout de même comme devant être mentionnés.

La relation d'échange entre un médecin et son patient est la clé pour une relation durable et efficace. Cependant, il semble que malgré cette volonté de discussion, le sujet soit peu abordé. En effet, on relève une forte discordance entre le ressenti de l'importance d'une discussion et la réalité de celle-ci.



Ainsi, 57,6% des patients déclarent ne pas aborder le sujet de la phytothérapie avec leur médecin traitant. Autres chiffres remarquables : parmi les consommateurs de PBP, ils sont 55,0% à ne pas aborder le sujet des plantes avec leur médecin traitant alors même que 30% d'entre eux jugent cela important à indispensable.

Les raisons évoquées devant cette absence de communication sont nombreuses (Annexe 8) : « peur du ridicule », « sensation de désintérêt » de la part du médecin, « non recours aux PBP ». Ces thèmes sont également retrouvés dans différentes études qualitatives s'intéressant au sujet de la discussion de phytothérapie entre patient et médecin (10). Or l'absence de discussion est peut-être sans conséquence médicale pour les patients non consommateurs de plantes mais comment savoir qu'ils ne sont pas consommateurs sans avoir posé la question?

## 2) LE MEDECIN VIS A VIS DE SON PATIENT

Les médecins généralistes questionnent peu sur le sujet de la phytothérapie. Selon notre étude, seuls 9,4% des patients auraient déjà discuté de PBP de la propre initiative du médecin. La difficulté réside dans le fait que, même si lors de certaines consultations nous pensons à interroger un patient sur sa consommation de plantes, ceci n'est pas forcément une habitude. On peut supposer que le problème n'est pas forcément que la question n'intéresse pas le médecin, ni qu'il ne veut volontairement pas en parler, mais plutôt que ce n'est pas dans ses habitudes. Chaque médecin, au fil des années, s'est créé un schéma d'interrogatoire type pour être systématique dans le questionnement de ses patients. Ce déroulé de questions nous a souvent été enseigné lors de nos études et est devenu instinctif. Seulement la question « consommez-vous des produits à base de plantes ? » n'a pas forcément fait partie des questions que l'on a appris à poser. Pourtant, ceci ne doit pas être une fatalité. En effet nous sommes face à une constatation : avec ou sans l'aide du médecin traitant, les patients se tournent vers les plantes. Il serait donc intéressant de pouvoir les accompagner au mieux ou du moins de pouvoir identifier les patients consommateurs de PBP au sein de notre patientèle. Le but est de pouvoir s'alerter en cas de modification de l'état de santé ou du bilan biologique d'un patient prenant des PBP. Dans cet objectif, nous avons tenté de réfléchir à des possibilités plus ou moins exhaustives permettant d'aider les médecins généralistes à identifier les patients consommateurs de PBP au sein de leur patientèle.

Une première option, la plus exhaustive de toute, consisterait à interroger chacun des patients à chaque consultation, comme une question habituelle de l'anamnèse. Cette notion pourrait alors être insérée au sein des traitements habituels, du mode de vie ou des antécédents. Ainsi, les patients consommateurs seraient connus, permettant une meilleure réflexion médicale.

Une autre proposition, serait de choisir d'interroger plus systématiquement les populations potentiellement à risque en cas de consommation de PBP : les patients âgés de plus de 60 ans (31% des participants de notre étude), par extension souvent plus polyopathologiques et donc plus polymédiqués

(42,9% des participants présentent une pathologie chronique), les femmes enceintes (pas de question à ce sujet dans notre questionnaire), et enfin les enfants (non ciblés dans cette étude).

Une autre possibilité serait de cibler les patients les plus à risque d'être consommateurs au travers de leurs caractéristiques (âge, sexe, profession...). En effet, une étude réalisée en 2011 (1) différencie 4 profils de personnalité des patients et permet une aide dans l'identification des consommateurs. Les résultats sont conciliés dans la Figure 22.

