HAL
open science

Recours à la phytothérapie en médecine générale : étude quantitative auprès des médecins généralistes de Côtes-d'Armor, Ille-et-Vilaine et Morbihan

Elsa Durczak

To cite this version:

Elsa Durczak. Recours à la phytothérapie en médecine générale : étude quantitative auprès des médecins généralistes de Côtes-d'Armor, Ille-et-Vilaine et Morbihan. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03236220

HAL Id: dumas-03236220

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03236220v1

Submitted on 26 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.

N° d'ordre :

ANNÉE 2020

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Elsa Durczak

Née le 10 Décembre 1991 à Saint Chamond

Recours à la phytothérapie en médecine générale :

étude quantitative auprès des médecins généralistes de Côtes-d'Armor, Ille-et-Vilaine et Morbihan.

Thèse soutenue à Rennes le 17 Septembre 2020

devant le jury composé de :

Emmanuel OGER
Président
PU PH Pharmacologie CHU Rennes

Julien EDELINE
Juge
MCU PH Oncologie CEM Rennes

Emmanuel ALLORY
Juge
MCA Médecine Générale Rennes

Elisabeth POLARD
Directrice de thèse
PH Pharmacologie CHU Rennes

Françoise LOHEZIC-LE DEVEHAT
Co-directrice de thèse
MCU Faculté de Pharmacie Rennes

N° d'ordre :

ANNÉE 2020

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Elsa Durczak

Née le 10 Décembre 1991 à Saint Chamond

Recours à la phytothérapie en médecine générale :

étude quantitative auprès des médecins généralistes de Côtes-d'Armor, Ille-et-Vilaine et Morbihan.

Thèse soutenue à Rennes le 17 Septembre 2020

devant le jury composé de :

Emmanuel OGER
Président
PU PH Pharmacologie CHU Rennes

Julien EDELINE
Juge
MCU PH Oncologie CEM Rennes

Emmanuel ALLORY
Juge
MCA Médecine Générale Rennes

Elisabeth POLARD
Directrice de thèse
PH Pharmacologie CHU Rennes

Françoise LOHEZIC-LE DEVEHAT
Co-directrice de thèse
MCU Faculté de Pharmacie Rennes

Professeurs des Universités 2019-2020

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur Emérite	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur en surnombre	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
HUSSON	Jean Louis	Professeur Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN	Denis	Professeur Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Professeur Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAULT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAULT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Maîtres de Conférences des Universités 2019-2020

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELINE	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GANGLOFF	Cédric	MCF associé	Médecine d'urgence
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAULT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	MCU-PH	Neurologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Remerciements

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Emmanuel OGER,
Merci de me faire l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Julien EDELINE,
Merci d'avoir accepté de juger ce travail de thèse en tant que membre du jury.
Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Emmanuel ALLORY,
Merci d'avoir accepté de siéger parmi les membres de ce jury de thèse.
Soyez assuré de ma profonde considération.

A Mesdames Elisabeth POLARD et Françoise LOHEZIC - LE DEVEHAT,
Merci pour l'intérêt que vous avez porté à ce sujet dès les prémices de ce travail,
Merci d'avoir suivi et dirigé cette thèse,
Merci pour vos conseils constructifs, votre disponibilité et votre œil de pharmacienne !
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance et mes plus sincères remerciements.

A tous les médecins ayant répondu à ce questionnaire,
Un grand merci pour votre participation qui a rendu réalisable ce travail.

Aux internes de Santé Publique de Rennes,
Merci pour vos conseils,
Et plus particulièrement à Elisabeth,
Merci d'avoir relu mon questionnaire et de m'avoir apportée ton aide dans l'analyse statistique.

Aux professionnels de santé spécialisés en phytothérapie (Mr Boichard, pharmacien, Dr Huyghe, médecin généraliste et Mme Foures, IDE et formatrice au sein de l'Ecole Bretonne d'Herboristerie) que j'ai rencontrés en amont de ce travail et qui m'ont apportée leur vision de la phytothérapie en pratique.

