



HAL
open science

Recours à la phytothérapie dans l'arthrose des membres : résultats d'une étude transversale

Sébastien Lidy

► To cite this version:

Sébastien Lidy. Recours à la phytothérapie dans l'arthrose des membres : résultats d'une étude transversale. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03204402

HAL Id: dumas-03204402

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03204402v1>

Submitted on 6 May 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 152

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Recours à la phytothérapie dans l'arthrose des membres :
résultats d'une étude transversale

Présentée et soutenue publiquement
le 1^{er} octobre 2019

Par

Sébastien LIDY

Né le 22 septembre 1984 à Suresnes (92)

Dirigée par M. Le Professeur Johann Beaudreuil, PU-PH

Jury :

M. Le Professeur Alain Yelnik, PU-PH Président

Mme Le Professeur Isabelle Aubin-Auger, PU-MG

Mme Le Docteur Christelle Nguyen, MCU-PH

Remerciements

Je remercie le Professeur Alain Yelnik qui a bien voulu me faire l'honneur de présider mon jury de thèse, et qui m'a accueilli pour mon dernier semestre d'internat au sein de son service de Médecine Physique et Réadaptation à l'hôpital Fernand Widal en 2016.

Je remercie le Professeur Isabelle Aubin-Auger pour m'avoir fait l'honneur de faire partie de mon jury de thèse.

Je remercie le Docteur Christelle Nguyen pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Je remercie le Professeur Johann Beaudreuil pour avoir accepté de diriger ma thèse. Ses précieuses indications ont permis de parvenir à ce travail.

Je remercie Mesdames Marion Landais et Brigitte Bernabet, ergothérapeutes dans le service de Médecine Physique et Réadaptation de l'hôpital Lariboisière, Madame Marguerite Lefebvre, Infirmière dans le service de Rhumatologie de l'hôpital Lariboisière, le docteur Julien Mélet et le docteur Anne Phan Van pour leur aide précieuse dans le recrutement des patients pour ce travail.

Je remercie les Docteurs Didier Noel, Jean-François Dunand et Tassadit Ait Abdesselam pour avoir éveillé en moi le goût de la rhumatologie et de la médecine interne au cours de mon premier semestre d'internat en 2014.

Je remercie le Docteur Laura Krapf pour toute son aide, sa patience et ses encouragements, ainsi que pour son amitié qui ont illuminés mon stage en cardiologie à l'hôpital Max Fourestier de Nanterre en 2016.

Je remercie les docteur Leila Tlili et Marylène Jousse pour leur présence, leur sympathie et leur amitié dans mon ultime stage d'interne dans le service de Médecine Physique et Réadaptation en 2016 à l'hôpital Fernand Widal.

Je remercie le Docteur François Philippart pour son apparition dans mon parcours d'externe. Il a su tirer de moi le meilleur pendant ce stage de réanimation et m'a permis de continuer plus serein la suite de mes études.

Je remercie M. Joel Priolon, mon professeur d'économie en école d'ingénieur, qui a su me convaincre de suivre mes aspirations à l'issue de mes études d'ingénieur agronome, plutôt que de continuer dans une voie qui n'était plus la mienne.

Je remercie mes parents qui m'ont soutenu et aidé dans le choix difficile que j'ai eu à faire à la fin de mon parcours à l'AgroParisTech. Ils m'ont encouragé, sans jamais remettre en question le fait que je reprenne un cursus médical.

Je remercie ma compagne Céline Brenière et ma sœur Isabelle Lidy pour leur soutien sans faille pendant ces trois années de thèse et ces années de médecine.

Enfin, je remercie tous mes co-internes que j'ai pu rencontrer pendant mon internat avec qui j'ai noué des liens : Claire, Hiba, Coraline, Hélène, Anne-Sophie, Julien et Jade et tous les autres.

Sommaire

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	6
EPIDEMIOLOGIE DE L'ARTHROSE	6
INCIDENCE DE L'ARTHROSE	6
PREVALENCE DE L'ARTHROSE	7
FACTEURS DE RISQUE	10
FACTEURS GENERAUX	10
FACTEURS ARTICULAIRES	11
RECOMMANDATIONS THERAPEUTIQUES POUR ARTHROSE	12
GONARTHROSE	12
COXARTHROSE	13
ARTHROSE DIGITALE	13
RECOURS AUX SOINS	14
CONSULTATIONS POUR ARTHROSE	14
FACTEURS PREDICTIFS DE CONSULTATION POUR ARTHROSE	14
RECOURS AUX TRAITEMENTS	15
LES MEDECINES NON CONVENTIONNELLES	16
RECOURS AUX MEDECINES NON CONVENTIONNELLES	17
LA PHYTOTHERAPIE	17
EVALUATION DE LA PHYTOTHERAPIE POUR ARTHROSE	18
RECOURS A LA PHYTOTHERAPIE POUR ARTHROSE	18
OBJECTIF DE TRAVAIL	20
PATIENTS ET METHODES	21
PATIENTS	21
QUESTIONNAIRE	22
ESTIMATION DU NOMBRE DE PATIENTS A INCLURE	23

STATISTIQUES	23
RESULTATS	24
DESCRIPTION DE LA POPULATION	24
DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	24
CENTRES D'INTERET ET HABITUDES DE VIE	25
ETAT DE SANTE ET CARACTERISTIQUES DE LA MALADIE ARTHROSIQUE	26
TRAITEMENTS PRIS POUR ARTHROSE	27
RECOURS A LA PHYTOTHERAPIE	28
DISCUSSION	31
CONCLUSION	35
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	36
ANNEXES	46
ANNEXE 1 : LETTRE DE CONSENTEMENT POUR PARTICIPER A L'ETUDE	46
ANNEXE 2 : COURRIER ACCOMPAGNANT LE QUESTIONNAIRE	47
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE	48
ANNEXE 4 : DONNEES COMPLEMENTAIRES	64

Introduction

Les affections musculo-squelettiques sont au deuxième rang mondial des causes de limitation d'activité après les troubles mentaux et du comportement (1). L'arthrose des membres est la troisième pathologie musculo-squelettique en terme de prévalence après les lombalgies et les cervicalgies disco-vertébrales communes (2). Elle est l'arthropathie la plus fréquente. La douleur et la limitation d'activité qui y sont liées représentent un coût humain et économique certain dans les pays développés. Ce dernier atteint 1,0 à 2,5% de leur PIB (3).

L'arthrose est un diagnostic fréquemment posé en médecine générale (4). Il s'agit d'une maladie des articulations caractérisée par une dégradation du cartilage associée à des remaniements de l'os sous-chondral, une production d'ostéophytes et des épisodes limités d'inflammation synoviale (5). En radiographie standard elle se traduit par un pincement de l'interligne articulaire, la formation d'ostéophytes et une altération de l'os sous-chondral avec une condensation de celui-ci et la formation de géodes. Les 3 localisations arthrosiques les plus fréquentes sont le genou, la hanche et la main. L'arthrose détectée en radiographie standard n'a pas toujours d'expression clinique (6). Les études épidémiologiques intégrant dans leurs critères diagnostiques à la fois la douleur articulaire et les signes radiologiques, correspondant à l'arthrose symptomatique, permettent de fait une approche au plus près des conséquences et des besoins perçus par les patients atteints par la maladie (7).

Epidémiologie de l'arthrose

Incidence de l'arthrose

Les données sur l'incidence de l'arthrose symptomatique sont peu nombreuses (8). Cette incidence a toutefois été évaluée de façon robuste dans une population espagnole constituée de 3 266 826 individus, suivis pendant 4,5 années (8). Les chiffres y sont de 6,5 pour mille personne-année pour la gonarthrose, 2,4 pour mille personne-année pour la main et de 2,1 pour mille personne-année pour la coxarthrose (Tableau 1). L'incidence de l'arthrose y apparaît plus élevée chez la femme que chez l'homme pour les 3 localisations.

Tableau 1 : Incidence de l'arthrose des membres en fonction des localisations et du sexe en Espagne
(cas / 1000 personnes-années) (8)

Localisation	Incidence Globale	Incidence Homme	Incidence Femme
<i>Genou</i>	6,5	4,6	8,3
<i>Main</i>	2,4	1,3	3,5
<i>Hanche</i>	2,1	1,7	2,4

Prévalence de l'arthrose

Les données concernant la prévalence de l'arthrose symptomatique sont quant à elles beaucoup plus nombreuses (9–19). Les valeurs les plus élevées sont là encore observées pour la gonarthrose et l'arthrose de la main, ainsi que chez les femmes (Tableaux 3-5).

Hanche

La prévalence mondiale de la coxarthrose était de 0,85% en 2010 (Tableau 3). Des chiffres plus détaillés montrent des valeurs de 0,9% et 1,2% pour les hommes et pour les femmes en Europe de l'ouest, de 0,2 % et 0,3% en Asie de l'Est incluant la Chine et de 1,6% et 2,1% pour l'Amérique du Nord. En dépit d'une comparabilité limitée, liée avant tout à l'âge des populations sélectionnées, les études nationales confirment que la coxarthrose est relativement plus fréquente aux Etats Unis d'Amérique et peu fréquente en Chine. Les chiffres décrits en Espagne sont proches des valeurs nord-américaines. Ceux obtenus en France à partir de la cohorte KHOALA, apparaissent quant à eux plus bas avec 1,9% des hommes et 2,5% des femmes entre 40 et 75 ans touchés (9). Il existe des disparités régionales importantes avec une prévalence plus élevée en Lorraine et en Picardie. L'étude de la même cohorte permet également d'évaluer la prévalence de l'arthrose en fonction des stades radiologiques de Kellgren et Lawrence (Tableau 2)(20). Dans cette cohorte, 69.8% des patients sont au stade 2 (arthrose minime), 26,1% au stade 3 (arthrose modérée) et 4,1% au stade 4 (arthrose sévère) (21).

Tableau 2 : Stades radiologiques de Kellgren et Lawrence (20)

Stade	Sévérité de l'arthrose	Description radiologique
<i>Stade 0</i>	Pas d'arthrose	Pas de pincement de l'interligne articulaire
<i>Stade 1</i>	Arthrose douteuse	Pincement de l'interligne articulaire douteux avec possibles ostéophytes
<i>Stade 2</i>	Arthrose minime	Ostéophytes avec possible pincement de l'interligne articulaire
<i>Stade 3</i>	Arthrose modérée	Ostéophytes de moyenne importance avec pincement de l'interligne articulaire, sclérose et possible déformation
<i>Stade 4</i>	Arthrose sévère	Larges ostéophytes avec un pincement de l'interligne articulaire marqué, une sclérose marquée ainsi qu'une déformation.

Tableau 3 : Prévalence de la coxarthrose symptomatique (%)

Pays	Année	Âge	Prévalence Globale	Prévalence Homme	Prévalence Femme
<i>Mondial (10)</i>	2010	Population	0,85	0,70	0,98
<i>Asie de l'Est (10)</i>	2010	Population		0,2	0,3
<i>Europe de l'Ouest (10)</i>	2010	Population		0,9	1,2
<i>Amérique du Nord (10)</i>	2010	Population		1,6	2,1
<i>USA (11)</i>	1991-97	> 45 ans	9,7	8,3	11,1
<i>Chine (12)</i>	1998-00	> 60 ans		0,1	0,0
<i>France (9)</i>	2007-09	40-75 ans		1,9	2,5
<i>Espagne (13)</i>	2002-03	60-90 ans	7,4	6,7	8,0

Genou

La prévalence mondiale de la gonarthrose était 3,8% en 2010 (Tableau 4). Des chiffres plus détaillés montrent des valeurs de 2,7% et 4,5% pour les hommes et pour les femmes en Europe de l'ouest, de 1,8 % et 3,1% en Asie de l'Est dont la Chine et de 3,1% et 5,0% en Amérique du Nord. Les études nationales suggèrent une moins grande disparité entre les pays pour la gonarthrose que pour la coxarthrose (9,10,13–17). Ce constat vaut particulièrement pour la Chine où la prévalence de la gonarthrose a été estimée à 5,6% et 15,0% chez les hommes et les femmes de plus de 60 ans, et

n'apparaît pas tant éloignée de celle des Etats Unis d'Amérique et de celle de l'Espagne. La prévalence de la gonarthrose en France estimée à partir de la cohorte KHOALA est quant à elle de 4,7% pour les hommes et 6,6% pour les femmes. Comme pour la coxarthrose, il existe des disparités régionales importantes avec une prévalence plus élevée en Lorraine et Picardie (9). La prévalence des stades radiologiques de gonarthrose a également été évaluée selon la classification de Kellgren et Lawrence (Tableau 2). Ainsi, 44,5% des patients présentaient un stade 2, 30,3% un stade 3 et 25,2% un stade 4 (21).

Tableau 4 : Prévalence de la gonarthrose symptomatique (%)

Pays	Année	Âge	Prévalence Globale	Prévalence Homme	Prévalence Femme
<i>Mondial (10)</i>	2010	Population	3,8	2,8	4,8
<i>Asie de l'Est (10)</i>	2010	Population		1,8	3,1
<i>Europe de l'Ouest (10)</i>	2010	Population		2,7	4,5
<i>Amérique du Nord (10)</i>	2010	Population		3,1	5,0
<i>USA (14)</i>	1991-97	> 45 ans	16,4	13,5	18,4
<i>USA (15)</i>	1991-94	> 60 ans	12,1	10,0	13,6
<i>USA (16)</i>	1983-85	63-94 ans	7,0	7,0	11,0
<i>Chine (17)</i>	1998-00	> 60 ans		5,6	15,0
<i>France (9)</i>	2007-09	40-75 ans		4,7	6,6
<i>Espagne (13)</i>	2002-03	60-90 ans	12,2	8,7	14,9

Main

Les données concernant la prévalence de l'arthrose symptomatique de la main sont nord-américaines (Tableau 5) (18,19). L'affection intéresse 8% de la population à partir de 60 ans quel que soit le site. Plus en détail, 5,4% présentaient une arthrose de l'IPD, 4,7% de l'IPP et 19% de l'articulation trapézo-métacarpienne. Elle est 2 fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Tableau 5 : Prévalence de l'arthrose de main symptomatique (%)

Pays	Année	Âge	Prévalence Globale	Prévalence Homme	Prévalence Femme
<i>Mondial</i>	2010				
<i>USA (18)</i>	1991-94	> 60 ans	8,0		
<i>USA (19)</i>	1983-85	40-84 ans		6,9	14,4

Facteurs de risque

Les facteurs de risque d'arthrose rendent compte de la variabilité de la fréquence de la maladie selon les populations prises en compte. Parmi eux, sont habituellement distingués les facteurs généraux et les facteurs articulaires (22).

Facteurs généraux

Les principaux facteurs généraux d'arthrose sont l'âge, le sexe et le poids (16,23,24). L'hérédité joue également un rôle important (25). Les facteurs génétiques rendraient compte de 60% du déterminisme de l'arthrose de la main et de la hanche, et de 40% de celui de la gonarthrose.

La prévalence de l'arthrose augmente avec l'âge (23,26). Toutefois, pour le genou en particulier, cette variation n'est pas linéaire. En effet, l'incidence semble augmenter de manière importante entre 50 et 75 ans et s'infléchir au-delà de 75 ans (23).

L'arthrose est plus fréquente chez la femme que chez l'homme (10) que ce soit au genou, à la hanche ou à la main. En effet, le sexe féminin est un facteur de risque fort d'arthrose quel que soit le site. Il s'exprime notamment à la ménopause (24,27). Le mécanisme liant arthrose et œstrogènes reste toutefois mal compris.

Le surpoids et l'obésité augmentent le risque d'arthrose. Ce lien est plus fort pour la gonarthrose mais est également observé pour l'arthrose de hanche et à la main (23,28). Cependant, pour l'arthrose de main, le lien n'est pas lié à des contraintes mécaniques mais à des facteurs systémiques, en particulier dans le cadre du syndrome métabolique (29). Une association au diabète de type 2 et à l'hypertension artérielle est retrouvée dans diverses études (29–31).