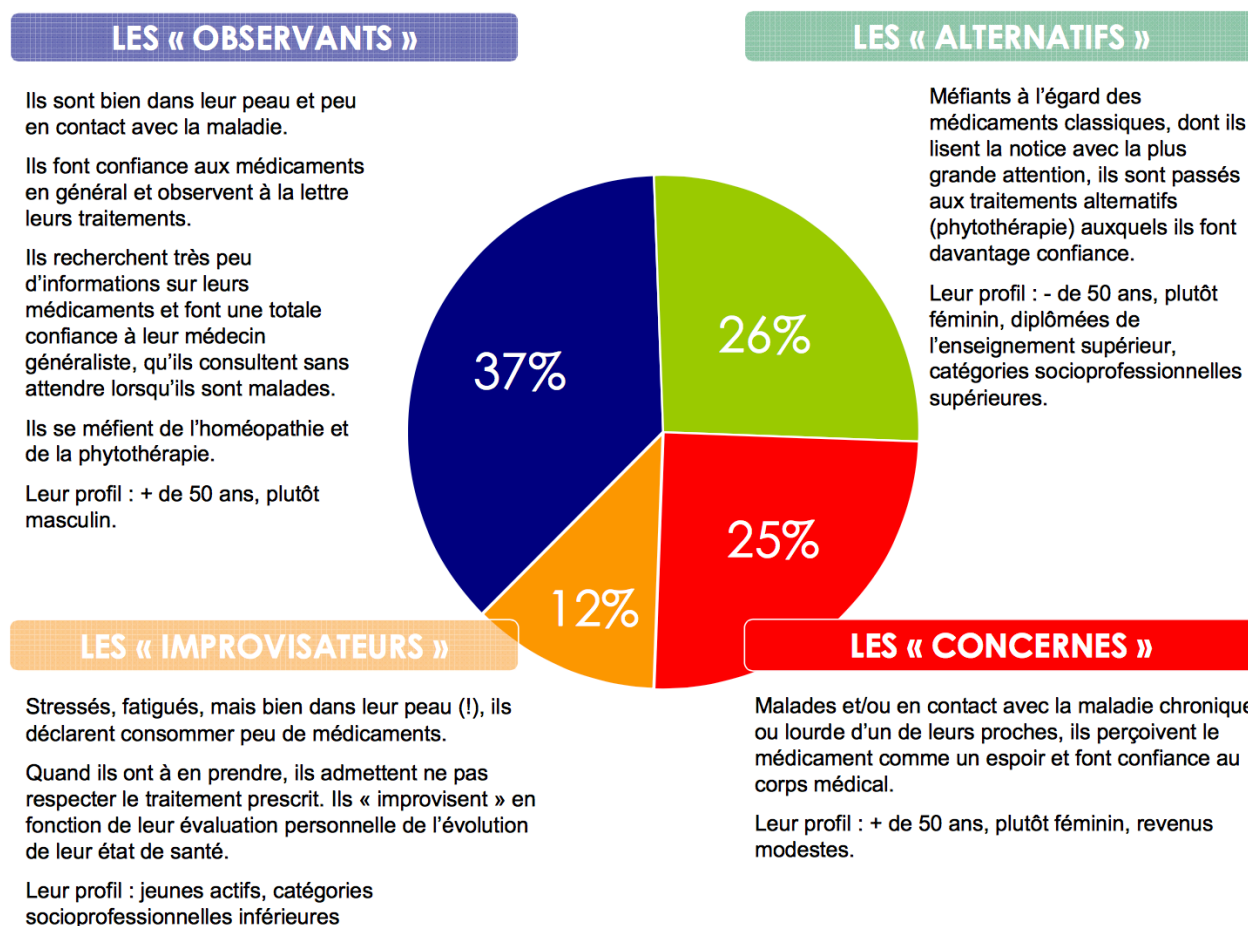


Figure 22 : Profil schématique des 4 grands type de personnalité de patient

Selon cette étude, les « alternatifs » seraient les plus gros consommateurs de phytothérapie avec une confiance à 89% envers les plantes. En comparaison, la confiance dans la phytothérapie est évaluée à 60% chez les « concernés », 57% chez les « improvisateurs » et 48% chez les « observants ». Cette étude nous indique donc que les femmes de moins de 50 ans, diplômées de l'enseignement supérieur et de catégorie socio-professionnelle supérieure seraient les plus consommatrices de PBP. Ce classement de la population en 4 catégories peut paraître un peu basique mais pourrait être une clé simple pour aider à cibler les patients à interroger en priorité sur ce sujet.

Nous avons tenté de croiser les chiffres de cette étude avec nos résultats. Il manque cependant certains critères socio-démographiques pour pouvoir être exact dans les profils. Les femmes étant majoritairement représentées dans cette étude, nous avons certainement recueilli en grande partie le point de vue de patients de profils « alternatif » et « concerné ». Nous notons que nous retrouvons 85%

de confiance envers les PBP parmi les femmes de moins de 50 ans (alternatifs, 89% dans l'étude de 2011) et 77% parmi les femmes de plus de 50 ans (concernés, 60% dans l'étude de 2011). Cet outil sera sans doute plus utile pour un médecin généraliste qui connaît bien toutes les données concernant ses patients.

## **VI) LE MEDECIN ET LES PLANTES**

Ce dernier chapitre s'appuie sur des données de la littérature ainsi que sur notre réflexion personnelle. Les médecins généralistes abordent peu le sujet des plantes. Cela peut être dû, comme nous l'avons expliqué plus haut, au manque d'habitude et de temps. Nous allons ici aborder le sujet d'une autre manière. Et si les médecins discutaient peu de PBP par manque de connaissance sur le sujet ? Nous allons ici tenter de proposer des outils permettant aux médecins généralistes qui le désirent de s'informer de manière simple sur les plantes. L'objectif est de pouvoir répondre rapidement lors d'une consultation aux questionnements de leurs patients. L'issue de ce chapitre n'est pas de savoir prescrire les PBP mais de pouvoir éviter les effets dangereux pour les patients.

### 1) UTILISATION DES PBP PAR LES MEDECINS GENERALISTES

Notre questionnaire étant destiné aux patients, nous n'avons pas pu recueillir d'informations auprès des médecins généralistes. Cependant le fait que les médecins interrogent peu leurs patients sur les PBP (9,4%) peut laisser penser qu'ils ne sont pas à l'aise avec le sujet. Malheureusement, aucune étude ayant pour but de s'intéresser au ressenti des médecins généralistes de Basse Normandie sur les PBP n'a été réalisée. Notre recherche bibliographique nous a conduit à nous intéresser à une thèse réalisée dans le Nord Pas De Calais. Celle-ci s'est penchée sur les freins à l'usage de la phytothérapie par les médecins généralistes. Les médecins généralistes interrogés n'avaient pas de spécialisation en phytothérapie. Les freins mis en avant étaient le manque de temps, l'absence de formation, la difficulté d'accès à l'information, ainsi que l'absence de remboursement des produits de phytothérapie (20). Il serait intéressant de réaliser une étude similaire en Basse Normandie pour voir si le ressenti des médecins de notre région est le même. Il est possible que ces notions expliquent aussi le manque de discussion sur le sujet des plantes dans notre région.

Dans la suite de ce chapitre, nous allons aborder différentes propositions permettant de faciliter le quotidien du médecin généraliste en ce qui concerne le sujet des plantes.

### 2) FORMATION

Il semble évident que le défaut de connaissance en PBP puisse rendre le médecin réticent à aborder le sujet.

En effet si les pharmaciens bénéficient d'une approche des bases de la phytothérapie lors de leurs études, ce n'est pas le cas des étudiants en médecine.

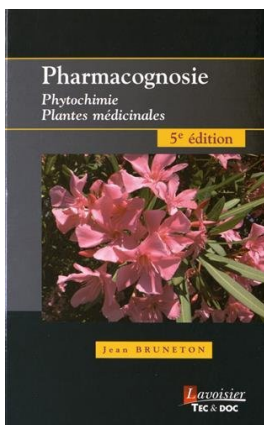
Sans vouloir réaliser une formation complète sur la phytothérapie, il serait intéressant de pouvoir proposer aux étudiants en médecine des clés sur les PBP. Le but recherché ne serait pas de savoir prescrire les PBP mais de donner des alertes sur les principaux risques des PBP : les grandes interactions ou effets indésirables connus par exemple.

Actuellement, la formation à la phytothérapie est une démarche personnelle. Différentes formations sont accessibles : DIU, DU ou DESIU dans différentes villes de France telles que Paris, Lyon, Limoge, Nantes, Toulouse ou encore Tours. Il existe également des formations qualifiantes en ligne comme Hippocratus (21). Cependant, ces formations demandent du temps à ajouter en plus de la présence médicale et de la formation continue déjà obligatoire. Comme nous l'avons vu dans les freins cités plus hauts, le temps est un facteur que le médecin généraliste n'a pas. Nous allons donc tenter de proposer d'autres approches, simples et fiables, utilisables en cabinet pour répondre à la demande des médecins qui souhaiteraient pouvoir conseiller leurs patients sur les PBP.

### 3) L'AIDE A LA RECHERCHE D'INTERACTIONS ET DE CONTRE INDICATIONS

#### a) Ouvrage papier

De nombreux ouvrages ont été rédigés dans l'objectif d'apporter un appui pour la prescription ou le conseil des patients en matière de phytothérapie. S'il ne fallait en citer qu'un, l'ouvrage de référence « Pharmacognosie », rédigé par Jean Bruneton, a été récompensé par le prix Prescrire en 2010 (22). La 5<sup>ème</sup> édition est actuellement disponible (publiée en mai 2016).



Le plan des monographies comprend : la plante et la partie utilisée en thérapeutique ; la composition chimique et la pharmacologie ; l'évaluation clinique permettant aux professionnels de santé et aux utilisateurs de plantes d'évaluer la balance bénéfices-risques et de prévoir les interactions médicamenteuses ; les emplois thérapeutiques d'usage bien établi, avec pour chaque plante (quand elles existent) les contre-indications, les précautions d'emploi et les posologies.

Cet ouvrage, très complet, s'adresse au médecin désirant avoir un ouvrage de référence accessible à leur cabinet.