A mes proches,

A ma mère, pour sa gentillesse, son soutien infini et ses petites attentions si réconfortantes,
A mon père, de nous avoir donnés cette détermination et cette volonté de toujours aller au bout des choses,
A Marion et Lucas, pour votre présence, et tous les beaux moments partagés à chaque retrouvaille familiale, chez « los padres » ou ailleurs !!

A la « petite famille » d'Auray : Isabelle, JB, Lucie et Marie,
Heureux hasard qui nous a réunis dans la maison du bonheur pour ce premier semestre d'internat : à tous ces bons moments partagés, ces rires, ces discussions, ces balades ici ou là … qu'il y en ait encore beaucoup !

A Marine et Zoé, d'avoir rendu cette D4 beaucoup plus drôle (et fatty !) que prévu, à nos retrouvailles toujours aussi joyeuses.

A Anaïs et Johara, pour ces heures passées à refaire le monde, à toutes nos escapades et nos voyages d'externat qui restent de si bons souvenirs.

Aux belles rencontres de l'internat, Myriam, Pauline, Elsa, Romain, Mathilde, …

A Jeanne, pour ce semestre malouin confiné !

Aux amies de longue date, Adélaïde, Anahid, Anissa, Elodie, Morgane ...

A Dimitry, d'avoir contribué à ce que ces années d'internat soient si belles.

Table des matières

Liste des documents annexés....9
Introduction....10
Matériels et méthode....12
Résultats....14
Profil de la population....14
Formations spécialisées....15
Fréquence du recours à la phytothérapie....15
Indications de la phytothérapie....15
Plantes médicinales....16
Motivations, freins et contexte....16
Sécurité d'emploi et modalités de prescription....18
Recours à d'autres thérapies complémentaires....19
Discussion....20
1/ MAC et Phytothérapie : contexte actuel....20
Côté médecins....20
Coté patients....20
Regards croisés....21
2/ Indications de la phytothérapie et plantes proposées en médecine générale....21
Indications....21
Plantes....22
3/ Motivations et freins à la pratique de la phytothérapie par les MG....24
Motivations....24
Efficacité des plantes médicinales....24
Effet Placebo....25
Éviter la prescription de médicaments addictogènes....25
Absence de risque....25
Freins....25
Manque de formation....25
Preuve scientifique insuffisante ou Inefficacité de la phytothérapie....26
Autres....26
4/ Difficultés liées à l'usage de la phytothérapie....27
Risques d'interactions médicamenteuses....27
Défaut de communication....27
Manque de standardisation et de conseil avisé....28
5/ La phytothérapie et les MAC : pour une prise en charge globale du patient et de sa santé…29
Complémentarité plus que concurrence....29
Croyances et traditions dans la médecine moderne....29
Patient acteur de sa santé....30
Médecine intégrative....30

6/ Forces, Limites et Perspectives....30
Forces de l'étude....30
Limites de l'étude....31
Perspectives....31
Conclusion....32
Bibliographie....33
Liste des abréviations....40
Annexes....41

Liste des documents annexés

Annexe 1 : Questionnaire diffusé aux médecins généralistes
Annexe 2 : Formations spécialisées en phytothérapie réalisées par les MG1
Annexe 3 : Fréquence du recours à la phytothérapie en fonction du motif de consultation, par les MG1
Annexe 4 : Plantes proposées par les MG1
Annexe 5 : Indications et plantes citées par les MG1 proposant d'autres plantes
Annexe 6 : Justifications du recours à la phytothérapie par les MG1
Annexe 7 : Justification de l'absence de recours à la phytothérapie par les MG2
Annexe 8 : Thérapies complémentaires utilisées par les MG1 et les MG2

Liste des figures

Figure 1: Répartition des participants à l'enquête selon leur recours ou non à la phytothérapie
Figure 2: Fréquence d'utilisation de la phytothérapie en fonction des motifs de consultation par les MG1
Figure 3 : Plantes fréquemment utilisées par les MG1
Figure 4 : Raisons motivant l'utilisation de la phytothérapie par les MG1
Figure 5 : Raisons de l'absence de recours à la phytothérapie par les MG2
Figure 6 : Modalités de prescription de la phytothérapie dans le groupe MG1
Figure 7 : Recours à d'autres thérapies complémentaires par les MG1 et MG2
Figure 8 : Thérapies complémentaires utilisées par les MG1 et MG2