Par ailleurs, la présence d'arthrose en un site articulaire est un facteur de risque de développer de l'arthrose en un autre site (8). Ce risque augmente avec le nombre d'articulations touchées. Avoir, une arthrose digitale multiplie par 1,30 le risque de développer une gonarthrose (23).

Le tabac, en revanche, impliqué dans la survenue d'autres maladies chroniques ne semble pas lié positivement à la survenue d'arthrose des membres (23,32).

Une densité et une masse osseuse élevées sont également des facteurs de risque d'arthrose du genou et de la hanche (33). La raison n'en est pas claire. Diverses hypothèses sont évoquées : certains facteurs génétiques liés à la densité osseuse contribueraient également au développement de l'arthrose. Par ailleurs, une plus forte densité osseuse serait aussi le reflet d'une masse osseuse plus élevée et donc d'un IMC plus élevé, ce qui est un facteur de risque d'arthrose (34).

Facteurs articulaires

Les facteurs de risque articulaires sont des conditions locales favorisant la survenue de l'arthrose. Ces facteurs ont trait à l'activité physique en général, aux traumatismes et à l'architecture articulaires, ainsi qu'aux activités professionnelles. Ils ont surtout été documentés dans le cadre de la gonarthrose.

Un antécédent de traumatisme du genou est un facteur de risque important de développer une gonarthrose (23). Alors que la prévalence de la gonarthrose à plus de 10 ans après une rupture isolée du ligament croisé antérieur est de 0-13%, elle est de 21-48% si elle est associée à des dommages méniscaux (35). Enfin, dans le cadre d'une ménisectomie, le risque de gonarthrose augmente avec la quantité de ménisque prélevé (36).

L'activité physique pourrait prévenir l'arthrose. En effet, des études ont conclu que la faiblesse musculaire était un facteur de risque de gonarthrose (37). Cependant, si celle-ci engendrait une contrainte trop importante pour les articulations, elle deviendrait préjudiciable (7) : le risque d'arthrose des membres inférieurs augmente avec les sports à fort impact articulaire et dans lesquels le risque de lésions du genou est le plus élevé (34,38).

Pour ce qui est des risques professionnels, il a été montré que l'arthrose de genou était favorisée par les positions agenouillées ou accroupies prolongées et répétées (23,39). L'odds ratio (OR) augmente avec le temps quotidien passé accroupi (jusqu'à 2,0 au-delà de 2h par jour). Le port de charges lourdes (40) et la station debout prolongée sont également des facteurs de risque de gonarthrose avec un OR allant de 1,9 à 7,1 (34). Le risque de coxarthrose est aussi corrélé au port de charges lourdes (41). L'arthrose digitale, enfin, est favorisée par une activité manuelle demandant une dextérité importante (22).

D'autres facteurs de risque sont anatomiques : les dysplasies fémorales et acétabulaires (42), un défaut d'alignement articulaire (43) et l'inégalité de longueur de plus de 2cm des membres inférieurs dans la gonarthrose et la coxarthrose (44,45).

Recommandations thérapeutiques pour arthrose

Le dernier corpus de recommandation de l'American College of rheumatology (ACR) sur l'arthrose traite des 3 localisations genou, de hanche et main (46). Des recommandations spécifiques ont été publiées plus récemment par l'European League Against Rheumatism (EULAR) pour l'arthrose de hanche, du genou et de la main (47,48) et par l'Osteoarthritis Research Society International (OARSI) pour la gonarthrose (49). La combinaison de moyens thérapeutiques pharmacologiques et non pharmacologiques y apparait globalement recommandée dans la prise en charge de l'arthrose. Parmi eux figurent en bonne place l'éducation et les exercices physiques.

Gonarthrose

Les moyens non pharmacologiques recommandés pour la gonarthrose sont plus particulièrement l'éducation, la perte de poids pour les personnes en surpoids, les exercices physiques en milieu aquatique ou non, en résistance - notamment pour le quadriceps - ou en endurance, supervisés et en auto-rééducation. Parmi les moyens pharmacologiques figurent en premier lieu le paracétamol puis les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) par voie orale ou en application locale, les antalgiques de niveau 2 et les infiltrations intra-articulaires cortisoniques (46,47,49).

Les avis semblent plus partagés ou les recommandations beaucoup moins fortes quant à l'usage de la capsaïcine en topique local, de la duloxétine, des injections intra-articulaires d'acide hyaluronique, et des traitements pharmacologiques d'action lente. C'est également le cas des moyens à visée biomécanique tels que les orthèses de genoux, les adaptations du chaussage et les dispositifs d'aide à la marche (46,47,49).

L'OARSI propose une stratégie en fonction du phénotype du patient selon 2 critères : l'atteinte mono ou pluri-articulaire et la présence ou non de comorbidités (Figure 1). Elle donne une place importante aux dispositifs à visée biomécanique (49).

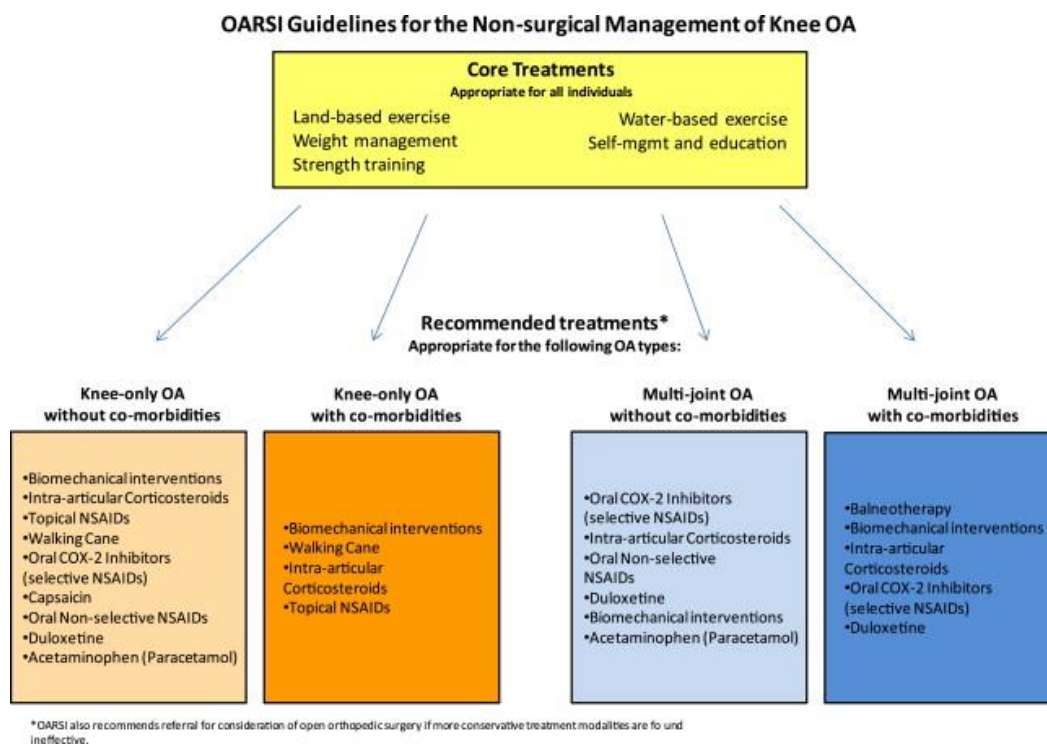


Figure 1 : Recommandations de l’OARSI pour la prise en charge non chirurgicale de l’arthrose de genou. (46)

Coxarthrose

Pour la coxarthrose, les moyens non pharmacologiques recommandés sont l’éducation, la perte de poids si surpoids, les exercices au sol ou aquatique en endurance ou en résistance. Sont également proposés des programmes d’auto-rééducation, des soins par des thérapies manuelles et des agents thermiques et le soutien psychologique ainsi que des aides techniques à la marche si nécessaire. Des moyens biomécaniques tels qu’une adaptation du chaussage, et des dispositifs d’aide à la marche sont aussi proposés, de même qu’une éventuelle adaptation de l’environnement (46,47).

Les traitements pharmacologiques recommandés sont les mêmes que pour la gonarthrose, à l’exception des AINS topiques qui ne sont pas indiqués (46,47).

Arthrose digitale

Pour l’arthrose digitale, sont recommandés l’apprentissage des principes d’ergonomie et de gestion de l’activité de la main ainsi que l’utilisation d’aides techniques nécessaires à la réalisation des activités de la vie quotidienne et d’orthèses de repos. Le recours à la kinésithérapie permet d’améliorer la fonction et la force musculaire, et de réduire la douleur (46,48).

La médication antalgique comprend le paracétamol, les antalgiques de niveau 2 et les AINS. Pour ces derniers, l'application locale est préférée à la voie orale. Les traitements d'action lente à base de sulfate de chondroïtine sont une autre possibilité (46,48).

Les infiltrations cortisoniques intra-articulaires ne sont globalement pas recommandées pour l'arthrose de main mais peuvent être envisagées au cas par cas (46,48).

Recours aux soins

Consultations pour arthrose

D'après des données nord-américaines, quasiment tous les patients (92%) atteints d'arthrose symptomatique consultent leur médecin généraliste au moins une fois dans l'année. Trente-quatre pourcents voient un spécialiste : 25% un chirurgien orthopédiste, 11% un médecin spécialisé en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), 6% un rhumatologue (50).

Le taux de recours à un médecin spécialiste varie selon la sévérité de l'atteinte. En cas de fonction conservée, les médecins généralistes prennent en charge seuls les patients, tandis qu'ils ne sont plus que 60% en cas de perte de fonction modérée et 40% en cas de perte de fonction importante (51).

Facteurs prédictifs de consultation pour arthrose

Consultation pour arthrose chez le médecin généraliste

Les facteurs prédictifs de consultation concernant l'arthrose chez le médecin généraliste sont la dépression, le fait d'être célibataire, des douleurs plus importantes, la limitation des activités et un nombre plus importants de traitements prescrits (52,53). Les femmes ont plus tendance à consulter leur médecin généraliste que les hommes au sujet de leur arthrose (54). Le sentiment que la maladie arthrosique est inéluctablement liée à l'âge ainsi que l'attitude négative du médecin généraliste vis à vis de plaintes liées à l'arthrose sont plutôt des facteurs prédictifs de non consultation (53).

Consultation pour arthrose chez le médecin spécialiste

Les facteurs prédictifs de consultation chez un médecin spécialiste aux Etats Unis d'Amérique sont un haut niveau d'éducation et le fait de résider dans le Nord-Est du pays (50). Le ressenti de la sévérité et de la baisse de qualité de vie (55), la dépression, un précédent contact avec un médecin généraliste et un haut score de douleur sont d'autres facteurs associés au recours au médecin spécialiste (52). Le recours principal est alors le chirurgien orthopédiste, le recours au rhumatologue étant 2 à 3 fois moins fréquent (51). Le taux de recours au chirurgien orthopédiste est équivalent pour les deux sexes (54).

L'ensemble de ces résultats obtenus dans des pays anglo-saxons et en Allemagne ne semble pas directement extrapolable à la France étant donné les différences d'organisation et de fonctionnement

des systèmes de protection sociale et de soins. De plus amples connaissances sur le recours au soin en France sont attendues grâce à la cohorte KHOALA (21).

Recours aux traitements

En moyenne en Europe, 47% des patients déclarant souffrir d'arthrose utilisent des médicaments prescrits et 27% s'automédiquent (56). Parmi les médicaments prescrits, on retrouve 4% de paracétamol, 63% d'AINS non sélectifs, 7% d'anti-cox 2, 36% d'opioïdes et 4% de Glucosamine ou Chondroïtine.

En France 51% des patients souffrant d'arthrose utilisent des médicaments prescrits et le recours à l'automédication est de 29% (56).

Les AINS et les opioïdes sont consommés chacun dans environ la moitié des cas dans le cadre de l'arthrose en France (56). Les AINS sont utilisés de façon similaire au Royaume uni, et presque deux fois plus en Allemagne et en Italie, alors que les opioïdes sont très peu prescrits en Allemagne, Italie et Espagne (<15%) (56). Les opioïdes forts représentent moins de 2% des prescriptions dans l'arthrose (57). Des traitements d'action lente sont utilisés dans près de 10% des cas en France à la différence du reste de l'Europe où ils ne sont peu ou pas du tout prescrits (56).

Tout comme dans le reste de l'Europe, le paracétamol est globalement très peu consommé en France dans le cadre de l'arthrose (56). Cependant, 5 ans auparavant, lors d'une enquête auprès des médecins généralistes, il ressortait qu'il était massivement prescrit en France dans cette indication (dans environ 90% des cas) (58). Le taux d'utilisation d'AINS topique, quant à lui, est similaire en France et au Royaume-Uni (environ 25% pour le France)(57–59).

En France, les infiltrations intra-articulaires de corticoïdes représentent environ un sixième des prescriptions et celles d'acide hyaluronique, environ 5% (57,58).

Les traitements non pharmacologiques sont prescrits dans plus de la moitié des cas en France avec, par ordre décroissant de fréquence, la perte de poids (65%), l'éducation thérapeutique, l'exercice, et la kinésithérapie (20%) (57). Cette dernière est prescrite chez presque la moitié des patients au Royaume-Uni (59).

Les médecins généralistes préconisent plus la perte de poids et la kinésithérapie que les rhumatologues (57). Ces derniers ont plus souvent recours à l'éducation et aux exercices physiques. Les gestes intra-articulaires à visée thérapeutique sont majoritairement réalisés par les rhumatologues (57). En Italie, les médecins généralistes et les médecins de MPR prescrivent relativement plus souvent les traitements non pharmacologiques que les rhumatologues et les chirurgiens orthopédistes (60).

Les Médecines non conventionnelles

Les traitements recommandés au cours de l'arthrose ne sont pas curatifs et peuvent occasionner des effets secondaires potentiellement graves. Ils ont un effet symptomatique partiel (61) (62). Certains dont l'acide hyaluroniques et les anti-arthrosiques d'action lente n'apparaissent qu'inconstamment au chapitre des recommandations en raison d'un faible niveau de preuve (49) (46).

Ces limites pourraient expliquer pourquoi les patients recherchent des alternatives thérapeutiques au cours des pathologies musculo-squelettiques chroniques et en particulier, au cours de l'arthrose (63–65). Celles-ci peuvent être regroupées sous le terme de médecines non conventionnelles (MNC), terme choisi par la commission européenne.

Le champ des médecines non conventionnelles est extrêmement vaste et divers. Elles comprennent des substances naturelles, des techniques physiques ou psycho-spirituelles répondant à une pratique traditionnelle ou minoritaire dans les pays riches et excluant de fait les thérapies conventionnelles. Elles sont appelées de diverses manières : médecines douces, médecines naturelles, médecines alternatives, médecines complémentaires, soins de support. L'académie de médecine avait proposé le terme de thérapie complémentaire (66). Selon le *National Center for Complementary and Alternative Medicine*, on peut classer les médecines non conventionnelles dans 3 ensembles principaux (67) :

- L'utilisation d'éléments naturels tels que des plantes, des huiles essentielles, des vitamines et minéraux, des probiotiques. La phytothérapie entre dans cette catégorie.
- Les pratiques corporelles et spirituelles qui comprennent :
 - Les thérapies manuelles correspondant à des soins par la mobilisation de certaines parties du corps tel que la chiropraxie et l'ostéopathie.
 - Les thérapies énergétiques correspondant à des soins par imposition des mains, mettant en jeu une hypothétique énergie vitale sur le corps et ayant pour objet d'améliorer la santé, telles que le reiki et le magnétisme.
 - Les thérapies corps-esprit correspondant à des techniques méditatives immobiles ou en mouvement, tel que le yoga et l'hypnose.
- Les systèmes médicaux alternatifs dont la théorie sous-jacente est différente de celle de la médecine conventionnelle à l'image l'homéopathie dont le principe de soin ne correspond pas à la conception pharmacologique actuelle ; l'Ayurveda qui intègre dans sa conception de l'homme les 4 éléments que sont le feu, l'air, l'eau et la terre, le concept de prâna et de chakra. D'autres éléments philosophiques s'y intègrent comme on peut en retrouver également dans la Médecine traditionnelle chinoise. Les médicaments découlant de ces approches peuvent être à base de produits naturels mais leur utilisation se fait selon une philosophie propre.