#### b) Revue scientifique

La revue Phytothérapie (23) est également un outil de référence. Cette revue francophone scientifique permet une formation médicale continue dans le domaine de la phytothérapie.

Elle diffuse des articles scientifiques, provenant d'universitaires, mais également de cliniciens reconnus. Elle aborde tous les domaines de la phytothérapie : pharmacognosie, ethnobotanique, ethnopharmacologie, galénique, clinique, nutrition, aromathérapie. Cet ouvrage est intéressant dans

l'objectif d'une mise à jour régulière des connaissances en matière de PBP mais ne permettra pas d'obtenir des informations rapides en cas de questions concernant les risques d'interactions.

### c) Site internet

Un autre outil de recherche intéressant à citer est le site web HEDRINE (24).

Celui-ci recense les différents cas rapportés et études mettant en évidence des interactions possibles ou avérées entre MC et PBP. Il permet de rechercher les risques encourus avec une plante choisie. Il est également possible de rechercher un MC donné et d'identifier les plantes qui pourraient rentrer en interaction avec celui-ci.

Outil simple d'accès pour les médecins, il est possible de s'y référer en quelques minutes. Il faut pour cela créer un compte sur la base de données thériaque (<http://www.theriaque.org>). Thériaque est une banque de données recensant tous les médicaments disponibles en France. Les données sont recueillies par le CNHIM (centre national hospitalier d'information sur le médicament), en partenariat avec la HAS. Il est ensuite possible d'accéder à HEDRINE, moteur de recherche dédié aux plantes.



Il existe deux possibilités pour obtenir les informations souhaitées. Le médecin peut chercher les risques encourus avec une plante choisie (nous prendrons ici l'exemple du ginseng américain) :



Il obtiendra ainsi la liste des études et cas-report en rapport avec la plante recherchée :

Mode d'Emploi

Chercher

Plante <-> DCI

Plante <-> Mécanisme

Index

Plantes

DCI

Cas Rapportés et Mécanismes

### Plante

**Nom** Ginseng Américain

**Nom scientifique** *Panax quinquefolius L.*


#### Intensité d'interaction

forte
moyenne
faible
aucune
inconnue

#### Mécanismes impliqués

Etude	Effets	Intensité	Notes	Références
Etude clinique (Ginseng américain + warfarine) (EC)	avéré	forte	Etude randomisée en double aveugle, contre placebo, sur 20 volontaires sains pendant 4 semaines, recevant 5mg de warfarine pendant 3 jours et 2g de ginseng pendant 3 semaines. Diminution significative de l'INR (AUC et Cmax) en présence de ginseng. Induction du CYP 2C9.	2006, Br J Clin Pharmacol; 61(6): 677-81 2004, Ann Intern Med; 141: 23-7
CYP1A2 (PC)	inhibiteur	faible	In vitro, un extrait standardisé de racines de Ginseng Américain contenant 10% de ginsénosides inhibe avec la même puissance les cytochromes humains CYP1A1, CYP1A2 et CYP1B1 de manière concentration- dépendante. Rb1, Rb2, Rc, Rd, Re et Rg1, en individuels ou en mixture n'affectent pas l'activité catalytique des CYP1A1, CYP1A2 ou CYP1B1	2002, Drug Metab Dispos; 30(4): 378-84

L'autre possibilité est de rechercher le nom du MC d'un patient (nous prendrons ici l'exemple de la warfarine) :



**H E D R I N E**  
HERBDRUG INTERACTION DATABASE

Précisez votre recherche

Substance active

WARFA

**WARFARINE**

0.0242 seconde(s)

De la même manière, nous obtenons les différentes études cliniques et cas-report en rapport avec les PBP pour le MC recherché. Il est ainsi possible d'avertir le patient des risques qu'il encourt, si il y en a, en consommant une plante.

Etude	Effets	Intensité	Notes	Références
Etude clinique (Canneberge + Warfarine) (EC)	avéré	forte	Essai randomisé en double aveugle sur 12 volontaires sains (de génotype CYP 2C9 et VKORC1). Dose unique de 25mg de warfarine seule ou après 15 jours de cranberry. Avec le cranberry, augmentation de l'AUC(INR-temps) de 30%. Pas de modification de la pharmacocinétique de la warfarine S ou R, ni de modification de la liaison aux protéines plasmatiques. Interaction dépendant du génotype VKORC1?	2012, Planta Med; 78(13): 1428-57
Etude clinique (Ginseng américain + warfarine) (EC)	avéré	forte	Etude randomisée en double aveugle, contre placebo, sur 20 volontaires sains pendant 4 semaines, recevant 5mg de warfarine pendant 3 jours et 2g de ginseng pendant 3 semaines. Diminution significative de l'INR (AUC et Cmax) en présence de ginseng. Induction du CYP 2C9.	2006, Br J Clin Pharmacol; 61(6): 677-81 2004, Ann Intern Med; 141: 23-7
Etude clinique (Soja natto + warfarine) (EC)	avéré	moyenne	Etude rétrospective sur 10 patients sous warfarine. Augmentation des valeurs du thrombotest après consommation du natto. Ampleur de la hausse liée à la quantité de produit consommé	1990, Artery; 17(4): 189-201

Cet outil nous semble simple, intuitif et rapide et pourra permettre de faire gagner du temps aux médecins lors de leur consultation.

Nos recherches sur ce site nous ont conduit à retrouver quelques exemples de plantes entrant en interaction avec des MC. Nous les citons donc ci dessous:

- Le millepertuis (*Hypericum perforatum L.*): plante la plus connue des patients et des professionnels de santé pour être responsable d'interactions médicamenteuses. C'est un inducteur enzymatique responsable d'une baisse d'efficacité des traitements métabolisés par le CYP3A4 tels que les anticoagulants, les pilules contraceptives et les anti-épileptiques. Prescrire l'a également cité dans l'un de ses articles comme étant une plante à risque (25).
- La baie de Gogi (*Lycium barbarum L.*): il y est recensé 3 « case report » avérés en rapport avec une interaction existante entre baie de Goji et warfarine, responsable d'une élévation de l'INR des 3 patients. Dans un article publié en 2015 dans la revue prescrire, la même information y est retrouvée (26).
- Le Ginseng Américain (*Panax quinquefolius L.*): on retrouve 2 études mettant en évidence une diminution de l'INR chez les patients consommant dans le même temps de la warfarine ainsi que du ginseng américain.

# CONCLUSION

Les PBP sont très appréciés des français et cette tendance est confirmée dans les résultats de notre étude. Ainsi, 75,9% des participants y ont déjà eu recours. Les femmes sont significativement plus consommatrices de ce type de produits qu'elles qualifient de plus « naturels ». L'utilisation des PBP semblent être plus axée vers la recherche de bien-être au moyen d'huiles essentielles et de tisanes, produits les plus cités dans notre étude. Le désir des patients n'est donc pas d'utiliser les plantes en tant que traitement comme on pourrait l'entendre avec un MC. Ils accordent d'ailleurs un impact positif sur la santé plus important aux MC qu'aux PBP.