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon
Tableau 2 : Représentation sur la sécurité d'emploi des plantes médicinales

Introduction

Tantôt décrites comme médecines naturelles, douces ou traditionnelles (1), les Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC) sont classiquement opposées à la médecine moderne ou scientifique (2). Les MAC sont définies par le National Center for Complementary and Alternative Medecine (NCCAM) comme « divers systèmes, pratiques et produits de soins et médicaux qui ne sont pas considérés actuellement comme faisant partie de la médecine conventionnelle » (3).

L'engouement des patients pour ces médecines non conventionnelles est une réalité dans notre société : 40 % des Français y recourraient d'après l'Ordre National des Médecins (4). Dans une étude réalisée en décembre 2018 par la Mutuelle Nationale Hospitalière (MNH), 68 % des Français croient aux bienfaits des MAC, 56 % des médecins seraient du même avis (5). Les médecins, quoi qu'en soit leur position face à ces pratiques, sont confrontés à des patients utilisateurs de ces thérapeutiques. Reposant parfois sur des principes et des fondements éloignés de l'Evidence Based Medicine (6), l'intégration dans notre système de soin de ces nouvelles pratiques s'avère complexe, parfois source de débat et de controverse dans notre pays (7).

La phytothérapie correspond à l'utilisation des plantes à visée thérapeutique ou préventive. Elle s'inscrit dans la grande famille des Médecines Alternatives et Complémentaires. (8)

Si elles constituent encore la première source de remède dans nombre de pays en voie de développement (9), les plantes médicinales sont de plus en plus plébiscitées dans les pays occidentaux.

D'après la même étude de la MNH, 60 % de la population française est favorable à la phytothérapie, tout comme 58 % des médecins (5). En 2011, un sondage TNS Sofres révélait que 45 % des Français avaient recours à la phytothérapie (10).

La Pharmacopée française renferme un répertoire officiel des plantes considérées comme ayant des propriétés médicamenteuses (11). Ainsi pour répondre à l'appellation « plante médicinale » la plante doit être inscrite à la Pharmacopée. Au sein de ce répertoire de plus de 400 plantes, celles-ci sont classées en deux listes selon leurs vertus thérapeutiques ou leurs risques potentiels. Certaines d'entre elles sont sous monopole pharmaceutique tandis que d'autres sont libérées de celui-ci et peuvent être vendues aussi bien en magasin de bien-être qu'en grande surface ou encore sur internet (12). Vendues sous forme de phytomédicaments, uniquement dans les pharmacies, elles sont soumises au contrôle de l'ANSM et ont obtenu une AMM allégée (basée sur l'évaluation de l'innocuité). Sous forme de compléments alimentaires, pouvant à la fois contenir des plantes médicinales libérées du monopole pharmaceutique et des plantes dites alimentaires (soit plus de 1000 plantes), les produits à base de plantes ne peuvent revendiquer d'effet thérapeutique et sont ainsi vendus librement, sous contrôle de l'ANSES.

L'Agence Européenne du Médicament (EMA), via l'HMPC, travaille à établir pour chaque plante une fiche de renseignements adaptée aux données actuelles de la science (13). L'efficacité d'une plante peut ainsi être acceptée sur le principe de l'usage traditionnel, un usage bien établi ou un usage scientifiquement admis.

Ainsi, la phytothérapie, entre nécessité de preuves scientifiques d'efficacité et d'innocuité des plantes, mêlés à des intérêts mercantiles et une législation floue, se révèle être un domaine complexe, tant sur le plan réglementaire que scientifique (14).

Dans ce contexte et face à une demande grandissante des patients pour une médecine plus « naturelle », quelle place possède la phytothérapie dans la pratique quotidienne du médecin généraliste ? Une étude de 2014 met en évidence les freins de la sous-utilisation de la phytothérapie par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais (15). D'autres études réalisées à La Réunion, département où l'usage des plantes est ancré dans les traditions, ont montré le manque de connaissance et de formation des MG en phytothérapie ainsi que le défaut de communication entre patients et MG au sujet de la consommation de plantes médicinales (16,17).