Recours aux médecines non conventionnelles

Les médecines non-conventionnelles sont de plus en plus utilisées aujourd'hui. En effet, on retrouve leur utilisation à une fréquence comprise entre 20 et 60% dans le cadre du cancer (68–70), des maladies intestinales inflammatoires (71–73) et des maladies musculo-squelettiques (57,65). À noter que le recours aux MNC n'est souvent pas signalé au praticien (74).

Le recours aux MNC varie en fonction des pays et des affections. En France, le recours aux MNC a été étudié dans le cadre des cancers et des maladies inflammatoires de l'intestin (MICI). Dans le cadre des cancers, les plus utilisées sont l'homéopathie, la phytothérapie dont l'aromathérapie, avec une utilisation importante des extraits de gui, les compléments alimentaires et les anti-oxydants (68–70,75). Sont réputés anti-oxydants le thé vert, le sélénium ainsi que les vitamines A, C et E. Dans le cadre des MICI, les approches nutritionnelles et manuelles, l'homéopathie, le magnétisme et les probiotiques sont majoritairement utilisés (71–73).

Le recours aux MNC dans le cadre de l'arthrose a été étudié dans de nombreux pays, en particulier dans les pays anglo-saxons et dans quelques pays d'Asie (63). Cependant, il n'a pas été documenté en France. Les études rapportent des taux d'utilisation disparates, dépendant évidemment de ce qui est inclus dans le terme « médecines non conventionnelles ». En effet, la glucosamine, la chondroïtine sont parfois considérées comme des pratiques non conventionnelles. Les taux de recours aux MNC y varient ainsi de 30 à 90% (63).

La phytothérapie

La phytothérapie est un type de MNC. Elle utilise pour soigner uniquement des plantes et leurs extraits, et répond à la notion de *totum*. Le *totum* est l'ensemble ou une large partie des molécules potentiellement actives de la plante. Il comprend donc aussi bien les traditionnelles infusions que les préparations plus modernes à base d'extraits secs titrés ou à base d'huile essentielle à usage interne ou externe. Sont donc exclus de la phytothérapie les molécules naturelles totalement isolées. Par exemple, utiliser du quinquina ou un extrait sec de quinquina relèvera de la phytothérapie, mais pas l'utilisation de la quinine qui résulte de l'extraction et de la purification d'une molécule unique. La phytothérapie préférera garder l'ensemble des molécules annexes. Cette volonté de ne pas séparer les différentes molécules de la plante répond à la présomption que l'ensemble sera plus efficace – il s'agit du concept de potentialisation - et moins toxique qu'un composé isolé.

La phytothérapie repose sur la même idée d'action pharmacologique que les médicaments conventionnels. Il s'agit d'un pilier central des systèmes médicaux traditionnels chinois et indiens, et

de bon nombre de médecines traditionnelles. Elle est par ailleurs la base de notre pharmacopée. Elle est peu enseignée dans le cursus médical universitaire et est donc mal connue du milieu médical.

Evaluation de la phytothérapie pour arthrose

Plusieurs plantes classiquement utilisées, ont été évaluées scientifiquement. Les résultats de ces évaluations sont toutefois difficiles à analyser en raison de la diversité des schémas thérapeutiques, des indications et du faible nombre d'essais cliniques.

Plusieurs revues de la littérature concluent à un effet clinique bénéfique des insaponifiables de soja et d'avocat (76–78). Une étude relativement récente ne montre pas d'effet clinique mais suggère sur la base d'un critère de jugement secondaire, la possibilité d'un effet structural modeste au cours de la coxarthrose (79).

Selon une revue Cochrane de 2014 (80), incluant 5 études sur *Boswellia serrata*, dont 2 de haute qualité de preuve, cette plante permettrait une légère amélioration des douleurs et de la fonction dans l'arthrose. L'amplitude de ce bénéfice et le dosage optimal de ce principe restent toutefois à établir.

Une méta-analyse de 3 essais randomisés conclut en 2008 à l'efficacité de la rose pour réduire les douleurs liées à l'arthrose, mais n'a pas été confirmée depuis (81).

La possibilité d'un intérêt clinique du *Curcuma longa* et de l'*Harpagophytum* a également été évoquées avec les mêmes limites (82) (83).

Recours à la phytothérapie pour arthrose

Le recours à la phytothérapie en particulier n'a été que peu étudié. Trois études spécifiques au recours à la phytothérapie ont été réalisées. Deux ont été menées aux Etats-Unis d'Amérique et une en Malaisie (84–86). Ces études ont été réalisées dans le but d'estimer la prévalence de l'utilisation de la phytothérapie, ainsi que ses facteurs de recours. Le taux de recours à la phytothérapie était similaire puisqu'il s'élevait à 25-35% aux Etats-Unis d'Amérique et 34% en Malaisie. Les facteurs influençant le recours à la phytothérapie étaient différents en Malaisie et aux Etats-Unis d'Amérique. En Malaisie, être une femme, être marié, avoir des problèmes de santé et avoir des revenus élevés était associé à ce recours, alors qu'aux Etats-Unis d'Amérique, le recours était plutôt influencé par l'âge (entre 45 et 64 ans dans l'une, plus de 70 dans l'autre), un niveau d'éducation plus élevé, l'utilisation de médicaments sur prescription ou l'automédication.

Ces études ne s'intéressaient pas spécifiquement à l'arthrose. Cependant, dans certaines études s'intéressant aux MNC dans l'indication de l'arthrose, on peut retrouver des données concernant le taux de recours à la phytothérapie dans l'arthrose. Ainsi, la prévalence de ce recours s'établissait

autour de 3 à 25% (87–90) dans les pays occidentaux, de 41% en Turquie (91), 82% au Liban (92) et 38,2% au Pakistan (93).

Nous ne disposons pas aujourd’hui de données concernant l’usage de la phytothérapie en France. Le recours à cette famille de traitement n’y a de plus pas été étudié spécifiquement dans l’indication de l’arthrose (84–86).

Objectif de travail

Il existe donc un manque de données sur l'utilisation des médecines non conventionnelles en France et sur celle de la phytothérapie au cours de l'arthrose plus particulièrement. L'arthrose étant une pathologie commune en médecine générale, et le médecin généraliste étant en première ligne dans sa prise en charge thérapeutique, il semble important de connaître la fréquence du recours à la phytothérapie dans cette indication. Ce travail vise donc à étudier le recours à la phytothérapie chez des patients souffrant d'arthrose en France.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude transversale, rétrospective, réalisée à partir d'un recueil des données prospectif entre juin 2016 et avril 2018. Son début est antérieur au décret d'application de la loi Jardé n° 2016-1537 du 16 novembre 2016. Tous les patients inclus ont été préalablement informés et ont exprimé leur accord par écrit pour l'utilisation de leurs données, sous forme anonyme, dans le cadre de l'étude (Annexe 1).

Patients

Le recrutement a été réalisé parmi une population de patients souffrant d'une arthrose du genou, de la hanche ou de la main, vus en consultation ou en soins externes d'ergothérapie ou pour infiltration, dans le service de Rhumatologie de l'Hôpital Lariboisière à Paris, en cabinet de ville de Médecine Générale ou de Rhumatologie.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : patient adulte ; douleur articulaire de la hanche, du genou, ou à la main ; arthrose de la hanche, du genou, ou à la main attestée par une radiographie standard ; diagnostic médical de douleur articulaire par arthrose de la hanche, du genou, ou à la main ; disponibilité suffisante pour répondre à un questionnaire de 20 minutes via internet ; consentement écrit. Les patients refusant de participer n'étaient pas inclus.

Le consentement des patients a été recueilli durant les consultations ou soins externes après information et vérification des critères d'éligibilité (Annexe 1).

Un questionnaire était envoyé, après signature du consentement, par voie électronique (lien google form ou fichier pdf) avec un courrier d'accompagnement (Annexe 2-3). Si aucune adresse électronique n'était indiquée sur la fiche de consentement, un premier contact téléphonique était pris. Au cours de ce contact était rappelé au patient l'invitation à participer à une étude concernant les traitements de l'arthrose et son consentement. Était également rappelé que le questionnaire à remplir pour participer à l'étude prendrait 15 à 20 minutes. L'échange se terminait par le choix du support papier ou électronique pour le questionnaire.

Un nouveau contact téléphonique ou électronique était établi au bout de 2 mois pour les patients n'ayant pas répondu. Les patients n'ayant pas répondu après 4 contacts étaient considérés comme non répondants. En cas de questionnaire rempli de façon incomplète, les patients répondants étaient contactés pour le compléter.

Questionnaire

Le questionnaire était constitué d'une suite d'auto-questionnaires. Il comprenait une partie explorant les caractéristiques sociodémographiques, les centres d'intérêt et les habitudes de vie du patient ; une partie sur l'histoire de la maladie arthrosique et ses conséquences ; une partie sur les traitements pris dans le cadre de l'arthrose ; une partie consacrée à la phytothérapie.

Les facteurs de recours associés à la phytothérapie ont été étudiés dans 3 études décrites dans l'introduction (84–86). Ces derniers sont : le sexe féminin, le niveau d'éducation, les revenus, le fait d'avoir des problèmes de santé, être marié, pratiquer l'automédication ou acheter ses médicaments sur ordonnance, et l'âge. Ces facteurs ont été pris en compte dans le questionnaire.

Il a été décidé d'élargir l'étude des facteurs de recours à ceux liées aux MNC de manière générale. Ainsi, certains centres d'intérêts, permettant de déterminer l'appartenance à une catégorie de la population dénommée « *cultural creative* » par Ray, a été associé à un plus grand recours aux MNC aux USA, et ont donc été évalués dans le questionnaire (94). Il s'agit d'une partie de la population qui est à l'avant-garde des changements culturels et de l'innovation, avec des idées sociales et sociétales proches de l'écologie, du féminisme, de la spiritualité emprunte d'ésotérisme, du développement personnel, l'intérêt pour les cultures étrangères et exotiques. Le développement personnel n'a pas de définition officielle. Le terme est ici employé dans son acceptation courante. Il s'agit d'un ensemble de courants de pensées et de méthodes. Son objectif est multiple. Il s'agit par le biais d'une meilleure connaissance de soi et d'une meilleure valorisation de ses potentiels et de ses talents, d'améliorer sa qualité de vie et de réaliser ses aspirations et ses rêves.

Les revenus ont été stratifiés pour l'analyse en quatre catégories : modeste en dessous du 3^{ème} décile, moyen, du 3^{ème} au 8^{ème} décile, aisé entre le 8^{ème} et le 9^{ème} décile, et enfin très aisé au-delà du 9^{ème} décile (95). Les déciles ont été établis sur la base de la méthode utilisée pour la description des revenus des français par l'INSEE.

Le recours à une alimentation biologique, sans gluten, sans lait de vache ou végétarienne a été évalué, l'expérience clinique semblant montrer une certaine fréquence de ces pratiques lors d'une recherche de soin alternative à la médecine conventionnelle.

L'évaluation de l'activité physique a été réalisée à partir de l'*International physical activity questionnaire* (IPAQ) (96,97). Il s'agissait d'estimer par le biais de 7 questions la quantité d'activité physique légère, modérée et intense, ainsi que la sédentarité des patients. Ceci a permis de les classer par niveau d'activité physique en 3 catégories définies par le score : faible, moyen, élevé. L'évaluation du retentissement de l'arthrose a été effectuée à partir de l'indice de Lequesne pour la coxarthrose et

la gonarthrose (98) et à partir de l'échelle fonctionnelle d'incapacité pour la main de Cochin pour l'arthrose de main (99).

La foi dans l'alternative utilisée, ici, la phytothérapie, était également analysée avec une série de 4 questions simples qui évaluaient le degré de confiance dans la phytothérapie (84) permettant de définir un index de satisfaction. Il était calculé en additionnant 2 points par réponse positive, 1 par réponse « peut-être », et 0 par réponse négative, et ramené sur 1.

Estimation du nombre de patients à inclure

Une étude préliminaire a été réalisée sur 10 patients afin d'établir une hypothèse de recrutement plausible. Il est ainsi apparu envisageable de recruter 80 patients sur environ 1 an sur la base de 5 à 10 patients par mois, et qu'environ la moitié aurait recours à la phytothérapie.

Statistiques

A l'issue du recrutement, l'ensemble des données anonymisées a été saisi dans un fichier Excel. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes et déviations standard (DS), les variables qualitatives en nombre et pourcentage. Les différences entre moyennes ont été analysées par le test t de Student. Les différences de distribution ont été analysées par le test exact de Fisher. Les tests statistiques ont été réalisés avec le logiciel RStudio (Boston, MA). Le seuil de significativité statistique retenu était une valeur de $P < 0,05$.

Le critère de jugement principal était la fréquence du recours à la phytothérapie.

Une analyse secondaire a comparé les patients utilisateurs et les patients non utilisateurs de phytothérapie, et a précisé les modalités d'utilisation de la phytothérapie.

Résultats

Description de la population

Quatre-vingt-dix-sept patients ont été inclus. Parmi eux, 79 ont répondu au questionnaire. Parmi ces 79 patients, 16 n'ont pas répondu à la question sur les revenus, 3 sur l'évaluation de l'activité physique et un patient n'a pas renseigné le questionnaire pour l'Indice de Masse Corporelle (IMC), le niveau d'étude et la catégorie socio-professionnelle.

Quarante-cinq patients (57%) provenaient d'un recrutement hospitalier et 34 (43%) d'un recrutement en médecine de ville.

Données socio-démographiques

Les patients non répondants comprenaient 3 hommes et 15 Femmes.

Les caractéristiques socio-démographiques des patients répondants sont indiquées dans le Tableau 5. La population étudiée avait un âge moyen de 67 ans. Les femmes représentaient 80% de l'effectif. Le niveau d'étude était hétérogène. Les catégories les plus représentées étaient les cadres, les employés et les professions intermédiaires. La majorité des patients était à la retraite. Deux-tiers des patients vivaient en couple. Le niveau de revenu annuel était très disparate. Il était de 40 000€ environ en moyenne. 1/3 des patients présentaient un revenu moyen compris entre 15 000 et 27 000 €.

Tableau 5 : Données sociodémographiques

<i>Age, Années (DS)</i>	66,84 (10,33)
<i>Femmes, nombre (%)</i>	63 (79,75)
<i>NIVEAU D'ETUDE, NOMBRE (%)</i>	
<i>Primaire</i>	4 (5,06)
<i>Collège</i>	15 (18,99)
<i>Lycée</i>	18 (22,78)
<i>Bac +3</i>	20 (25,32)
<i>Bac + 5 et plus</i>	19 (24,05)
<i>CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE, NOMBRE (%)</i>	
<i>Ouvrier</i>	1 (1,27)
<i>Employé</i>	22 (27,85)
<i>Profession intermédiaire</i>	17 (21,52)
<i>Cadre</i>	29 (36,71)
<i>Artisan/Commerçant/Chef d'entreprise</i>	4 (5,06)
<i>STATUT DE L'EMPLOI, NOMBRE (%)</i>	
<i>Actif</i>	25 (31,65)
<i>Chômage</i>	2 (2,53)
<i>Retraite</i>	52 (65,82)
<i>STATUT MARITAL, NOMBRE (%)</i>	
<i>Vit seul</i>	28 (35,49)
<i>Vit en couple</i>	51 (64,55)
<i>REVENU MOYEN PAR PERSONNE, NOMBRE (%)</i>	
<i>Modeste : < 15 k€</i>	14 (17,72)
<i>Moyen : entre 15k€ et 27k€</i>	26 (32,91)
<i>Aisé : entre 27k€ et 34k€</i>	12 (15,19)
<i>Très aisé > 34k€</i>	11 (13,92)

Centres d'intérêt et habitudes de vie

Les centres d'intérêts et les habitudes de vie des patients répondants sont résumés dans le tableau 6. Il existait un intérêt prononcé pour l'écologie puisque 2/3 des patients interrogés y portaient un intérêt. Le féminisme, les techniques de développement personnel et les cultures exotiques intéressaient chacun environ 20% des interrogés. Les habitudes de vie étaient surtout marquées par une alimentation biologique et une alimentation sans lait de vache. Ces habitudes intéressaient chacune 2/3 des patients interrogés. A noter que 20% avaient une alimentation à dominante végétarienne et 25% buvaient moins de 2 verres d'alcool par jour.