Au cours de cette étude, certains aspects des réponses nous ont fait évoquer l'idée que les patients ne sous-estimaient pas les PBP :

- confiance similaire entre PBP et MC.
- désir d'informer le médecin traitant sur leur consommation

Par d'autres aspects, une inquiétude persiste vis à vis de cette consommation dont les patients pourraient sous-estimer les effets :

- absence de risque d'impact négatif sur la santé (44,7%)
- absence de risque d'interactions avec les MC (38,8%)
- automédication

Les médecins, possiblement par habitude ou manque de connaissance sur le sujet, questionnent peu leurs patients sur les PBP. Il faut cependant savoir rester vigilant vis à vis de cette consommation en tentant d'identifier au sein de notre patientèle les potentiels utilisateurs.

L'idée n'est pas de savoir prescrire les PBP mais de pouvoir conseiller voir alerter nos patients en cas de risque d'interactions ou de modification de leur état de santé ou bilan biologique.

Plusieurs outils sont accessibles de manière simple aux médecins généralistes : livres, revues, sites web...

Le plus pratique d'entre eux nous semble être le moteur de recherche HEDRINE, permettant de mettre en évidence les risques entre PBP et MC de manière instantanée.

Les patients sont consommateurs de PBP, que nous soyons adepte ou réfractaire. Notre mission médicale est de pouvoir les accompagner au mieux dans leur choix car « naturel » ne signifie pas « anodin ».



# BIBLIOGRAPHIE

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. Jaussaud P. HAL-SHS - Sciences de l'Homme et de la Société - Les pharmacopées ; 2012 [Internet]. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00846866>
3. Puisieux Francis. Activités et responsabilités du pharmacien sans ses secteurs professionnels habituels. Enquête réalisée en 1999 - 2000 par l'Académie nationale de Pharmacie. p. 7. Disponible sur : acadapharm.org
4. Alinéa 1 de l'article 59 de la Loi du 11 septembre 1941 RELATIVE A L'EXERCICE DE LA MEDECINE.
5. Bedeau L, Piquandet J. Observatoire médicament 2011. 2011;20.
6. Pharmacopée française - Plan / Préambule /index - ANSM: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 23 avr 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/Mediatheque/Publications/Pharmacopee-francaise-Plan-Preambule-index>
7. Le vieillissement de la population et ses enjeux - L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-vieillissement-de-la-population-et-ses-enjeux>
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. Les Français et l'automédication en premier recours: quelle place pour le professionnel de santé? [Internet]. Ipsos. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-francais-et-lautomedication-en-premier-recours-quelle-place-pour-le-professionnel-de-sante>
10. Martin Jean. Représentations sociales de la phytothérapie chez les patients de médecine générale. [Thèse pour le doctorat en médecine]. Faculté de Médecine de Tours ; 2017.
11. Observatoire Sociétal du Médicament 2018 - IPSOS pour le Leem, 8ème édition [Internet]. [cité 17 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.leem.org/publication/observatoire-societal-du-medicament-2018-ipsos-pour-le-leem-8eme-edition>
12. Kim Lawson, Botanical and Plant-derived Drugs: Global Markets BBC Research Report Overview , décembre 2017
13. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005 [Internet]. [cité 16 juill 2019]. Disponible sur: <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js2298f/>
14. WHO | International Regulatory Cooperation for Herbal Medicines (IRCH) [Internet]. WHO. [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/irch/en/>

15. M. M. ROBINSON, X. ZHANG, *The world medicines situation 2011 / Traditional medicines: global situation, issues and challenges*, World Health Organization, Genève, 2011
16. Nos études - Afipa - Pour une automédication responsable [Internet]. [cité 20 août 2019]. Disponible sur: <https://www.afipa.org/etudes/>
17. le pharmacien et les plantes [Internet]. [cité 9 janv 2019]. Disponible sur: [http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/160922/784724/version/1/file/CTOP005\\_WEB\\_OK.pdf](http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/160922/784724/version/1/file/CTOP005_WEB_OK.pdf)
18. Décret n°2006-352 du 20 mars 2006 relatif aux compléments alimentaires. 2006-352 mars 20, 2006.
19. Bedeau L, Piquandet J. Observatoire médicament 2011. 2011;20.
20. Bensemida Radouane. Etude des freins de la sous utilisation de la phytothérapie par les médecins généralistes dans le Nord Pas De Calais. [Thèse pour le doctorat en médecine]. Faculté de Médecine de Lille, Université Henry Warenbourg ; 2014.
21. Accueil - Hippocratus [Internet]. [cité 24 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.hippocratus.com/>
22. Prix Prescrire 2010 : Pharmacognosie. Phytochimie, Plantes médicinales [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/Fr/3/31/46520/0/2010/ArchiveNewsDetails.aspx?page=2>
23. Phytothérapie [Internet]. [cité 22 juill 2019]. Disponible sur: <https://phyto.revuesonline.com/presentation/objectifs-et-domaines>
24. Hedrine : Herb Drug Interaction Database: Enter [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: <https://hedrine.univ-grenoble-alpes.fr/>
25. Revue Prescrire, phytothérapie janvier 2006 [Internet]. [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/docu/archive/aLaUne/dossierPhytotherapie.php>
26. se soigner avec les plantes / dossier patient PRESCRIRE [Internet]. [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.pharmaciedulac-bordeaux.com>

# Annexes

## Annexe 1 : Questionnaire

1) **Quel est votre sexe ?**

- Féminin
- Masculin

2) **Quel est votre âge?** .....

3) **Dans quel type de territoire vivez-vous ?**

- Urbain
- Rural
- Péri-urbain

4) **Souffrez-vous d'une maladie chronique (pathologie qui nécessite un traitement ou un suivi régulier) ?**

- oui
- non

### VISION PERSONNELLE

5) **Par quel type de produits préféreriez-vous être traité ?**

- Médicament classique
- Phytothérapie (produit à base de plantes)
- L'un ou l'autre sans préférence
- Aucun

6) **Quelles sont les raisons qui vous poussent à vous tourner vers la phytothérapie plutôt que vers un médicament classique ?** (ne pas répondre si non concerné(e) )

.....  
.....

7) **Quelles sont les raisons qui vous poussent à vous tourner vers un médicament classique plutôt que vers la phytothérapie?** (ne pas répondre si non concerné(e) )

.....  
.....

A PROPOS DES PRODUITS A BASE DE PLANTES :

8) **Sur une échelle de 0 à 3, à combien évaluez vous votre confiance envers les produits à base de plantes ?**

- 3 (tout à fait confiance)
- 2 (plutôt confiance)
- 1 (plutôt pas confiance)
- 0 (pas du tout confiance)
- sans opinion

9) **Sur une échelle de 0 à 3, à combien évaluez vous l'impact négatif que pourraient avoir les produits à base de plantes sur votre santé ?**

- 3 (impact important)
- 2 (impact moyen)
- 1 (léger impact)
- 0 (pas du tout d'impact)
- sans opinion

10) **Sur une échelle de 0 à 3, à combien évaluez-vous l'impact positif que pourraient avoir les produits à base de plantes sur votre santé ?**

- 3 (impact important)
- 2 (impact moyen)
- 1 (léger impact)
- 0 (pas du tout d'impact)
- sans opinion

A PROPOS DES MEDICAMENTS CLASSIQUES

**11) Sur une échelle de 0 à 3, à combien évaluez vous votre confiance envers les médicaments classiques ?**

- 3 (tout à fait confiance)
- 2 (plutôt confiance)
- 1 (plutôt pas confiance)
- 0 (pas du tout confiance)
- sans opinion

**12) Sur une échelle de 0 à 3, à combien évaluez vous l'impact négatif que pourraient avoir les médicaments classiques sur votre santé ?**

- 3 (impact important)
- 2 (impact moyen)
- 1 (léger impact)
- 0 (pas du tout d'impact)
- sans opinion

**13) Sur une échelle de 0 à 3, à combien évaluez-vous l'impact positif que pourraient avoir les médicaments classiques sur votre santé ?**

- 3 (impact important)
- 2 (impact moyen)
- 1 (léger impact)
- 0 (pas du tout d'impact)
- sans opinion

**14) Pensez-vous que les plantes puissent avoir des interactions avec les médicaments classiques ?**

- Oui
- Non

**UTILISATION PERSONNELLE**

**15) Avez-vous déjà utilisé des produits à base de plantes? (cette question ne concerne pas l'homéopathie)**

- Non => passez directement à la question 19
- Oui

Si oui : dans quelle(s)

situation(s) ?.....  
.....

**16) Cochez les produits à base de plantes que vous avez déjà utilisés : (plusieurs réponses possibles)**

- Huiles essentielles
- Sirop
- Spray nasal
- Spray buccal
- Comprimés
- Crème ou pommade
- Complément alimentaire
- Tisane
- Cataplasme
- Autre

.....  
.....

**17) Qui vous a orienté vers ce type de produit ? (plusieurs réponses possibles)**

- Médecin
- Professionnel paramédical (kinésithérapeute, ostéopathe, orthophoniste, diététicien(ne) etc...)
- Pharmacien / préparateur en pharmacie
- Entourage
- Magazines, blogs, émissions, réseaux sociaux
- Vous même
- Autre .....

**18) Où vous les êtes vous procurés? (plusieurs réponses possibles)**

- Pharmacie
- Parapharmacie
- Internet

- Grande surface/magasin bio
- Plantes ramassées directement dans la nature
- Autre .....

**RELATION AVEC LE MEDECIN TRAITANT**

**19) Sur une échelle de 0 à 3, jugez-vous important que votre médecin ait connaissance de votre consommation de produits à base de plantes?**

- 3 (indispensable)
- 2 (important)
- 1 (peu important)
- 0 (pas important du tout)
- sans opinion

Pourquoi ?

.....  
.....

**20) Comment le sujet des plantes est-il abordé avec votre médecin traitant ?**

- C'est moi qui lui en parle
- C'est lui qui m'en parle
- Nous n'en parlons pas : pourquoi?

.....

## Annexe 2 : Lettre d'information destinée aux médecins

Mme HELIES Marine

Bonjour,

Suite à notre entretien téléphonique, je vous adresse ce jour les questionnaires que vous pourrez laisser à disposition de vos patients dans le cadre de la réalisation de ma thèse de médecine générale.

Cette thèse porte sur la vision et l'utilisation de la phytothérapie par les patients de médecine générale de Basse Normandie. L'objectif est de déterminer si les patients sous estiment ou non l'effet pharmacologique des produits à base de plantes (effet positif ou négatif).

Vous êtes l'un des 10 cabinets sélectionnés pour cette étude.

Je vous adresse donc 30 questionnaires à déposer dans votre salle d'attente ainsi qu'une plaquette récapitulative que vous pourrez afficher.

Vous trouverez également une enveloppe affranchie vous permettant de me renvoyer les questionnaires dès que ceux-ci auront été complétés.

Je vous remercie d'avance pour votre aide et vous communiquerai les résultats de cette étude pour que vous puissiez les mettre à disposition de vos patients.

N'hésitez pas à me contacter pour toutes questions relatives à ce travail.

Mme HELIES Marine

### **Annexe 3 : Fiche explicative à visée des patients**

Bonjour à tous,

Dans le but de valider ma thèse de médecine générale, je réalise actuellement une étude sur **l'utilisation de la phytothérapie chez les patients de Basse Normandie.**

Je sollicite donc votre aide pour accomplir ce travail de recherche dont l'objectif est de mieux comprendre **votre vision** et **vos attentes** en ce qui concerne la médecine par les plantes.

Dans ce questionnaire, nous comparerons la phytothérapie aux médicaments « classiques ».

La phytothérapie est une médecine utilisant les plantes ou leurs extraits pour traiter des maladies ou symptômes. On la retrouve sous différentes formes (huiles essentielles, comprimés, sirops, sprays, pommades etc ...)

Les médicaments « classiques » regroupent tous les autres médicaments qui sont habituellement prescrits par votre médecin généraliste (paracétamol, anti-inflammatoires, antibiotiques etc ...)

**Votre participation est importante pour la réalisation de ce projet et ce même si vous n'avez jamais eu recours à des produits à base de plantes.**

**L'homéopathie ne fait pas partie de la phytothérapie.**

Les questionnaires sont **anonymes.**

**D'avance un grand merci pour votre aide.**

Mme HELIES Marine

#### Annexe 4 : réponses à la question 6 (question ouverte)

<b>« Quelles sont les raisons qui vous poussent à vous tourner vers la phytothérapie plutôt que vers un médicament classique? »</b>
« Moins d'effets secondaires »
« Les effets + problèmes de tolérance »
« Si c'est efficace »
« Pas d'ordonnance »
« C'est une approche plus naturelle »
« Moins agressifs »
« Pas de danger pour la santé, éviter les effets secondaires »
« Plus naturelle »
« Pour le côté naturel et l'effet sans accoutumance »
« Pour éviter le chimie quand on peut »
« Pour éviter les produits chimiques »
« Dépendance aux médicaments classiques, médicaments classiques = commercial »
« Produit d'origine naturelle et non chimique »
« Plus doux »
« Un médicament a tellement de contre indications et peu déclencher d'autres symptômes »
« L'effet est aussi efficace sans utilisation de chimie »
« Les effets secondaires »
« Les effets indésirables »
« Plus naturel mais plus long niveau efficacité »
« Je préfère les plantes car mieux pour mon estomac »
« Les produits à base de plantes me paraissent moins nocifs »
« Plus naturel, moins nocif pour la santé »
« Des bienfaits naturels »
« Moins de chimie »
« Plus naturel »
« Les plantes sont plus naturelle (je pense) »
« Moins d'effets secondaires ou de contre-indication avec certains états (allaitement ou grossesse) »
« Pour des pathologies à traiter sur le plus long terme (perte du sommeil par exemple) »
« Plus naturel »
« Produit naturel »
« Pas d'effets secondaires, le côté naturel »
« Moins invasif »
« Plus naturel »
« Pas de chimie »
« Plus naturel, moins d'excipients »
« Effets secondaires des médicaments classiques (peur et doute) »
« Pas d'effets indésirables et non "polluants" pour le corps »