Tableau 6 : Centres d'intérêt et habitudes de vie

<i>CENTRES D'INTERETS, NOMBRE (%)</i>	
<i>Ecologie</i>	52 (65,82)
<i>Féminisme</i>	18 (22,78)
<i>Esotérisme</i>	9 (11,39)
<i>Développement personnel</i>	18 (22,78)
<i>Culture exotique</i>	16 (20,25)
<i>HABITUDES DE VIE, NOMBRE (%)</i>	
<i>Tabac</i>	9 (11,39)
<i>Alimentation biologique</i>	29 (36,71)
<i>Alimentation sans gluten</i>	6 (7,59)
<i>Alimentation sans lait de vache</i>	27 (34,18)
<i>Alimentation végétarienne</i>	16 (20,25)
<i>Alcool < 2 verres/j</i>	20 (25,32)
<i>Alcool > 2 verres/j</i>	4 (5,06)

Etat de santé et caractéristiques de la maladie arthrosique

L'état de santé et de la maladie arthrosique des patients répondants sont résumés dans le tableau 7. L'état de santé était globalement perçu comme bon. Deux tiers des patients environ présentaient une gonarthrose et 2/3 une arthrose de main. Le site le plus fréquemment touché était la main.

Quarante pourcents des patients présentaient une arthrose au niveau de plusieurs sites et 8% au niveau de 3 sites. Dans le cas d'arthrose multisite, le genou était quasi-systématiquement touché. Le retentissement de l'arthrose était modéré sur le plan fonctionnel et le niveau de la douleur était évalué comme moyen. La majorité des patients présentaient une arthrose évoluant depuis moins de 10 ans.

Tableau 7 : Etat de santé et caractéristiques de la maladie arthrosique

<i>Etat de santé perçu, EVA /5 (DS)</i>	3,38 (0,84)
<i>IMC, kg/m² (DS)</i>	25,85 (4,63)
<i>IPAQ, NOMBRE (%)</i>	
<i>Faible</i>	19 (24,05)
<i>Modéré</i>	29 (36,71)
<i>Elevé</i>	31 (39,24)
<i>Arthrose de genou, nombre (%)</i>	50 (63,29)
<i>Arthrose de hanche, nombre (%)</i>	19 (24,05)
<i>Arthrose digitale, nombre (%)</i>	57 (72,15)
<i>Indice de Lequesne - genou, score /23 (DS)</i>	9,76 (5,22)
<i>Indice de Lequesne - hanche, score /23 (DS)</i>	8,71 (4,93)
<i>Echelle de Cochin- main, score /85 (DS)</i>	15,98 (15,54)
<i>Douleur liée à l'arthrose, EVA /10 (DS)</i>	5,08 (2,47)
<i>DUREE D'EVOLUTION DE L'ARTHROSE, NOMBRE (%)</i>	
<i>6 mois à 1 an</i>	8 (10,13)
<i>1 à 5 ans</i>	23 (29,11)
<i>6 à 10 ans</i>	13 (16,46)
<i>Plus de 11 ans</i>	35 (44,30)

EVA : Echelle Visuelle Analogique ; IMC : Indice de Masse Corporelle ; IPAQ : International Physical Activity Questionary

Traitements pris pour arthrose

Le tableau 8 résume les traitements pris dans le cadre de l'arthrose. Le traitement pharmacologique le plus pris était le paracétamol. Il était utilisé par 2/3 des patients. Venaient ensuite les AINS topiques et les AINS *per os* qui étaient utilisés chacun par environ 60% des patients. Les traitements d'action lente et les paliers 2 n'étaient utilisés que par environ 30% des patients. Les infiltrations de corticoïdes ou d'acide hyaluronique ont été chacune pratiquées chez 38% des patients. Concernant les traitements non pharmacologiques, les orthèses ont été les plus utilisées avec un taux d'utilisation d'un peu plus de 50%. La kinésithérapie a été utilisée par environ la moitié des patients et les massages par 40%. Le recours aux MNC dont la phytothérapie intéressait environ les deux tiers de la population.

Tableau 8 : Traitements pris pour arthrose

<i>Médication antalgique de palier 1, nombre (%)</i>	52 (65,82)
<i>Médication antalgique de palier 2, nombre (%)</i>	25 (31,65)
<i>Médication antalgique de palier 3, nombre (%)</i>	2 (2,53)
<i>Anti-inflammatoires non stéroïdiens oraux, nombre (%)</i>	44 (55,70)
<i>Corticoïdes oraux, nombre (%)</i>	10 (12,66)
<i>Traitement d'action lente, nombre (%)</i>	26 (32,91)
<i>Infiltration d'acide hyaluronique, nombre (%)</i>	30 (37,97)
<i>Infiltration de corticoïdes, nombre (%)</i>	30 (37,97)
<i>Anti-inflammatoire non stéroïdien topique, nombre (%)</i>	47 (59,49)
<i>Kinésithérapie, nombre (%)</i>	38 (48,10)
<i>Massage, nombre (%)</i>	31 (39,24)
<i>Orthèse, nombre (%)</i>	43 (54,43)
<i>Recours aux MNC dans l'arthrose dont phytothérapie, nombre (%)</i>	49 (62,03)

Recours à la phytothérapie

L'utilisation de la phytothérapie a été retrouvée chez 38 patients (48%) soit presque la moitié des patients. On notait que l'index de confiance en la phytothérapie était de 0,63 (DS : 0,23) sur l'ensemble des patients étudiés, ce qui signifiait que globalement, les patients présentaient une opinion plutôt favorable vis-à-vis de la phytothérapie.

Les modalités de d'utilisation de la phytothérapie sont rassemblées dans le tableau 11 de l'annexe 4. Les patients utilisateurs de phytothérapie ont eu connaissance de celle-ci principalement par le biais de conseils d'amis dans 48% des cas ou de lectures dans 42% des cas. Le conseil d'un médecin et d'un pharmacien était retrouvé dans respectivement 32% et 29% des cas. Les motivations du recours à la phytothérapie étaient les effets indésirables de la médecine conventionnelle (32%), l'adéquation avec la philosophie de vie (29%), l'efficacité partielle de la médecine conventionnelle (26%), l'inefficacité de la médecine conventionnelle (26%), l'efficacité de la phytothérapie (24%) et la prescription d'un médecin (21%). La phytothérapie était utilisée en monothérapie dans un tiers des cas et dans la moitié des cas en association à une médication classique. La moitié des patients tenait leur rhumatologue informé du recours à la phytothérapie et 40% leur généraliste.

Les plantes les plus utilisées étaient le curcuma (55%), l'harpagophytum (47%), le gingembre (24%), le cassis (21%) et l'huile essentielle de Gaulthérie (21%) (Tableau 9).

Tableau 9 : Plantes et huiles essentielles utilisées dans l'arthrose (N=38)

<i>Curcuma, nombre (%)</i>	21 (55,26)
<i>Harpagophytum, nombre (%)</i>	18 (47,37)
<i>Gingembre, nombre (%)</i>	9 (23,68)
<i>Cassis, nombre (%)</i>	8 (21,05)
<i>HE Gaulthérie, nombre (%)</i>	8 (21,05)
<i>Arnica, nombre (%)</i>	6 (15,79)
<i>Reine des Prés, nombre (%)</i>	5 (13,16)
<i>Puressentiel articulations et muscles, nombre (%)</i>	5 (13,16)
<i>Ortie, nombre (%)</i>	3 (7,89)
<i>Bambou tabashir, nombre (%)</i>	3 (7,89)
<i>Boswellia, nombre (%)</i>	2 (5,26)
<i>HE Hélichryse, nombre (%)</i>	2 (5,26)
<i>Saule, nombre (%)</i>	1 (2,63)
<i>Griffe de chat, nombre (%)</i>	1 (2,63)
<i>Maca, nombre (%)</i>	1 (2,63)
<i>Prêle, nombre (%)</i>	1 (2,63)
<i>HE Eucalyptus Citronné, nombre (%)</i>	1 (2,63)

HE : Huile essentielle

Les patients estimaient a posteriori, que la phytothérapie avait permis une réduction de la douleur de 6,32 (DS : 1,79) à 3,94 (2,44) sur une EVA allant de 0 à 10 ; de la limitation d'activité de 2,23 (0,94) à 1,51 (1,01) sur une échelle de Lickert allant de 0 à 4 et recommandaient ce traitement dans 97% des cas (Annexe 4, tableau 11). Sur l'ensemble des patients ayant utilisé la phytothérapie dans le cadre de l'arthrose, seuls 5 patients (13%) n'ont pas remarqué d'effet. Les patients rapportaient que la phytothérapie a soulagé leurs douleurs (55%), permis de diminuer la consommation d'AINS (29%), voire de se passer de médication antalgique classique (24%).

Les Tableaux de comparaison de l'ensemble des caractéristiques des patients utilisant et n'utilisant pas la phytothérapie sont en annexe (Tableaux 12-15 de l'annexe 4). Parmi les paramètres étudiés, les différences entre utilisateurs et non utilisateurs de la phytothérapie étaient : un plus grand intérêt pour l'écologie, une alimentation plus volontiers biologique et sans lait de vache chez les patients utilisateurs de phytothérapie. Il existait chez ces patients une plus forte proportion d'arthrose de genou, de prise de traitement d'action lente, de recours aux MNC hors phytothérapie dans le cadre de l'arthrose et une plus grande confiance dans la phytothérapie (Tableau 10).

Tableau 10 : Facteurs de recours à la phytothérapie

	Phyto (N=38)	Non Phyto (N=41)	Valeur de p	
<i>Intérêt pour l'écologie</i>	30 (78,95)	22 (53,66)	0,0317	*
<i>Alimentation biologique</i>	19 (50,00)	10 (24,39)	0,02152	*
<i>Alimentation sans lait de vache</i>	19 (50,00)	8 (19,51)	0,005068	**
<i>Arthrose de genou, nombre (%)</i>	29 (76,32)	21 (51,22)	0,03471	*
<i>Traitement d'action lente, nombre (%)</i>	21 (55,26)	5 (12,20)	8,454 E-05	***
<i>Recours aux MNC dans l'arthrose hors phytothérapie, nombre (%)</i>	28 (73,88)	11 (26,83)	4,222 E-05	***
<i>Index confiance dans la phytothérapie, index (DS)</i>	0,75 (0,18)	0,52 (0,22)	8,624E-07	***

Phyto : patients utilisateurs de la phytothérapie ; Non Phyto : Patients non utilisateurs de la phytothérapie

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$

Discussion

Cette étude est la première à s'intéresser à l'utilisation de la phytothérapie dans le cadre de l'arthrose en France, en situation de vie réelle, dans la perspective des patients.

Dans notre étude, le recours à la phytothérapie dans le cadre de l'arthrose des membres est relativement fréquent puisqu'environ la moitié des patients atteints l'utilise afin de réduire l'impact de la maladie sur leur quotidien. La prévalence de son recours retrouvée dans les diverses études s'intéressant aux MNC dans l'arthrose dans les pays occidentaux retrouvent un taux de 3 à 25% (87–90), ce qui est relativement bas au regard de notre étude. Cependant, cette prévalence s'élève à 41% en Turquie (91), 82% au Liban (92) et 38,2% au Pakistan (93).

Deux-tiers des patients de notre étude utilisent une MNC dans le cadre de l'arthrose, phytothérapie incluse, ce qui est cohérent avec ce que l'on peut trouver dans la littérature concernant les pays occidentaux. Le taux de recours aux MNC retrouvé est de 34 à 90% (87–90).

L'information du médecin quant à l'utilisation de la phytothérapie est inconstante dans notre étude puisqu'environ la moitié des patients tiennent leur médecin informé de la prise de ce type de traitement. Une étude au Liban concernant l'usage des MNC dans l'arthrose a retrouvé un taux équivalent (40%) (92).

Dans notre étude, les raisons avancées pour l'utilisation de la phytothérapie dans le cadre de l'arthrose sont multiples. Il s'agit des effets indésirables de la médecine conventionnelle, de son manque d'efficacité, de la meilleure efficacité de la phytothérapie, de l'adéquation de ce type de médication avec la vision du monde qu'a le patient et de la prescription par un médecin. Ces éléments sont en partie retrouvés dans une étude australienne, une étude israélienne et dans une méta-analyse de 2016 concernant le recours aux MNC dans l'arthrose (63,87,100).

Les facteurs associés à ce recours dans notre étude sont un régime sans lait de vache, une alimentation de préférence biologique, un intérêt pour l'écologie, l'utilisation d'un traitement d'action lente ou d'une autre médecine non conventionnelle, et présenter une gonarthrose. La confiance en cette pratique est évidemment un facteur de recours. Les facteurs de recours à la phytothérapie dans l'arthrose n'avaient pas été étudiés. En revanche, les facteurs de recours aux MNC dans l'arthrose ainsi que les facteurs de recours à la phytothérapie de manière générale l'ont été (84–86,88,91). Certaines études ne mettent pas en évidence de facteurs socio-démographiques liés à l'utilisation des MNC dans l'arthrose ou à la phytothérapie de manière générale, là où d'autres identifient un haut niveau d'éducation et un revenu élevé (84–86,88,91). S'il n'est pas retrouvé dans toutes les études comme

facteur de recours, le sexe féminin est un facteur prédisposant à l'utilisation des MNC dans l'arthrose et de la phytothérapie de manière générale souvent mis en évidence (84,85,88). Cette différence entre les utilisateurs et les non-utilisateurs de la phytothérapie n'est pas retrouvée dans notre étude malgré une tendance à la significativité : on retrouvait 86% de femme dans le groupe utilisateur de phytothérapie et 73% dans le groupe non-utilisateur de phytothérapie. L'intérêt pour l'écologie est un facteur de recours à la phytothérapie dans l'arthrose retrouvé dans notre étude. D'autres centres d'intérêt montrent une tendance à la significativité en tant que facteur de recours : l'intérêt pour une spiritualité empreinte d'ésotérisme (15,79% vs 7,32%) et les techniques de développement personnel (28,95% vs 17,07%). Ceci semble confirmer que l'appartenance au groupe social « cultural creative » (94) est bel et bien un facteur prédisposant à l'utilisation de la phytothérapie dans l'arthrose. Notre étude retrouve un lien entre l'utilisation de la phytothérapie et le fait de présenter une arthrose de genoux. Ceci n'a pas été retrouvé dans d'autres études. Trois explications semblent plausibles. D'une part, la plupart des plantes dont l'efficacité a été étudiée sur le plan thérapeutique l'ont été dans le cadre de la gonarthrose. Il est donc logique que ce soit dans cette indication qu'elles aient été les plus utilisées. D'autre part, ce lien n'a pas nécessairement été recherché dans d'autres études. Enfin, vu la faible significativité de la différence entre le groupe utilisateur et non-utilisateur de phytothérapie concernant la présence ou non d'une gonarthrose, il est possible qu'il s'agisse d'un artefact lié à la faible taille de l'échantillon.