« Le fait que ce soit naturel »
« Parce que les médicaments guérissent le mal tout en provoquant des effets secondaires quelques fois plus lourds »
« Plus naturel »
« Les plantes soignent mieux et c'est naturel »
« Plus naturel, moins d'effets secondaires »
« Supporte mal les médicaments »
« Plus naturel, meilleur pour le corps, engendre moins d'effets indésirables »
« Je pense qu'un traitement à base de plantes est plus doux et meilleur pour la santé »
« C'est plus naturel »
« Naturel pour le corps »
« Plus naturel »
« Moins de médicaments »
« Pour soulager des quintes de toux, éviter de consulter sauf si nécessaire »
« Moins de médicaments pour le foie »
« Quelque chose de plus "sain" pour le corps »
« Quand il ne fonctionne pas on se tourne vers l'autre »
« La préférence du naturel au chimique »
« Naturelle »
« Méthode naturelle n'engendrant pas certains effets secondaires (ex : ashwaganda + rhodalia = xanax) »
« Je pense que la phytothérapie occasionne moins d'effets indésirables »
« Effets indésirables moins durs »
« Confiance, naturel »
« Plus naturel et efficace »
« Plus sain »
« Moins d'effets indésirables »
« Moins d'effets secondaires et moins nocifs »
« Le sentiment qu'il y a peut être moins d'effets secondaires »
« Une des principales raisons est les effets secondaires des traitements »
« Je déteste prendre des médicaments et qu'ils me provoquent des effets secondaires »
« Plus naturel »
« Peut être moins de nocivité que la chimie »
« Je suis plutôt naturelle, sport etc ... »
« Produits naturels plutôt que chimiques »
« Pas trop confiance dans la composition des médicaments »
« Allergie à beaucoup de médicaments »

## Annexe 5 : réponses à la question 7 (question ouverte)

« <b>Quelles sont les raisons qui vous poussent à vous tourner vers un médicament classique plutôt que vers la phytothérapie?</b> »
« Pour ma part à la base ma méconnaissance en phytothérapie, ce qui n'est plus le cas »
« Les médicaments ont toujours eu une action bénéfique sur ma personne »
« Les médicaments de phytothérapie ne suffisent pas »
« Plus rapide en efficacité »
« Preuves d'efficacité et toxicité étudiées et connues contrairement à la phytothérapie »
« Je suis habituée à ce traitement »
« Aucune connaissance sur le traitement par les plantes »
« Habitude »
« Quand il ne fonctionne pas on se tourne vers l'autre »
« Phytothérapie souvent exercée par des amateurs non diplômés »
« Plantes n'existent pas pour traiter cette maladie »
« Quand la phytothérapie ne fonctionne pas »
« C'est de la chimie »
« Peut être plus efficaces »
« Les prescriptions des médecins, de ne pas connaître assez les produits à base de plantes »
« C'est méconnu »
« Efficacité »
« Manque de connaissance de la phytothérapie »
« L'efficacité »
« Plus de recul »
« Si mon état est ingérable par les petits moyens »
« Rapidité des effets »
« Pour le moment il ne m'a pas proposé de phytothérapie »
« Pour être sur de ne pas se planter »
« Dosage plus facile à obtenir »
« Efficacité »
« Pour les maladies confirmées pour l'efficacité des médicaments »
« Selon son efficacité »
« L'efficacité »
« Plus puissants »
« Si plus efficace »
« Efficacité prouvée »
« Meilleure efficacité »
« Absence d'équivalence dans les produits à base de plantes »
« Confiance »
« Confiance aux prescriptions du médecin »
« Par manque de connaissances des autres méthodes »
« Selon son efficacité »
« Efficacité vérifiée des produits utilisés »
« Si la phytothérapie ne suffit pas, je prends des médicaments "classiques" »
« Confiance en mon médecin traitant »

« Plus sur »
« Quand je n'ai pas le choix du traitement plus important »
« L'accès est plus facile (proximité du médecin) »
« Manque d'informations objectives sur la phytothérapie »
« Je prends un minimum de médicaments »
« Ont des effets secondaires, toujours des contre-indications »
« Remboursement »
« Suivi d'une ordonnance appropriée surtout en cas de maladie chronique »
« Plus de confiance »
« Résultat plus rapides »
« Effets secondaires importants »
« Efficacité, confiance »
« Efficacité plus prouvée »
« Plus de recul »
« L'habitude »
« La phytothérapie ne remplace pas toujours la médecine classique »
« Prescription du médecin »
« Effets rapides »
« Les médicaments classiques ont prouvé leur efficacité »
« Si pas assez d'efficacité »
« Plus de retour sur les résultats »
« Effet plus rapide »
« L'efficacité »
« Prescription de mon médecin »
« Cela dépend de son efficacité et de la maladie »
« Ne connais pas la phytothérapie »
« La phyto n'en est qu'à ses balbutiements »
« Je ne crois pas trop aux plantes »
« L'habitude »
« Quand la phytothérapie n'a pas été suffisante »
« infection, fièvre »

## Annexe 6 : réponses à la question 15 (question ouverte)

« Dans quelle(s) situation(s) avez-vous déjà utilisé des produits à base de plantes ? »
« Allaitement »
« Sirop pour la toux (thym + eucalyptus) »
« Traitement contre le stress pour aider à dormir »
« Rhume, angine, toux, dos »
« Infection urinaire »
« Toux, stress, anxiété »
« Fleur de Bach »
« Fleurs de Bach, huiles essentielles, inhalations => stress, troubles du sommeil, rhume, toux »
« Stress »
« Douleurs musculaires »
« Migraine »
« Troubles digestifs »
« Protection contre les insectes, fumigation, tisane »
« Troubles du sommeil »
« Protection contre les insectes, rhume, entretien de la peau et esthétique, mal de gorge, verrues plantaires, fumigation »
« Suite de couche, début d'allaitement »
« Stress, fatigue, infection virale »
« Toux, sommeil »
« Huile essentielle tee trea principalement »
« Rhumes, états grippaux »
« Toux, rhume, douleurs oculaires, ampoules dépurification »
« Cystite, problèmes de peau, stress, fatigue »
« Douleurs musculaires, grippe, rhume, toux »
« Onagre, vigne rouge et autres »
« En prévention à l'approche de l'hiver »
« Acné, stress, fatigue »
« Maux de tête, dos, rhume, fatigue, stress »
« Douleurs articulaires »
« Rhume »
« Rhumatismes »
« Nombreuses : ashwaganda, rhodalia, menthe poivrée (maux de tête), toutes les huiles essentielles »
« Hémorroïdes, bleus, entorses »
« Maux de gorge (infusions de thym) »
« Fatigue »
« Douleur, toux »
« Sommeil, douleurs »
« Toux, douleur musculaire »
« Sommeil, douleur aux jambes, maux de tête »
« Pour le sommeil »
« Huile essentielle au clou de girofle pour la névralgie du trijumeau »
« Rhumes, douleurs musculaires »
« Articulations »
« Anxiété, rhume, toux »
« Anxiété »
« Anxiété, troubles du sommeil, douleurs »

« Pour mieux éliminer »
« Rhume »
« Ergymuryl, ergyphilus, stodal »
« Sommeil, soucis, bien être »
« Maux de gorge, fatigue, douleur articulaire »
« Rhumes »
« Stress »
« Arnica, homéopathie »
« Douleurs articulaires »
« Inhalation »
« Stress, insomnie »
« Thyroïde, ménopause (bouffées de chaleur), mycose »
« Rhume »
« Stress, fatigue, déprime, toux, troubles digestifs »
« Soins en automédication => stress, anxiété, prophylaxie des rhumes »
« Euphytose (déprime) »
« Rhinite, tendinite »
« Douleurs, sommeil »
« Toux, rhume »
« Rhume, changement de saison comme tonifiant »
« Stress, perte de sommeil »
« Régime »
« Insomnie et stress »
« Cystite, maux de gorge »
« Pépins de courges, troubles urinaires »
« Douleurs (huiles essentielles), rhume, état grippal (huiles essentielles) »
« Troubles du sommeil, articulations, perte de poids, transit, douleurs »
« Thym en infusion pour la toux »
« Problèmes digestifs, rhume, mal de gorge, migraine, hématomes, douleurs »
« Infection urinaire »
« Articulations »
« Huiles essentielles, aérosols »
« Dépression, angines »
« De la même façon qu'avec les médicaments classiques »
« Stress (fleurs de Bach), huiles essentielles »
« Rhumes, douleurs, digestifs »
« Je commence toujours par les plantes et si cela ne marche pas alors j'utilise les médicaments »
« Anti douleur et anti inflammatoire »
« Toux, allergie, eczéma, sommeil »
« Régulièrement »
« Bronches, nez »
« Pour traiter les GGT avec du Chardon Marie »
« Arthrose, sommeil »
« Compléments alimentaires, huiles essentielles (sommeil, antiseptique) »
« Etat dépressif »
« Tisanes (constipation) »
« Rhume, maux de gorge »
« Diverses maladies et douleur, rhume, bronchite, angine, arthrose, sommeil etc ... »

## Annexe 7 : réponses à la question 19 (question ouverte)

<b>« Pour quelle(s) raison(s) vous semble-t-il important que votre médecin traitant soit au courant de votre consommation de produits à base de plantes ? »</b>
« Pour avoir son avis personnel et savoir si cela est recommandé pour soi même et éviter de prendre n'importe quoi »
« Tout traitement mérite suivi »
« Car il peut nous proposer un médicament à base de plantes plutôt qu'un classique »
« Pour ne pas donner de médicaments contradictoires »
« Interactions possibles avec médicaments classiques »
« A cause des interactions médicamenteuses ou effets secondaires »
« Lors d'une prescription pour ne pas faire de mauvaise combinaison »
« Choix des médicaments à prescrire »
« C'est la première personne à être au courant »
« Conseils/ échange »
« Leur effet même léger pourrait avoir une incidence sur un diagnostic si tant est que j'en utilise sur le moment »
« Interactions avec certains médicaments »
« Permettre un diagnostic efficace, éviter les interactions médicamenteuses nuisibles »
« Pour mieux comprendre son patient, ses attentes »
« <i>Le pharmacien doit plus le savoir, pas le rôle du médecin traitant</i> »
« Interactions possibles avec médicaments prescrits? »
« <i>Je suppose que ce n'est pas important puisque ce sont des plantes, je ne m'étais jamais demandé si il pouvait y avoir des interactions</i> »
« Adapte en fonction des traitements en cours »
« Car si nous avons des moyens plus naturels pour se soigner, il serait bon qu'il nous en prescrivent »
« Par rapport à la réticence que les médecins traitant peuvent avoir par rapport aux plantes »
« Pour les possibles interactions si il y en a »
« Interaction avec d'autres médicaments »
« Suivi, connaissance des bienfaits, faire évoluer sa pratique »
« Eviter les interactions »
« Compatibles avec les médicaments classiques »
« Car il n'orientera pas le patient de manière inconsidérée mais dans sa globalité, climat de confiance primordial en médecine »
« <i>Car pris ponctuellement</i> »
« Les antibiotiques ce n'est pas automatique »
« <i>Si on peut les avoir sans ordonnance</i> »
« <i>Car pas d'effet sur un médicament classique</i> »
« Interactions avec autres médicaments »
« Pour éviter les interactions entre les médicaments »
« Qu'il n'y ait pas de double emploi »
« <i>Mon médecin n'est pas pour</i> »
« Pour éviter d'autres médicaments plus agressifs »
« <i>Pas d'interactions entre les plantes et la chimie</i> »
« Pour en tenir compte dans son traitement »
« Pour les interactions »
« Mieux d'avoir l'avis de son médecin »
« <i>Usage très limité et plutôt préventif</i> »
« En raison des interactions possibles »
« Interactions éventuelle entre les médicaments classiques »

« Interactions avec traitements, antécédents »
« Eviter les interactions, bilan complet transparent »
« <i>En général ils ne sont pas pour</i> »
« Incompatibilité entre produits »
« Traitement déjà mis en place »
« <i>Il ne s'intéresse pas à la phytothérapie</i> »
« <i>Puisque peu d'impact et très rare utilisation, pas important de lui dire</i> »
« <i>Car pour moi c'est un complément</i> »
« A cause des interactions possibles »
« pour le suivi »
« Pour adapter un éventuel traitement supplémentaire »
« Impact sur ma santé, leurs bienfaits, confiance entre lui et moi »
« Pour les diagnostics »
« <i>Parce que je ne suis pas concernée</i> »
« Il existe une possible interaction avec les médicaments classiques »
« Pour éviter une surdose de prise de comprimés »
« Pour savoir ce qu'il en pense »
« <i>Je n'en consomme pas</i> »
« Si interaction inconnue avec médicament classique, pour orientation du traitement »
« C'est aussi un traitement »
« <i>Aucune conséquence médicale</i> »
« Pour adapter au mieux le traitement »
« <i>Pas d'ordonnance</i> »
« Peut être des interactions avec les deux manières de soigner »
« Interactions entre eux »
« Chacun trouve un soulagement si on peut se soigner pas les plantes c'est mieux »
« Pour ne pas être inondée de médicaments classiques »
« Parce qu'il doit connaître cette donnée lors de l'établissement de prescriptions »
« Interactions avec les médicaments classiques »
« Si interactions »
« Pour raison de confiance »
« Parce que c'est le seul moyen pour se soigner sainement »
« Il peut y avoir des effets contraires entre l'utilisation des deux médecine ou surdosage »
« Possibilité d'interactions médicamenteuses »
« Pour les traitements à donner »
« Pour un meilleur suivi »
« Interaction possible »
« Pour d'éventuelles interférences »
« Risque d'interaction »
« Pour éviter les interactions »
« Afin d'éviter des contre-indications »
« Certains produits à base de plantes ou autres huiles essentielles sont fortement déconseillés »
« Pour avoir une meilleure relation, basée sur la confiance »
« Je le préviens pour qu'il sache pourquoi mon taux de GGT est devenu normal »
« Interaction possible avec médicament classique »
« <i>Lorsque je lui en ai parlé, pour lui ce sont des remèdes de grand mère</i> »
« Pour qu'il soit au courant puisque je lui fais confiance »
« <i>A mes yeux les plantes ont un effet placebo, comme les médicaments</i> »
« Pour qu'il sache quoi faire »
« Il est mieux qu'il soit informé de mes préférences de traitement pour être mieux suivie »