Ainsi, parmi les raisons et facteurs de recours identifiés dans ce travail, l'attrait pour l'écologie, évoquant une appartenance au groupe « *cultural creative* », les effets indésirables et le manque d'efficacité de la médecine conventionnelle ainsi que la croyance dans l'efficacité de l'alternative ont déjà été identifiés comme facteur de recours aux MNC dans l'arthrose. Ce travail semble confirmer que cela s'applique à la phytothérapie dans le cadre de l'arthrose également. En revanche, il met aussi en évidence d'autres facteurs de recours à la phytothérapie dans l'arthrose, qui n'ont pas été recherchés par ailleurs : régime d'exclusion du lait de vache, alimentation biologique, recours aux traitements d'action lente. Ces résultats sont cohérents dans le cadre d'une approche naturopathique de l'arthrose. La naturopathie recommande d'avoir recours à des produits biologiques, et dans l'arthrose spécifiquement, de supprimer les produits laitiers, en particulier à base de lait de vache. Les produits à base de plante qui incluent entre autres la Piasclédine et de micronutrition qui comprennent entre autres la chondroïtine et la glucosamine, sont des traitements proposés par la naturopathie. L'ensemble de ces éléments peuvent expliquer le lien entre l'utilisation de la phytothérapie dans l'arthrose et ces nouveaux facteurs de recours mis en évidence.

Il ressort de ce travail que les plantes les plus utilisées, que ce soit sous forme simple ou complexe, sont principalement l'*Harpagophytum* et le curcuma, puis le gingembre, le cassis et l'huile essentielle

de gaulthérie dans une moindre mesure. Ceci est cohérent avec la tradition et l'engouement actuel pour le curcuma, mais il est intéressant de noter que les deux plantes les plus étudiées sur le plan thérapeutique ne sont presque pas utilisées : la rose et la *Boswellia* (80,81).

Suite à l'utilisation de la phytothérapie dans l'arthrose des membres, les patients signalent dans notre étude une nette amélioration des douleurs et une baisse de la consommation d'AINS voire un arrêt des médicaments conventionnels contre la douleur. Ces éléments sont d'ailleurs corroborés par une diminution de 38% de l'EVA douleur et une amélioration de 32% de la fonction articulaire sur une échelle de Likert. Cependant, ces données sont à prendre avec précaution. D'une part, il s'agit d'une enquête transversale faisant appel à des souvenirs de douleur. D'autre part, les croyances ont un fort pouvoir placebo qui peut très nettement influencer le ressenti des patients.

Notre étude, originale, connaît un certain nombre de limites à prendre en compte.

Tout d'abord la taille de l'effectif était réduite. Cela limite forcément la robustesse des résultats. Mais à la lumière de ces derniers, de plus amples études sur le sujet pourraient être entreprises pour confirmer ou infirmer les résultats.

L'homogénéité de la population pourrait questionner de même que sa représentativité en tant que population consultant pour soin de premier recours. Bien qu'il s'agisse pour une grande partie de patients recrutés en hôpital, il ne s'agit pas de patients qui ne fréquentent plus les cabinets de médecine générale du fait de leur arthrose. Ces derniers sont plutôt à considérer comme des patients qui viennent recevoir un traitement spécifique peu ou pas dispensé par le médecin généraliste, à sa demande, et qui retourneront le consulter pour le suivi de leur arthrose. Il est aisé de bénéficier d'une infiltration à l'hôpital, et les ergothérapeutes ne pratiquent qu'en milieu hospitalier. Il s'agit donc bien des mêmes patients qui sont vus en consultation de médecine générale. L'intérêt du recrutement hospitalier dans ce cas est la centralisation des patients pour un recrutement plus aisé.

Il existe quelques données manquantes dont la principale est le revenu du foyer. Les patients ont régulièrement refusé de communiquer sur cet élément. Les résultats concernant les revenus sont donc à prendre avec précaution puisque 16 patients (20%) n'ont pas répondu à cette question, 7 dans le groupe sans phytothérapie et 9 dans le groupe phytothérapie.

Enfin, deux autres éléments méritent attention. En premier lieu, il a fallu décider si la Piasclédine était à inclure dans les produits de phytothérapie pour cette étude. En effet, il s'agit d'un extrait lipidique de plantes. Celle-ci entraine donc parfaitement dans le champ de la phytothérapie stricto-sensu qui consiste en l'utilisation d'une plante ou de son extrait. Cependant, elle n'entraine pas dans le champ des

médecines non conventionnelles à proprement parler puisqu'il s'agissait d'un médicament classiquement prescrit. Ayant situé et défini la phytothérapie exclusivement dans le champ des médecines non conventionnelles, il a été décidé d'exclure la Piasclédine du champ de la phytothérapie. L'inclure aurait probablement encore augmenté la prévalence du recours à la phytothérapie. Enfin, les questions relatives à l'IPAQ pour l'évaluation de l'activité physique se sont révélées trop complexes à aborder pour nombre de patients contactés. L'activité physique mériterait d'être évaluée d'une manière plus simple ou en accompagnant systématiquement les personnes interrogées.

Conclusion

Le recours à la phytothérapie dans l'arthrose n'avait jusqu'alors été que peu étudié. Les données disponibles étaient issues d'études non spécifiques à la phytothérapie. Aucune n'était disponible dans l'indication spécifique de l'arthrose en France. Nos résultats, originaux, suggèrent toutefois que le recours à la phytothérapie, dans une population arthrosique en France, est loin d'être anecdotique. Ainsi, près de la moitié des patients interrogés avait recours à la phytothérapie. La moitié seulement en tenait informé leurs médecins. Les raisons de ce recours semblaient culturelles et circonstancielles. Elles étaient notamment liées aux croyances et à la perception des limites des thérapies conventionnelles.

Ce constat reste bien entendu à valider dans de plus larges effectifs. Il encourage d'ores et déjà à l'amélioration plus avant des connaissances sur une pratique thérapeutique méconnue, et susceptible d'influencer l'observance des patients souffrant d'arthrose à l'égard des traitements conventionnels. Le recours à la phytothérapie amène également à s'interroger sur la réponse médicale apportée aux patients arthrosiques, ainsi que sur leurs aspirations, croyances, craintes et motivations.

Ce regard sur une pratique non conventionnelle et peu médicalisée apparaît ainsi utile à l'amélioration de nos propositions, face à une affection potentiellement invalidante et particulièrement courante.

Références bibliographiques

1. March L, Smith EUR, Hoy DG, Cross MJ, Sanchez-Riera L, Blyth F, et al. Burden of disability due to musculoskeletal (MSK) disorders. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. juin 2014;28(3):353-66.
2. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Lond Engl*. 08 2016;388(10053):1545-602.
3. Hiligsmann M, Cooper C, Arden N, Boers M, Branco JC, Luisa Brandi M, et al. Health economics in the field of osteoarthritis: an expert's consensus paper from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). *Semin Arthritis Rheum*. déc 2013;43(3):303-13.
4. Bedson J, Jordan K, Croft P. The prevalence and history of knee osteoarthritis in general practice: a case-control study. *Fam Pract*. 1 févr 2005;22(1):103-8.
5. Glyn-Jones S, Palmer AJR, Agricola R, Price AJ, Vincent TL, Weinans H, et al. Osteoarthritis. *Lancet Lond Engl*. 25 juill 2015;386(9991):376-87.
6. Dieppe PA, Lohmander LS. Pathogenesis and management of pain in osteoarthritis. *Lancet Lond Engl*. 12 mars 2005;365(9463):965-73.
7. Wieczorek M, Rat A-C. Généralités sur l'arthrose : épidémiologie et facteurs de risque. [Httpwwwem-Premiumcomfrodonuniv-Paris5frdatatraitap14-70463](http://www.em-premium.com/frodonuniv-Paris5frdatatraitap14-70463) [Internet]. 11 avr 2017 [cité 6 nov 2017]; Disponible sur: [http://www.em-premium.com.frodon.univ-paris5.fr/article/1110071/resultatrecherche/3](http://www.em-premium.com/frodon.univ-paris5.fr/article/1110071/resultatrecherche/3)
8. Prieto-Alhambra D, Judge A, Javaid MK, Cooper C, Diez-Perez A, Arden NK. Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints. *Ann Rheum Dis*. sept 2014;73(9):1659-64.
9. Guillemin F, Rat AC, Mazieres B, Pouchot J, Fautrel B, Euller-Ziegler L, et al. Prevalence of symptomatic hip and knee osteoarthritis: a two-phase population-based survey. *Osteoarthritis Cartilage*. nov 2011;19(11):1314-22.

10. Cross M, Smith E, Hoy D, Nolte S, Ackerman I, Fransen M, et al. The global burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis.* juill 2014;73(7):1323-30.
11. Jordan JM, Helmick CG, Renner JB, Luta G, Dragomir AD, Woodard J, et al. Prevalence of hip symptoms and radiographic and symptomatic hip osteoarthritis in African Americans and Caucasians: the Johnston County Osteoarthritis Project. *J Rheumatol.* avr 2009;36(4):809-15.
12. Nevitt MC, Xu L, Zhang Y, Lui L-Y, Yu W, Lane NE, et al. Very low prevalence of hip osteoarthritis among Chinese elderly in Beijing, China, compared with whites in the United States: the Beijing osteoarthritis study. *Arthritis Rheum.* juill 2002;46(7):1773-9.
13. Quintana JM, Arostegui I, Escobar A, Azkarate J, Goenaga JI, Lafuente I. Prevalence of knee and hip osteoarthritis and the appropriateness of joint replacement in an older population. *Arch Intern Med.* 28 juill 2008;168(14):1576-84.
14. Jordan JM, Helmick CG, Renner JB, Luta G, Dragomir AD, Woodard J, et al. Prevalence of knee symptoms and radiographic and symptomatic knee osteoarthritis in African Americans and Caucasians: the Johnston County Osteoarthritis Project. *J Rheumatol.* janv 2007;34(1):172-80.
15. Dillon CF, Rasch EK, Gu Q, Hirsch R. Prevalence of knee osteoarthritis in the United States: arthritis data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey 1991-94. *J Rheumatol.* nov 2006;33(11):2271-9.
16. Felson DT, Naimark A, Anderson J, Kazis L, Castelli W, Meenan RF. The prevalence of knee osteoarthritis in the elderly. The Framingham Osteoarthritis Study. *Arthritis Rheum.* août 1987;30(8):914-8.
17. Zhang Y, Xu L, Nevitt MC, Aliabadi P, Yu W, Qin M, et al. Comparison of the prevalence of knee osteoarthritis between the elderly Chinese population in Beijing and whites in the United States: The Beijing Osteoarthritis Study. *Arthritis Rheum.* sept 2001;44(9):2065-71.
18. Dillon CF, Hirsch R, Rasch EK, Gu Q. Symptomatic hand osteoarthritis in the United States: prevalence and functional impairment estimates from the third U.S. National Health and Nutrition Examination Survey, 1991-1994. *Am J Phys Med Rehabil.* janv 2007;86(1):12-21.
19. Haugen IK, Englund M, Aliabadi P, Niu J, Clancy M, Kvien TK, et al. Prevalence, incidence and progression of hand osteoarthritis in the general population: the Framingham Osteoarthritis Study. *Ann Rheum Dis.* sept 2011;70(9):1581-6.

20. Kellgren JH, Lawrence JS. Radiological assessment of osteo-arthrosis. *Ann Rheum Dis.* déc 1957;16(4):494-502.
21. Guillemin F, Rat A-C, Roux CH, Fautrel B, Mazieres B, Chevalier X, et al. The KHOALA cohort of knee and hip osteoarthritis in France. *Jt Bone Spine Rev Rhum.* déc 2012;79(6):597-603.
22. Johnson VL, Hunter DJ. The epidemiology of osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* févr 2014;28(1):5-15.
23. Silverwood V, Blagojevic-Bucknall M, Jinks C, Jordan JL, Protheroe J, Jordan KP. Current evidence on risk factors for knee osteoarthritis in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage.* avr 2015;23(4):507-15.
24. Srikanth VK, Fryer JL, Zhai G, Winzenberg TM, Hosmer D, Jones G. A meta-analysis of sex differences prevalence, incidence and severity of osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage.* sept 2005;13(9):769-81.
25. Spector TD, MacGregor AJ. Risk factors for osteoarthritis: genetics. *Osteoarthritis Cartilage.* 2004;12 Suppl A:S39-44.
26. Kalichman L, Hernández-Molina G. Hand Osteoarthritis: An Epidemiological Perspective. *Semin Arthritis Rheum.* 1 juin 2010;39(6):465-76.
27. Lespasio MJ, Sultan AA, Piuze NS, Khlopas A, Husni ME, Muschler GF, et al. Hip Osteoarthritis: A Primer. *Perm J [Internet].* 3 janv 2018 [cité 4 janv 2019];22. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5760056/>
28. Yusuf E, Nelissen RG, Ioan-Facsinay A, Stojanovic-Susulic V, DeGroot J, van Osch G, et al. Association between weight or body mass index and hand osteoarthritis: a systematic review. *Ann Rheum Dis.* avr 2010;69(4):761-5.
29. Zhuo Q, Yang W, Chen J, Wang Y. Metabolic syndrome meets osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol.* déc 2012;8(12):729-37.
30. Puenpatom RA, Victor TW. Increased prevalence of metabolic syndrome in individuals with osteoarthritis: an analysis of NHANES III data. *Postgrad Med.* nov 2009;121(6):9-20.
31. Yoshimura N, Muraki S, Oka H, Tanaka S, Kawaguchi H, Nakamura K, et al. Mutual associations among musculoskeletal diseases and metabolic syndrome components: A 3-year follow-up of the ROAD study. *Mod Rheumatol.* mai 2015;25(3):438-48.

32. Hui M, Doherty M, Zhang W. Does smoking protect against osteoarthritis? Meta-analysis of observational studies. *Ann Rheum Dis.* juill 2011;70(7):1231-7.
33. Nevitt MC, Zhang Y, Javaid MK, Neogi T, Curtis JR, Niu J, et al. High systemic bone mineral density increases the risk of incident knee OA and joint space narrowing, but not radiographic progression of existing knee OA: the MOST study. *Ann Rheum Dis.* janv 2010;69(1):163-8.
34. Neogi T, Zhang Y. Epidemiology of OA. *Rheum Dis Clin North Am.* févr 2013;39(1):1-19.
35. Øiestad BE, Engebretsen L, Storheim K, Risberg MA. Knee osteoarthritis after anterior cruciate ligament injury: a systematic review. *Am J Sports Med.* juill 2009;37(7):1434-43.
36. Papalia R, Del Buono A, Osti L, Denaro V, Maffulli N. Meniscectomy as a risk factor for knee osteoarthritis: a systematic review. *Br Med Bull.* 2011;99:89-106.
37. Øiestad BE, Juhl CB, Eitzen I, Thorlund JB. Knee extensor muscle weakness is a risk factor for development of knee osteoarthritis. A systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage.* févr 2015;23(2):171-7.
38. Lefèvre-Colau M-M, Nguyen C, Haddad R, Delamarche P, Paris G, Palazzo C, et al. Is physical activity, practiced as recommended for health benefit, a risk factor for osteoarthritis? *Ann Phys Rehabil Med.* juin 2016;59(3):196-206.
39. Zhang Y, Hunter DJ, Nevitt MC, Xu L, Niu J, Lui L-Y, et al. Association of squatting with increased prevalence of radiographic tibiofemoral knee osteoarthritis: the Beijing Osteoarthritis Study. *Arthritis Rheum.* avr 2004;50(4):1187-92.
40. Jensen LK. Knee osteoarthritis: influence of work involving heavy lifting, kneeling, climbing stairs or ladders, or kneeling/squatting combined with heavy lifting. *Occup Environ Med.* févr 2008;65(2):72-89.
41. Sulsky SI, Carlton L, Bochmann F, Ellegast R, Glitsch U, Hartmann B, et al. Epidemiological evidence for work load as a risk factor for osteoarthritis of the hip: a systematic review. *PloS One.* 2012;7(2):e31521.
42. Saberi Hosnijeh F, Zuiderwijk ME, Versteeg M, Smeele HTW, Hofman A, Uitterlinden AG, et al. Cam Deformity and Acetabular Dysplasia as Risk Factors for Hip Osteoarthritis. *Arthritis Rheumatol Hoboken NJ.* janv 2017;69(1):86-93.