## Annexe 8 : réponses à la question 20 (question ouverte)

« Pour quelle(s) raison(s) le sujet des plantes n'est-il pas abordé avec le médecin traitant ? »
« Peu important »
« Je n'y ai pas prêté attention jusque là »
« Je n'y pense pas, je pense que nous sommes trop habitués aux médicaments classiques »
« Pas eu d'occasion »
« Aucune idée mais à changer »
« Je n'utilise que des huiles essentielles comme parfum d'ambiance ou des tisanes, si j'utilise un jour un traitement à base de plantes, j'en parlerais »
« Pas l'utilité »
« Pas eu l'occasion et je ne souhaite pas »
« Car on me prescrit directement des médicaments classiques; cela reste je trouve un sujet dont on ne parle pas encore assez et cela est bien dommage »
« J'en utilise trop rarement pour en parler »
« Je n'en prends pas et ne souhaite pas en prendre »
« Pas de besoin »
« Je ne le vois presque jamais »
« Je ne pense pas à lui en parler »
« Jamais pensé, jamais besoin »
« Je n'y pense pas »
« Pas ressenti le besoin »
« Pour moi, médecin = médicament. Je me dis sûrement qu'il me dirait que ce n'est pas son domaine »
« Pas jugé nécessaire d'échanger avec lui à ce sujet puisque je sais qu'il n'y est pas favorable »
« Je ne le vois que pour des problèmes traumatiques (tendinite, entorse), jamais abordé le sujet »
« Prise occasionnelle et pas au long cours »
« Cela ne m'est jamais venu à l'idée de lui en parler »
« Je n'y pense pas »
« Pas dans mes habitudes »
« Je ne sais pas »
« Nous n'avons jamais abordé le sujet »
« Mon médecin n'est pas pour »
« Je me soigne seule »
« Pas de besoin »
« Pas nécessaire »
« Il n'a pas confiance dans ce genre de traitement »
« Ca ne l'intéresse pas »
« Rarement pour éviter les produits actifs au profit de produits plus doux »
« Je ne sais pas »
« Le besoin ne s'est pas fait ressentir »
« Nouveau médecin, je ne sais pas ce qu'il en pense »
« Manque de temps »
« Parce que le sujet ne fait pas parti de nos entretiens »
« Il ne jure que par la médecine classique »
« On n'a jamais abordé le sujet »
« Assez septique »
« Ca ne m'intéresse pas »
« L'habitude de prendre des médicaments classiques »



« Je n'y trouve pas d'intérêt en ce qui me concerne »
« Pas le sujet »
« Je n'y pense pas car je n'utilise pour le moment que du sirop pour la gorge confectionné par moi même »
« Parce qu'il ne fait surement pas confiance à ces médicaments là / Je me suis également soignée grâce à l'étiopathie »
« Peur du ridicule »
« Manque d'intérêt »
« Visite de routine »
« Je n'en ai pas éprouvé le besoin »
« Je ne suis pas intéressée »
« Ce n'est pas le domaine de ses "croyances", et moi non plus »
« Parce qu'il ne le demande pas »
« Je le regrette, il n'en parle pas »
« Ca le ferait rigoler »
« Ne semble pas réceptif »
« Si je le sens réticent à ce genre de traitement »
« Mon médecin traitant a connaissance de ma santé et agit toujours en conséquence, je lui accorde une entière confiance »

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

**A faire signer ici par votre Président de Thèse avant de nous remettre le 1<sup>er</sup> exemplaire unique 3 semaines + 3 jours avant la soutenance**

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer  
en référence à la délibération  
du Conseil d'Université  
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président  
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

**Vision et utilisation des produits à base de plantes par les patients de médecine générale de Basse Normandie**

En 2011, 64% des français font confiance à la phytothérapie et 45% y ont déjà eu recours. Ils sont en recherche de ce type de produits qu'ils qualifient de plus « naturels ». L'objectif de cette étude est de déterminer si les patients sous-estiment l'effet pharmacologique des produits à base de plantes (PBP) par rapport aux MC. Étude épidémiologique observationnelle menée grâce à une enquête descriptive transversale quantitative par questionnaires à destination des patients de médecine générale de Basse Normandie. Sélection de 10 cabinets acceptant la diffusion des questionnaires dans leur salle d'attente. Envoi de 300 questionnaires par voie postale. 170 questionnaires ont pu être analysés (57%). 75,9% des patients disent avoir déjà eu recours aux PBP, les femmes utilisant significativement plus les PBP que les hommes ( $p = 0,022$ ). La confiance accordée aux PBP et aux MC est similaire (78,2% contre 74,7%). L'impact positif des PBP est évalué à 70,6% contre 84,7% pour les MC, l'impact négatif à 19,4% contre 77% pour les MC. 54,7% des patients évoquent un risque d'interaction entre PBP et MC. En conclusion, les patients jugent les PBP efficaces mais moins que les MC. En revanche, ils considèrent s'exposer à moins de risque en consommant des PBP. En cela, l'effet pharmacologique des PBP est sous-estimé. Les PBP sont surtout utilisés pour leurs vertus de bien-être et de prévention et non thérapeutiques comme avec les MC, l'automédication est privilégiée et la discussion sur les PBP avec le médecin traitant est rare.

**MOTS-CLÉS :**

Produits à base de plantes  
Phytothérapie  
Médicaments classiques  
Interaction médicamenteuse

**Vision and use of herbal products by patients of general medicine in Basse Normandie region**

In 2011, 64% of french people declared to rely on phytotherapy and 45% of them have already used it. They are looking for this type of products that they qualify more « naturels ». The objective of this study is to determine whether patients underestimate the pharmacological effect of herbal products compared to classical drugs. Observational epidemiologic study was conducted following quantitative transversale descriptive survey by using a quiz addressed to general medicine patients of Basse Normandie. Ten physician's offices accepted to diffuse quiz in their waiting room. 300 quiz were sent by post. 170 quiz were analysed (57%). 75,9% of patients declared to use herbal products, women use significantly much more herbal products than men ( $p=0,022$ ). They are equally confident about herbal products and classical drugs (78,2% and 74,7% respectively). The positive impact of herbal products reached 70,6% while classical drugs was at 84,7%. The negative impact was 19,4% and 77% for herbal products and classical drugs, respectively. 54,7% of the patients evoked a risk of interaction between HP and CD. To conclude, patients judged HP efficient but less than CD. However, they considered to be exposed at lower risk by consuming HP. Indeed, the pharmacological effect of HP is underestimated. HC are more especially used for their health beneficial properties and prevention but not for therapeutic purpose, as it is the case for CD. For the last, the automedication was favored and the discussion about HP with the physician was scarce.

**KEY WORDS :**

Herbal products  
Phytotherapy  
Classical drugs  
Drug interaction