43. Runhaar J, van Middelkoop M, Reijman M, Vroegindeweyj D, Oei EHG, Bierma-Zeinstra SMA. Malalignment: a possible target for prevention of incident knee osteoarthritis in overweight and obese women. *Rheumatol Oxf Engl*. sept 2014;53(9):1618-24.
44. Golightly YM, Allen KD, Renner JB, Helmick CG, Salazar A, Jordan JM. Relationship of limb length inequality with radiographic knee and hip osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. juill 2007;15(7):824-9.
45. Kim C, Nevitt M, Guermazi A, Niu J, Clancy M, Tolstykh I, et al. Brief Report: Leg Length Inequality and Hip Osteoarthritis in the Multicenter Osteoarthritis Study and the Osteoarthritis Initiative. *Arthritis Rheumatol Hoboken NJ*. oct 2018;70(10):1572-6.
46. Hochberg MC, Altman RD, April KT, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J, et al. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res*. avr 2012;64(4):465-74.
47. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, Andreassen O, Christensen P, Conaghan PG, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. juill 2013;72(7):1125-35.
48. Kloppenburg M, Kroon FP, Blanco FJ, Doherty M, Dziedzic KS, Greibrokk E, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. janv 2019;78(1):16-24.
49. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. mars 2014;22(3):363-88.
50. Cisternas MG, Yelin E, Katz JN, Solomon DH, Wright EA, Losina E. Ambulatory visit utilization in a national, population-based sample of adults with osteoarthritis. *Arthritis Rheum*. 15 déc 2009;61(12):1694-703.
51. Felson DT, Meenan RF, Dayno SJ, Gertman P. Referral of musculoskeletal disease patients by family and general practitioners. *Arthritis Rheum*. 1 oct 1985;28(10):1156-62.
52. Rosemann T, Joos S, Szecsenyi J, Laux G, Wensing M. Health service utilization patterns of primary care patients with osteoarthritis. *BMC Health Serv Res*. 23 oct 2007;7:169.
53. Paskins Z, Sanders T, Hassell AB. What influences patients with osteoarthritis to consult their GP about their symptoms? A narrative review. *BMC Fam Pract*. 20 déc 2013;14:195.

54. Rosemann T, Laux G, Szecsenyi J. Osteoarthritis: quality of life, comorbidities, medication and health service utilization assessed in a large sample of primary care patients. *J Orthop Surg*. 30 juin 2007;2:12.
55. Mitchell HL, Carr AJ, Scott DL. The management of knee pain in primary care: factors associated with consulting the GP and referrals to secondary care. *Rheumatol Oxf Engl*. juin 2006;45(6):771-6.
56. Kingsbury SR, Gross HJ, Isherwood G, Conaghan PG. Osteoarthritis in Europe: impact on health status, work productivity and use of pharmacotherapies in five European countries. *Rheumatol Oxf Engl*. mai 2014;53(5):937-47.
57. Richette P, Hilliquin P, Bertin P, Carni P, Berger V, Marty M. Comparison of general practitioners and rheumatologists' prescription patterns for patients with knee osteoarthritis. *BMC Musculoskelet Disord*. 12 avr 2011;12:72.
58. Chevalier X, Marre JP, de Butler J, Hercek A. Questionnaire survey of management and prescription of general practitioners in knee osteoarthritis: a comparison with 2000 EULAR recommendations. *Clin Exp Rheumatol*. avr 2004;22(2):205-12.
59. Hart OR, Uden RM, McMullan JE, Ritchie MS, Williams TD, Smith BH. A study of National Health Service management of chronic osteoarthritis and low back pain. *Prim Health Care Res Dev*. avr 2015;16(2):157-66.
60. Scarpa R, Sarzi-Puttini P, Cimmino MA, Caporali R, Parazzini F, Zaninelli A, et al. Analysis of pharmacologic and nonpharmacologic prescription patterns of general practitioners and specialists in the AMICA study. *Semin Arthritis Rheum*. août 2005;35(1 Suppl 1):24-30.
61. da Costa BR, Reichenbach S, Keller N, Nartey L, Wandel S, Jüni P, et al. Effectiveness of non-steroidal anti-inflammatory drugs for the treatment of pain in knee and hip osteoarthritis: a network meta-analysis. *Lancet Lond Engl*. 8 juill 2017;390(10090):e21-33.
62. Rutjes AWS, Jüni P, da Costa BR, Trelle S, Nüesch E, Reichenbach S. Viscosupplementation for osteoarthritis of the knee: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 7 août 2012;157(3):180-91.
63. Khan MU, Jamshed SQ, Ahmad A, Bidin MABA, Siddiqui MJ, Al-Shami AK. Use of Complementary and Alternative Medicine among Osteoarthritic Patients: A Review. *J Clin Diagn Res JCDR*. févr 2016;10(2):JE01-06.

64. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Rompay MV, et al. Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997: Results of a Follow-up National Survey. *JAMA*. 11 nov 1998;280(18):1569-75.
65. Rossignol M, Bégaud B, Avouac B, Lert F, Rouillon F, Bénichou J, et al. Who seeks primary care for musculoskeletal disorders (MSDs) with physicians prescribing homeopathic and other complementary medicine? Results from the EPI3-LASER survey in France. *BMC Musculoskelet Disord*. 19 janv 2011;12:21.
66. 4.rapport-Thérapies-complémentaires1.pdf [Internet]. [cité 10 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/4.rapport-Th%C3%A9rapies-compl%C3%A9mentaires1.pdf>
67. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? [Internet]. NCCIH. 2011 [cité 10 nov 2017]. Disponible sur: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>
68. Saghatchian M, Bihan C, Chenailler C, Mazouni C, Dauchy S, Delalogue S. Exploring frontiers: use of complementary and alternative medicine among patients with early-stage breast cancer. *Breast Edinb Scotl*. juin 2014;23(3):279-85.
69. Thomas-Schoemann A, Alexandre J, Mongaret C, Azibi S, Dauphin A, Goldwasser F, et al. [Use of antioxidant and other complementary medicine by patients treated by antitumor chemotherapy: a prospective study]. *Bull Cancer (Paris)*. juin 2011;98(6):645-53.
70. Philibert C, Hoegy D, Philippe M, Marec-Bérard P, Bleyzac N. [A French survey on the resort of oral alternative complementary medicines used in children with cancer]. *Bull Cancer (Paris)*. oct 2015;102(10):854-62.
71. Weizman AV, Ahn E, Thanabalan R, Leung W, Croitoru K, Silverberg MS, et al. Characterisation of complementary and alternative medicine use and its impact on medication adherence in inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. févr 2012;35(3):342-9.
72. Bensoussan M, Jovenin N, Garcia B, Vandromme L, Jolly D, Bouché O, et al. Complementary and alternative medicine use by patients with inflammatory bowel disease: results from a postal survey. *Gastroenterol Clin Biol*. janv 2006;30(1):14-23.
73. Abitbol V, Lahmek P, Buisson A, Olympie A, Poupardin C, Chaussade S, et al. Impact of complementary and alternative medicine on the quality of life in inflammatory bowel disease: results from a French national survey. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. mars 2014;26(3):288-94.

74. Dalmayrac E, Quignon A, Baufreton C. Complementary and Alternative Medicine in Cardiac Surgery: Prevalence and Modality of use. *Heart Lung Circ.* juill 2016;25(7):712-8.
75. Simon L, Prebay D, Beretz A, Bagot J-L, Lobstein A, Rubinstein I, et al. [Complementary and alternative medicines taken by cancer patients]. *Bull Cancer (Paris).* mai 2007;94(5):483-8.
76. Christensen R, Bartels EM, Astrup A, Bliddal H. Symptomatic efficacy of avocado-soybean unsaponifiables (ASU) in osteoarthritis (OA) patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Osteoarthritis Cartilage.* avr 2008;16(4):399-408.
77. Ernst E. Avocado-soybean unsaponifiables (ASU) for osteoarthritis - a systematic review. *Clin Rheumatol.* oct 2003;22(4-5):285-8.
78. Christiansen BA, Bhatti S, Goudarzi R, Emami S. Management of Osteoarthritis with Avocado/Soybean Unsaponifiables. *Cartilage.* janv 2015;6(1):30-44.
79. Maheu E, Cadet C, Marty M, Moyses D, Kerloch I, Coste P, et al. Randomised, controlled trial of avocado-soybean unsaponifiable (Piascledine) effect on structure modification in hip osteoarthritis: the ERADIAS study. *Ann Rheum Dis.* févr 2014;73(2):376-84.
80. Cameron M, Chrusasik S. Oral herbal therapies for treating osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 22 mai 2014;5:CD002947.
81. Christensen R, Bartels EM, Altman RD, Astrup A, Bliddal H. Does the hip powder of *Rosa canina* (rosehip) reduce pain in osteoarthritis patients?--a meta-analysis of randomized controlled trials. *Osteoarthritis Cartilage.* sept 2008;16(9):965-72.
82. Daily JW, Yang M, Park S. Efficacy of Turmeric Extracts and Curcumin for Alleviating the Symptoms of Joint Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *J Med Food.* 1 août 2016;19(8):717-29.
83. Dragos D, Gilca M, Gaman L, Vlad A, Iosif L, Stoian I, et al. Phytomedicine in Joint Disorders. *Nutrients [Internet].* 16 janv 2017 [cité 12 nov 2017];9(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5295114/>
84. Aziz Z, Tey NP. Herbal medicines: prevalence and predictors of use among Malaysian adults. *Complement Ther Med.* janv 2009;17(1):44-50.
85. Gardiner P, Graham R, Legedza ATR, Hisenberg DM, Phillips RS. FACTORS ASSOCIATED WITH HERBAL THERAPY USE BY ADULTS IN THE UNITED STATES. :9.

86. Rashrash M, Schommer JC, Brown LM. Prevalence and Predictors of Herbal Medicine Use Among Adults in the United States. *J Patient Exp*. 1 sept 2017;4(3):108-13.
87. Basedow M, Runciman WB, March L, Esterman A. Australians with osteoarthritis; the use of and beliefs about complementary and alternative medicines. *Complement Ther Clin Pract*. nov 2014;20(4):237-42.
88. Callahan LF, Wiley-Exley EK, Mielenz TJ, Xiao C, Currey SS, Sleath BL, et al. Use of Complementary and Alternative Medicine Among Patients With Arthritis. *Prev Chronic Dis [Internet]*. 15 mars 2009 [cité 6 juin 2018];6(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2687850/>
89. Lapane KL, Sands M, Yang S, McAlindon T, Eaton CB. USE OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE AMONG PATIENTS WITH RADIOGRAPHIC CONFIRMED KNEE OSTEOARTHRITIS. *Osteoarthritis Cartilage*. janv 2012;20(1):22-8.
90. Herman CJ, Allen P, Hunt WC, Prasad A, Brady TJ. Use of complementary therapies among primary care clinic patients with arthritis. *Prev Chronic Dis*. oct 2004;1(4):A12.
91. Unsal A, Gözüm S. Use of complementary and alternative medicine by patients with arthritis. *J Clin Nurs*. avr 2010;19(7-8):1129-38.
92. Alaaeddine N, Okais J, Ballane L, Baddoura RM. Use of complementary and alternative therapy among patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *J Clin Nurs*. nov 2012;21(21-22):3198-204.
93. Ayaz SB, Rathore FA, Ahmad K, Matee S. The use of complementary health approaches among patients with knee osteoarthritis in Pakistan: A hospital based survey. *Egypt Rheumatol*. 1 avr 2016;38(2):111-6.
94. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA*. 20 mai 1998;279(19):1548-53.
95. Répartition des ménages, leurs revenus et niveau de vie moyen et médian en 2016 – Revenu, niveau de vie et pauvreté en 2016 | Insee [Internet]. [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3650234?sommaire=3650460>
96. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. août 2003;35(8):1381-95.

97. IPAQ scoring protocol - International Physical Activity Questionnaire [Internet]. [cité 12 janv 2019]. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/theipaq/scoring-protocol>
98. Lequesne MG, Mery C, Samson M, Gerard P. Indexes of severity for osteoarthritis of the hip and knee. Validation--value in comparison with other assessment tests. *Scand J Rheumatol Suppl.* 1987;65:85-9.
99. Poiraudreau S, Chevalier X, Conrozier T, Flippo RM, Lioté F, Noël E, et al. Reliability, validity, and sensitivity to change of the Cochin hand functional disability scale in hand osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage.* août 2001;9(6):570-7.
100. Breuer GS, Orbach H, Elkayam O, Berkun Y, Paran D, Mates M, et al. Use of complementary and alternative medicine among patients attending rheumatology clinics in Israel. *Isr Med Assoc J IMAJ.* mars 2006;8(3):184-7.

Annexes

Annexe 1 : Lettre de consentement pour participer à l'étude



Site Fernand Widal
200 rue du Fg Saint-Denis
75475 PARIS Cedex 10

Paris le 16 janvier 2017

Pôle Neurosciences

SERVICE DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

Chef de Service
Pr A. YELNIK
e-mail : alain.yelnik@aphp.fr

PU-PH
Pr J. BEAUDREUIL
e-mail : johann.beaudreuil@aphp.fr

Praticien Hospitalier
Dr M. JOUSSE
e-mail : marylene.jousse@aphp.fr

Praticien Hospitalier Contractuel
Dr L. TLILI
e-mail : leila.tlili@aphp.fr

Chef de Clinique Assistant
Dr. V. QUINTAINE
e-mail : victorine.quintaine@aphp.fr
Dr. A. L. ROY
e-mail : annelaure.roy@aphp.fr

Attachés :
Dr. T. EPSTEIN
Dr N. BRADAÏ

Secrétariat Médical :
Mme S. FLORENTIN
Mme C. MURADORE
Mme K. DE CARLI
Tél. : 01 40 05 42 05
e-mail : secret.mpr.lrb@aphp.fr
Fax : 01 40 05 48 51

Cadre Supérieur Infirmier
Mme I. BAILLY
Tél. : 01 40 05 47 55
e-mail : isabelle.bailly2@aphp.fr

Cadre supérieur de Rééducation :

Madame, Monsieur

Vous êtes suivi(e) en rhumatologie en raison d'une arthrose. Nous réalisons une enquête sur l'usage des traitements de l'arthrose. Pourriez-vous nous dire si vous acceptez d'être interrogé(e) par questionnaire internet à propos des traitements que vous utilisez ?

Si vous l'acceptez, merci de l'indiquer ci-après, et de nous laisser vos coordonnées e-mail et téléphoniques. Vous recevrez peu de temps après un mail avec un lien permettant de répondre au questionnaire.

Je, soussigné(e) _____
accepte d'être contacté(e) par mail et par téléphone dans le cadre de l'étude décrite ci-dessus.

Mes coordonnées téléphoniques sont : _____

Mon e-mail est : _____

Date : _____ Signature : _____

Bien cordialement,

Professeur BEAUDREUIL

Dr LIDY 

Annexe 2 : Courrier accompagnant le questionnaire

Bonjour,

Vous avez accepté de répondre à un questionnaire internet concernant votre arthrose et les traitements que vous utilisez. Répondre à ce questionnaire vous prendra 15 à 20 min et explorera de nombreux aspects avec un accent mis sur la phytothérapie.

J'espère que vous pourrez y répondre sans soucis. En cas de question, n'hésitez pas à m'envoyer un mail: xxx@yy.z ou à m'appeler : xx.xx.xx.xx.xx.

Pour accéder au questionnaire, cliquez sur le lien suivant :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdM2oDYOxwRwR3VfOw611t979esF4jFAGFnJk5mrbidYTGatw/viewform?usp=sf_link

Bien à vous,

Sébastien LIDY

Annexe 3 : Questionnaire

Utilisation de la phytothérapie dans l'arthrose

Bonjour, voici le questionnaire auquel vous avez accepté de répondre. Il s'agit donc de comprendre les habitudes de traitement dans l'arthrose et en particulier l'utilisation de la phytothérapie.

La phytothérapie est la médecine qui utilise les plantes pour soigner. Nous appellerons phytothérapie aussi bien l'utilisation de médicaments ou compléments à base de plante (extraits, plantes en poudre...), de tisanes, que de l'aromathérapie (utilisation d'huiles essentielles et des formes dérivées) aussi bien par voie locale que par prise orale.

Le questionnaire comprendra dans une première partie un certain nombre de question sur vous personnellement, puis sur votre vision de la phytothérapie. Ensuite, nous nous enquerrons de votre état (douleur, fonctionnel), et les traitements que vous utilisez dans l'arthrose. Enfin, une dernière partie, réservée aux personnes qui utilisent la phytothérapie dans l'arthrose, essaiera d'approfondir cette utilisation.

Les résultats seront traités anonymement, les noms n'étant présents que pour des raisons logistiques et s'il convient de préciser certaines réponses avec vous.

1. Email address *

Partie I - éléments socio-démographique

2. Nom

3. Prénom

4. Date de naissance

Example: December 15, 2012

5. Sexe

Mark only one oval.

Homme

Femme

6. Origine ethnique

Mark only one oval.

Caucasien (Blanc), c'est-à-dire d'origine européenne/nord-américaine

Asie du sud-est

Inde

Maghreb et moyen-orient

Afrique noire

Amérindien

Hispanique américain (Amérique du sud)

Other: _____

7. Code postal

8. Taille (m)

9. Poids (kg)

10. Niveau d'étude*Mark only one oval.*

- Primaire
- Collège
- Lycée
- Equivalent Licence (Bac +3)
- Equivalent Master (Bac +5)
- >Bac +5

11. (Ex-)Profession

12. (Ex-)Catégorie socio-professionnelle*Mark only one oval.*

- Ouvrier
- Employé
- Profession intermédiaire
- Cadre ou profession intellectuelle supérieure
- Agriculteurs exploitants
- Artisan, commerçant ou chef d'entreprise.

13. Statut de l'emploi*Mark only one oval.*

- Retraité
- Chomage
- Emploi actif

14. Statut marital*Mark only one oval.*

- Célibataire
- En couple, ne vivant pas sous le même toit
- En concubinage (en couple, vivant sous le même toit)
- Marié/pacsé
- Veuf

15. Nombre d'enfant vivant sous votre toit ?*Mark only one oval.*

- 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 plus

16. Revenu annuel net approximatif du foyer

17. Avez-vous un intérêt dans les domaines suivants (plusieurs réponses possibles) :*Check all that apply.*

- Ecologie (au sens de préservation de l'environnement) et nature
 Féminisme
 Spiritualité et ésotérisme
 Techniques de développement personnel
 Cultures étrangères / exotiques

18. Comment évaluez vous votre état de santé ?*Mark only one oval.*

- | | | | | | | |
|----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| médiocre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | excellent |

19. Habitudes de vie (plusieurs réponses possibles) :*Check all that apply.*

- Tabac
 Alcool > 2 verres/j
 Alcool < 2 verres/j
 Alimentation biologique > 30% des produits consommés
 Alimentation à dominante végétarienne
 Alimentation végétarienne
 Alimentation végétalienne
 Alimentation sans gluten
 Alimentation sans ou avec peu de lait de vache
 Other: _____

Nous allons maintenant évaluer votre activité physique hebdomadaire

Pensez à toutes les activités que vous faites à la maison, au travail, au jardin, vos déplacements et les activités physiques que vous faites pendant vos loisirs

20. **Durant les 7 jours précédents, pendant combien de jours avez vous eu une activité physique intense pendant plus de 10 minutes d'affilé (intense = qui demande un gros effort et fait respirer beaucoup plus difficilement que d'habitude)**

Mark only one oval.

- 1 jour
 2 jours
 3 jours
 4 jours
 5 jours
 6 jours
 7 jours

21. **Combien de temps avez vous pratiqué une activité physique intense ces jours là (en minutes) ?**

22. **Durant les 7 jours précédents, pendant combien de jours avez vous eu une activité physique modérée pendant plus de 10 minutes d'affilé (modéré = qui demande un effort modéré et fait respirer un peu plus difficilement que d'habitude)**

Mark only one oval.

- 1 jour
 2 jours
 3 jours
 4 jours
 5 jours
 6 jours
 7 jours

23. **Combien de temps avez vous pratiqué une activité d'intensité modérée ces jours là (en minutes) ?**

24. **Durant les 7 jours précédents, sur combien de jours avez vous eu une activité de marche (aussi bien déplacement, marche au travail, loisir...)?**

Mark only one oval.

- 1 jour
 2 jours
 3 jours
 4 jours
 5 jours
 6 jours
 7 jours

25. **Combien de temps avez vous marché ces jours là (en minutes) ?**

26. **Durant les 7 jours précédents, combien de temps avez vous passé chaque jour assis en moyenne (travail, étude, télévision, transports, lecture...) en minutes**

Skip to question 26.

Partie II - Que pensez-vous de la phytothérapie ?

Nous appellerons phytothérapie aussi bien l'utilisation de médicaments ou compléments à base de plante (extraits, plantes en poudre...), de tisanes, que de l'aromathérapie (utilisation de huiles essentielles et des formes dérivées) aussi bien par voie locale que par prise orale.

27. **Pensez-vous que la phytothérapie (y compris l'aromathérapie) soit bonne pour la santé des gens ?**

Mark only one oval.

- Oui
 Non
 Peut-être

28. **Pensez-vous que la phytothérapie (y compris l'aromathérapie) soit plus sûre que les médicaments de la médecine conventionnelle ?**

Mark only one oval.

- Oui
 Non
 Peut-être

29. **Pensez-vous que la phytothérapie (y compris l'aromathérapie) soit efficace pour traiter des problèmes ponctuels/aigus (ex : bronchite, rhume, infection cutanée, crampes d'estomac, constipation...)?**

Mark only one oval.

- Oui
 Non
 Peut-être

30. **Pensez-vous que la phytothérapie (y compris l'aromathérapie) peut être efficace/aider dans les affections chroniques (diabète, arthrose, tension, asthme...)?**

Mark only one oval.

- Oui
 Non
 Peut-être

31. **Avez-vous ou avez-vous eu recours à la phytothérapie (y compris l'aromathérapie) de manière générale ?**

Mark only one oval.

- Oui
 Non

32. **Si vous n'y avez pas recours, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)**

Check all that apply.

- Inefficace
 Pas besoin
 Trop cher
 Other: _____

Skip to question 32.

Partie III - Votre arthrose et ses traitements

Nous faisons ici le point sur votre arthrose et ses conséquences sur votre vie, ainsi que les divers traitements utilisés

33. **Durée d'évolution de votre arthrose**

Mark only one oval.

- 6 mois à 1 an
 1 à 5 ans
 6 à 10 ans
 Plus de 11 ans

34. **Localisation de votre arthrose (plusieurs réponses possibles) :**

Check all that apply.

- Genou
 Hanche
 Main

35. Douleur moyenne liée à l'arthrose sur les 7 derniers jours

Mark only one oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
aucune douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	douleur maximale imaginable (imaginez que vous êtes coupé(e) en deux

Les questions suivantes concernent l'arthrose de hanche et/ou de genou. Répondez si vous êtes concernés.

36. Dans le cas où vous présentez une arthrose de hanche ou de genou, avez-vous des douleurs ou une gêne nocturnes ?

Mark only one oval.

- Aucune
- Seulement aux mouvements dans certaines postures
- Même sans bouger

37. Dans le cas où vous présentez une arthrose de hanche ou de genou, présentez-vous un dérouillage matinal ?

Mark only one oval.

- moins d'1 minute
- moins d'1/4 d'heure
- plus d'1/4 d'heure

38. Dans le cas où vous présentez une arthrose de hanche ou de genou, avez-vous des douleurs ou une gêne lorsque vous restez debout ou piétinez ?

Mark only one oval.

- Aucune
- Au bout d'une demi-heure

39. Dans le cas où vous présentez une arthrose de hanche ou de genou, avez-vous des douleurs ou une gêne à la marche ?

Mark only one oval.

- Aucune
- Après quelque distance
- Dès le début, de façon croissante

40. Dans le cas où vous présentez une arthrose de hanche ou de genou, lors de la position assise, avez-vous des douleurs ou une gêne (plusieurs réponses possibles)

Check all that apply.

- Durant la station assise prolongée (2h)
- Pour vous relever d'un siège sans l'aide des bras
- Aucune

41. **Dans le cas où vous présentez une arthrose de hanche ou de genou, quel est votre périmètre de marche ?**

Mark only one oval.

- Aucune limitation
- Limitée mais plus d'1 km
- Environ 1 km (environ 15 min à allure normale)
- 500 à 900 m (7 à 15 min à allure normale)
- 300 à 500 m
- 100 à 300 m
- Moins de 100 m

42. **Dans le cas où vous présentez une arthrose de hanche ou de genou, pour la marche, avez-vous besoin d'une aide technique ?**

Mark only one oval.

- Aucune
- 1 canne ou canne-béquille nécessaire
- 2 cannes ou cannes-béquilles nécessaires

43. **Dans le cas où vous présentez une arthrose de hanche ou de genou, avez vous des difficultés pour :**

Mark only one oval per row.

	aucune difficulté	possible avec une petite difficulté	moyenne difficulté	grande difficulté	impossible
Mettre vos chaussettes par devant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ramasser un objet par terre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monter un étage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descendre un étage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sortir d'une voiture, d'un fauteuil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous accroupir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marcher en terrain irrégulier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les question suivantes concernent l'arthrose digitale et/ou la rhizarthrose. Répondez si vous êtes concernés.

44. Dans le cas où vous présentez une arthrose de main, pouvez-vous ? :

Mark only one oval per row.

	sans difficulté	possible avec très peu de difficulté	possible avec quelques difficultés	possible avec beaucoup de difficultés	presque impossible	impossible
Tenir un bol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saisir une bouteille pleine et la lever	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verser le liquide de la bouteille dans un verre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dévisser le couvercle d'un pot déjà ouvert une fois	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Couper de la viande avec un couteau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piquer efficacement avec une fourchette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peler des fruits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boutonner votre chemise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ouvrir puis fermer les fermetures éclairés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presser un tube de dentifrice plein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenir une brosse à dent efficacement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecrire une phrase courte avec un crayon ou un stylo ordinaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecrire une lettre avec un crayon ou un stylo ordinaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tourner une poignée de porte ronde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utiliser des ciseaux pour couper un morceau de papier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saisir des pièces de monnaie sur une table	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouner une clé dans la serrure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les questions suivantes concernent les traitements que vous prenez dans l'arthrose.

45. **Quels traitements conventionnels prenez-vous ou avez-vous pris pour votre arthrose ? (plusieurs réponses possibles)**

Check all that apply.

- Antalgiques palier 1 : paracétamol (doliprane, dalfalgan), acupan
- Antalgiques palier 2 : tramadol (topalgic, zamudol, contramal), paracétamol/tramadol (ixprim), paracétamol/codéine (dafalgan codéiné, ...), paracétamol/opium (lamaline gélule/suppositoire, izalgy)
- Antalgiques palier 3 : morphine (skenan/actiskenan), oxycodone (oxycontin, oxynorm)
- Anti-inflammatoire non stéroïdiens : ibuprofène (advil, antarène, crifène, intralgis, nureflex, nurofen, spedifen, ufen), acide acétylsalicylique (aspirine, aspegic, aspro), naproxène (apranax), ketoprofène (profenid, bi-profenid), diclofenac (voltarène)
- Corticoïdes par voie orale (cortancyl, solupred, prednisone, prednisolone)
- Infiltration articulaire de corticoïdes : Acétate de prednisolone (Hydrocortancyl), Cortivazol (Altim), Bétaméthasone (Diprostène)
- Infiltration articulaire d'acide hyaluronique
- Traitement de fond/d'action lente : diacéréine (Art, Zondar), Insaponifiable de soja et d'avocat (piasclédine), glucosamine (dolenio, flexea, osaflexan, structoflex, voltaflex), chondroïtine (structum, chondrosulf)
- Crèmes ou pommades : Diclofenac 1% (xenid, voltarenplast, flector), Ibuprofène 5% (advilgel, antarene, advilmed, ibufetum, ibutop, nurofen), Ketoprofène 2.5 % (ketum)
- Kinésithérapie
- Attelle/orthèse
- Massage
- Other: _____

46. **Détaillez les traitements pris durant les 3 derniers mois dans le cadre de l'arthrose :**

47. **Avez-vous ou avez-vous eu recours à une médecine complémentaire (cf. question suivante pour une liste de médecines complémentaires) pour traiter votre arthrose autre que la phytothérapie ?**

Mark only one oval.

- Oui
- Non

48. Si oui, la(les)quelle(s) ? (plusieurs réponses possibles)*Check all that apply.*

- Compléments alimentaires
- Médecine traditionnelle chinoise (dont acupuncture, phytothérapie chinoise et massage chinois)
- Ayurveda (médecine traditionnelle indienne)
- Shiatsu
- Ostéopathie
- Chiropraxie
- Magnétisme, Reiki
- Oligo-éléments
- Homéopathie
- Vitamine
- Autres extraits naturels
- Other: _____

49. Dans le cadre de votre arthrose, avez-vous recours à la phytothérapie ?*Mark only one oval.*

- Oui *Skip to question 49.*
- Non *Stop filling out this form.*

*Skip to question 26.***Partie IV - Utilisation de la phytothérapie ((y compris l'aromathérapie) dans votre arthrose****50. Dans le cadre de votre arthrose, selon quelle modalité avez-vous utilisé ou utilisez-vous la phytothérapie (y compris l'aromathérapie) ?***Mark only one oval.*

- En remplacement d'un autre traitement pour l'arthrose
- En plus d'un autre traitement pour l'arthrose
- C'est mon unique traitement pour l'arthrose

51. Dans le cadre de votre arthrose, pourquoi avez-vous ou avez-vous eu recours à la phytothérapie (y compris l'aromathérapie) ? (plusieurs réponses possibles)*Check all that apply.*

- Effets indésirable de la médecine conventionnelle
- Inefficacité de la médecine conventionnelle
- Inefficacité partielle de la médecine conventionnelle : la phytothérapie complète l'action de la médecine conventionnelle
- En adéquation avec votre philosophie/vision du monde
- Supériorité de la phytothérapie (plus efficace, moins d'effets indésirables)
- Prescrit par un médecin
- Prescrit par un praticien de santé
- Other: _____

52. **Dans le cadre de votre arthrose, si vous avez arrêté la phytothérapie (y compris l'aromathérapie), pourquoi ?**

Mark only one oval.

- Inefficace
- Inutile, je n'ai plus mal
- Trop cher
- Mauvaise tolérance, effets secondaires

53. **Comment avez-vous eu connaissance de la phytothérapie (y compris l'aromathérapie) ? (plusieurs réponses possibles)**

Check all that apply.

- Conseil (ami, famille)
- Tradition familiale/ethnique
- Formation
- Lecture
- Pharmacien
- Médecin
- Autre thérapeute
- Other: _____

54. **Précisez votre réponse si besoin**

55. **Votre médecin traitant ou rhumatologue est-il au courant que vous utilisez la phytothérapie (y compris l'aromathérapie) ? (plusieurs réponses possibles)**

Check all that apply.

- Oui, mon médecin traitant
- Oui, mon rhumatologue
- Aucun des deux

56. **Si vous n'en parlez pas à l'un des deux ou aux deux, pour quelle raison ?**

57. **Dans le cadre de votre arthrose, quelles plantes, médicaments ou compléments par voie orale avez-vous utilisé ou utilisez-vous ? (plusieurs réponses possibles)**

Check all that apply.

- Harpagophytum
- Rose
- Boswellia
- Curcuma
- Saule
- Gingembre
- Cassis
- Griffes de chat
- Maca
- Ortie feuille
- Reine des prés
- Huiles essentielles
- Je ne connais pas/me souviens pas du nom de la/des plantes
- Other: _____

58. **Pouvez-vous indiquer quel nom et marque et quelle posologie vous avez utilisé pour chaque plante ou complément ?**

59. **Dans le cadre de votre arthrose, quelles préparations pour application locale (crème/pommade/huile) à base de plantes ou d'huiles essentielles avez-vous déjà utilisé ? (plusieurs réponses possibles)**

Check all that apply.

- Arnican
- PuresSENTIEL muscles et articulations
- Mélange d'huiles essentielles
- Other: _____

60. **Si vous avez utilisé des huiles essentielles seules ou en mélange, précisez la(les)quelles :**

61. **Précisez la posologie utilisée**

62. **Quel effet a été constaté sur l'arthrose suite à l'utilisation de la phytothérapie (y compris l'aromathérapie)? (plusieurs réponses possibles)**

Check all that apply.

- Amélioration des douleurs
- Diminution de la consommation d'anti-inflammatoires
- Arrêt des autres médicaments contre la douleur
- Absence de prise de médicament conventionnel pour la douleur
- Aucun effet

63. **Quelle était votre douleur relative à l'arthrose AVANT l'utilisation de la phytothérapie (y compris l'aromathérapie)**

Mark only one oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
aucune douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	douleur maximale imaginable

64. **Quelle était votre douleur relative à l'arthrose APRES l'utilisation de la phytothérapie (y compris l'aromathérapie)**

Mark only one oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
aucune douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	douleur maximale imaginable

65. **A quel point votre arthrose limitait-elle votre activité quotidienne AVANT l'utilisation de la phytothérapie (y compris l'aromathérapie)?**

Mark only one oval.

- Ne me limitait pas du tout
- Me limitait légèrement
- Me limitait moyennement
- Me limitait beaucoup
- Me limitait totalement

66. **A quel point votre arthrose limitait-elle votre activité quotidienne APRES utilisation de la phytothérapie (y compris l'aromathérapie) ?**

Mark only one oval.

- Ne me limitait pas du tout
- Me limitait légèrement
- Me limitait moyennement
- Me limitait beaucoup
- Me limitait totalement

67. **Recommanderiez-vous ces thérapeutiques ?**

Mark only one oval.

Oui

Non

Powered by



Annexe 4 : Données complémentaires

Tableau 11 : Modalités de recours à la phytothérapie dans l'arthrose et effets perçus (N=38)

Connaissance de la phytothérapie par :	
Médecin, nombre (%)	12 (31,58)
Pharmacien, nombre (%)	11 (28,95)
Conseil d'ami, nombre (%)	18 (47,37)
Lecture, nombre (%)	16 (42,11)
Tradition familiale, nombre (%)	2 (5,26)
Thérapeute, nombre (%)	4 (10,53)
Raisons avancées pour l'utilisation de la phytothérapie	
Effets indésirables de la médecine conventionnelle, nombre (%)	12 (31,58)
Médecine conventionnelle inefficace, nombre (%)	10 (26,32)
Médecine conventionnelle partiellement efficace, nombre (%)	10 (26,32)
Plus en adéquation avec ma philosophie de vie, nombre (%)	11 (28,95)
Supériorité de la phytothérapie, nombre (%)	9 (23,68)
Prescrit par un médecin, nombre (%)	8 (21,05)
Prescrit par un praticien de santé, nombre (%)	3 (7,89)
Modalités d'utilisation	
C'est mon unique traitement pour l'arthrose, nombre (%)	13 (34,31)
En remplacement d'un autre traitement pour l'arthrose, nombre (%)	5 (13,16)
En plus d'un autre traitement pour l'arthrose, nombre (%)	18 (47,37)
Médecin tenu au courant	
Rhumatologue, nombre (%)	19 (50,00)
Médecin traitant, nombre (%)	15 (39,47)
Influence sur le traitement conventionnel	
Baisse de la consommation d'AINS, nombre (%)	11 (28,95)
Amélioration des douleurs, nombre (%)	21 (55,26)
Pas de prise de médicament conventionnel contre la douleur, nombre (%)	2 (5,26)
Arrêt des médicaments conventionnels contre la douleur, nombre (%)	7 (18,42)
Pas d'effet, nombre (%)	5 (13,16)
Effet perçu	
Douleur avant l'utilisation de la phytothérapie, EVA (DS)	6,32 (1,79)
Douleur après l'utilisation de la phytothérapie, EVA (DS)	3,94 (2,44)
Limitation avant l'utilisation de la phytothérapie, Echelle de Lickert (DS)	2,23 (0,94)
Limitation après l'utilisation de la phytothérapie, Echelle de Lickert (DS)	1,51 (1,01)
Recommanderiez-vous la phytothérapie ?	37 (97,37)

EVA : Echelle Visuelle Analogique ; DS : Déviation standard

Tableau 12 : Données sociodémographiques - comparatif

	Phyto (N=38)	Non Phyto (N=41)	p-value (f)	
<i>Age, Années (DS)</i>	66,08 (11,75)	67,07 (8,95)	0,835	
<i>Femmes, nombre (%)</i>	33 (86,84)	30 (73,17)	0,1663	
<i>NIVEAU D'ETUDE, NOMBRE (%)</i>			0,3102	
<i>Primaire</i>	2 (5,26)	2 (4,88)		
<i>Collège</i>	7 (18,42)	8 (19,51)		
<i>Lycée</i>	11 (28,95)	7 (17,07)		
<i>Bac +3</i>	11 (28,95)	9 (21,95)		
<i>Bac + 5 et plus</i>	5 (13,15)	14 (34,15)		
<i>CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE, NOMBRE (%)</i>			0,3626	
<i>Ouvrier</i>	1 (2,63)	0 (0,00)		
<i>Employé</i>	13 (34,21)	9 (21,95)		
<i>Profession intermédiaire</i>	9 (23,68)	8 (19,51)		
<i>Cadre</i>	11 (28,95)	18 (43,90)		
<i>Artisan/Commerçant/Chef d'entreprise</i>	1 (2,63)	3 (7,32)		
<i>STATUT DE L'EMPLOI, NOMBRE (%)</i>			0,9029	
<i>Actif</i>	13 (34,21)	12 (29,27)		
<i>Chômage</i>	1 (2,63)	1 (2,44)		
<i>Retraite</i>	24 (63,16)	28 (68,29)		
<i>STATUT MARITAL, NOMBRE (%)</i>			0,2249	
<i>Vit seul</i>	14 (36,94)	14 (34,14)		
<i>Vit en couple</i>	24 (63,16)	27 (65,85)		
<i>REVENU MOYEN PAR PERSONNE, NOMBRE (%)</i>			0,9677	
<i>Modeste : < 15 k€</i>	6 (15,79)	8 (19,51)		
<i>Moyen : entre 15k€ et 27k€</i>	13 (34,21)	13 (31,70)		
<i>Aisé : entre 27k€ et 34k€</i>	5 (13,16)	7 (17,07)		
<i>Très aisé > 34k€</i>	5 (13,16)	6 (14,63)		

Tableau 13 : Centres d'intérêt et habitudes de vie - comparatif

	Phyto (N=38)	Non Phyto (N=41)	p-value (f)	
<i>CENTRES D'INTERETS, NOMBRE (%)</i>				
<i>Ecologie</i>	30 (78,95)	22 (53,66)	0,0317	*
<i>Féminisme</i>	10 (26,32)	8 (19,51)	0,5934	
<i>Esotérisme</i>	6 (15,79)	3 (7,32)	0,2999	
<i>Développement personnel</i>	11 (28,95)	7 (17,07)	0,2845	
<i>Culture exotique</i>	8 (21,05)	8 (19,51)	1	
<i>HABITUDES DE VIE, NOMBRE (%)</i>				
<i>Tabac</i>	3 (7,89)	6 (14,63)	0,4842	
<i>Alimentation biologique</i>	19 (50,00)	10 (24,39)	0,02152	*
<i>Alimentation sans gluten</i>	4 (10,53)	2 (4,88)	0,4204	
<i>Alimentation sans lait de vache</i>	19 (50,00)	8 (19,51)	0,005068	**
<i>Alimentation végétarienne</i>	9 (23,68)	7 (17,07)	0,5783	
<i>Alcool < 2 verres/j</i>	12 (31,58)	8 (19,51)	0,3012	
<i>Alcool > 2 verres/j</i>	2 (5,26)	2 (4,88)	1	

Tableau 14 : Histoire de la maladie arthrosique et conséquences - comparatif

	Phyto (N=38)	Non Phyto (N=41)	p-value (f)	
<i>Etat de santé perçu, EVA /5 (DS)</i>	3,46 (0,89)	3,37 (0,80)	0,8798	
<i>IMC, kg/m² (DS)</i>	26,02 (4,88)	25,69 (4,44)	0,754	
<i>IPAQ, NOMBRE (%)</i>			0,6839	
<i>Faible</i>	8 (21,05)	11 (26,83)		
<i>Modéré</i>	13 (34,21)	16 (39,02)		
<i>Elevé</i>	17 (44,74)	14 (34,15)		
<i>Arthrose de genou, nombre (%)</i>	29 (76,32)	21 (51,22)	0,03471	*
<i>Arthrose de hanche, nombre (%)</i>	9 (23,68)	10 (24,39)	1	
<i>Arthrose digitale, nombre (%)</i>	27 (71,05)	30 (73,17)	1	
<i>Index de Lequesne pour la hanche, score /23 (DS)</i>	11,13 (4,14)	7,06 (4,90)	0,08038	
<i>Index de Lequesne pour le genou, score / 23(DS)</i>	9,32 (4,95)	10,29 (5,66)	0,5955	
<i>Score de Cochin, score /85 (DS)</i>	15,19 (14,45)	17,13 (16,65)	0,5621	
<i>Douleur liée à l'arthrose, EVA /10 (DS)</i>	5,38 (2,24)	4,68 (2,63)	0,1404	
<i>DUREE D'EVOLUTION DE L'ARTHROSE, NOMBRE (%)</i>			0,4523	
<i>6 mois à 1 an</i>	3 (7,89)	5 (12,20)		
<i>1 à 5 ans</i>	13 (34,21)	10 (24,39)		
<i>6 à 10 ans</i>	4 (10,53)	9 (21,95)		
<i>Plus de 11 ans</i>	18 (47,37)	17 (41,46)		

EVA : Echelle Visuelle Analogique ; IMC : Indice de Masse Corporelle ; IPAQ : International Physical Activity Questionary

Tableau 15 : Traitements pris dans le cadre de l'arthrose - comparatif

	Phyto (N=38)	Non Phyto (N=41)	p-value (f)	
<i>Médication antalgique de palier 1, nombre (%)</i>	29 (76,32)	23 (56,10)	0,09572	
<i>Médication antalgique de palier 2, nombre (%)</i>	13 (34,21)	12 (29,27)	0,8091	
<i>Médication antalgique de palier 3, nombre (%)</i>	1 (2,63)	1 (2,44)	1	
<i>AINS, nombre (%)</i>	24 (63,16)	20 (48,78)	0,2583	
<i>Corticoïdes, nombre (%)</i>	5 (13,16)	5 (12,20)	1	
<i>Traitement d'action lente, nombre (%)</i>	21 (55,26)	5 (12,20)	8,454 E-05	***
<i>Infiltration d'acide hyaluronique, nombre (%)</i>	17 (44,74)	13 (31,71)	0,2552	
<i>Infiltration de corticoïdes, nombre (%)</i>	16 (42,11)	14 (34,15)	0,4952	
<i>AINS Topique, nombre (%)</i>	27 (71,05)	20 (48,78)	0,0661	
<i>Kinésithérapie, nombre (%)</i>	19 (50,00)	19 (46,34)	0,8233	
<i>Massage, nombre (%)</i>	15 (39,47)	16 (39,02)	1	
<i>Orthèse, nombre (%)</i>	20 (52,63)	23 (56,10)	0,8231	
<i>Recours aux MNC dans l'arthrose, nombre (%)</i>	28 (73,88)	11 (26,83)	4,222 E-05	***
<i>Index confiance phyto, score (DS)</i>	0,75 (0,18)	0,52 (0,22)	8,624E-07	***

MNC : Médecine Non Conventionnelle

TITRE : Recours à la phytothérapie dans l'arthrose des membres – résultats d'une étude transversale

RESUME : **Introduction** : l'arthrose est une maladie courante en médecine générale. La réponse apportée a un effet symptomatique partiel et des effets indésirables potentiels. La phytothérapie peut être utilisée par les patients pour répondre à cette insuffisance. L'objectif de cette étude transversale est d'évaluer le recours et les facteurs de recours à la phytothérapie dans l'arthrose des membres dans une population française. **Patients et méthodes** : via un questionnaire électronique, des patients adultes avec une arthrose symptomatique de hanche, genou ou main ont renseigné des données sociodémographiques, sur leur maladie arthrosique, leurs croyances et leur usage de la phytothérapie. Le critère de jugement principal était la prévalence du recours à la phytothérapie dans l'arthrose des membres. **Résultats** : sur 97 patients interrogés 79 ont répondu, dont 38 (48%) utilisaient la phytothérapie pour leur arthrose de membre. Les raisons en étaient les effets indésirables et le manque d'efficacité de la médecine conventionnelle, la croyance dans la phytothérapie et des raisons philosophiques. Les facteurs associés à ce recours étaient un intérêt pour l'écologie, une alimentation biologique, sans lait de vache, l'utilisation de traitements d'action lente et d'autres médecines non conventionnelles et une plus grande confiance dans la phytothérapie par rapport aux non-utilisateurs. La moitié des patients environ ne tenait pas leur médecin informé de cette pratique. Les plantes les plus utilisées étaient le curcuma et l'harpagophytum. **Conclusion** : près de la moitié des patients avaient recours la phytothérapie pour arthrose. Cet usage méconnu est à prendre en compte dans nos pratiques.

Mots-clés : Arthrose, Phytothérapie

TITLE : Prevalence and predictors of use of phototherapy in limb osteoarthritis – results of a transversal study.

ABSTRACT : **Introduction** : limb osteoarthritis is a very common pathology in general practice. The given answer has an incomplete effect and potential adverse effects. Phytotherapy could be used by patients to answer these issues. The objectives of this transversal study is to evaluate the prevalence and the predictors of use of phytotherapy in limb osteoarthritis in a French population. **Patients and methods** : through a mail survey, adult patients having symptomatic osteoarthritis of hip, knee or hand have provided socio-demographic data, data about their osteoarthritis, their beliefs and their use of phytotherapy. The main outcome was the prevalence of use of phytotherapy in limb osteoarthritis. **Results** : seventy-nine over 97 patients participated to the survey. Thirty-eight patients (48%) used phytotherapy for their limb osteoarthritis. The reasons were adverse effects and lack of efficiency of conventional medicine, beliefs about phytotherapy and philosophical reasons. The predictors of use were an interest for ecology, eating organic food and cow dairy-free products, the use of disease modifying drugs and other complementary and alternative medicine, and a higher level of confidence in phytotherapy compared to the non-users. About half of the patients did not tell their physician about this practice. The most used herbs were turmeric and harpagophytum. **Conclusion** : around half of the patients used phytotherapy in osteoarthritis. This unknown use is to be taken into account in our practice.

Key-words : Osteoarthritis, Phytotherapy, Herbal therapy

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06