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un état des lieux du recours à la phytothérapie par les médecins généralistes bretons.

Matériels et méthode

Une étude quantitative descriptive, par questionnaire anonyme, a été menée du 30 janvier 2020 au 21 mars 2020 auprès des médecins généralistes des départements des Côtes-d'Armor, d'Ille-et-Vilaine et du Morbihan.

Les critères d'inclusions sont : être médecin généraliste installé en Côtes-d'Armor, Ille-et-Vilaine ou Morbihan, être inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins d'un de ces départements, et avoir donné son accord à l'Ordre des Médecins pour recevoir des questionnaires de thèse.

Le questionnaire a été élaboré à la suite d'un travail préparatoire.
D'une part, deux entretiens exploratoires ont été réalisés en août et septembre 2019 ; le premier auprès d'un pharmacien herboriste du Morbihan et le second auprès d'une médecin généraliste phytothérapeute d'Ille-et-Vilaine. Ces entretiens ont permis d'établir une liste de motifs les plus fréquents pour lesquels les patients consultent pour un conseil en phytothérapie.
D'autre part, d'après le travail de synthèse de Mme Lohezic-Le Devehat et Mme Noury attribuant à chaque plante un niveau de preuve d'efficacité, une liste de plante a été définie afin d'être proposée dans le questionnaire. Ce document récapitulatif se base sur les thèses d'étudiants en Pharmacie de Rennes qui ont défini les plantes utilisées par sphère et répertorié les études scientifiques réalisées sur celles-ci, synthétisées dans la thèse de C.Morin (18). Le niveau de preuve attribué à chaque plante (élevé, insuffisant, usage traditionnel) repose sur un faisceau d'arguments convergents vers une efficacité de la plante dans une indication précise d'après les résultats des différentes études scientifiques recensées dans les thèses. Les plantes sélectionnées pour être proposées dans le questionnaire ont un niveau de preuve élevé, hormis trois d'entre elles (Mélisse, Passiflore, Valériane) dont le niveau de preuve est qualifié d'insuffisant d'après le document de synthèse. Les plantes choisies correspondent aux indications retenues suite aux entretiens exploratoires.

Le questionnaire interroge les praticiens selon le recours ou non à la phytothérapie. (Annexe 1)
La majorité des questions sont des questions fermées ; quelques questions à réponse libre ont été proposées.
Deux versions du questionnaire se déclinent afin d'adapter les questions aux participants utilisant la phytothérapie (motifs de recours, plantes proposées, motivations …) et à ceux n'en faisant pas usage dans leur pratique (freins à l'utilisation …). Des questions communes aux deux versions permettent ainsi de comparer les deux groupes de répondants (données socio-démographiques, sécurité d'emploi, recours à d'autres MAC...)

Le questionnaire a été testé par des lecteurs neutres afin de s'assurer de la bonne compréhension et relu par les internes de Santé Publique de la faculté de Rennes.

Le questionnaire a été réalisé via la plateforme Limesurvey et diffusé, après leur accord, via les Conseils de l'Ordre des Médecins des trois départements bretons sus-cités, par courrier électronique comportant le lien de l'enquête. Il n'a pas été effectué de relance.

L'objectif initial est de 100 réponses. Pour cela le questionnaire a été diffusé à tous les médecins généralistes répondant aux critères d'inclusion, soit 1732 médecins sollicités.

Les données ont été saisies sur un tableur Libre office puis analysées via le logiciel BiostaTGV.
L'analyse univariée de chaque variable entre les utilisateurs et les non-utilisateurs de phytothérapie a été réalisée par un test de Student pour les variables quantitatives (âge) et par un test de Fisher exact (sécurité d'emploi, interactions médicamenteuses) et test de Chi 2 (sexe, milieu, recours à d'autres médecines complémentaires, type de médecines complémentaires) pour les variables qualitatives .
Le seuil de signification choisi est 0,05.

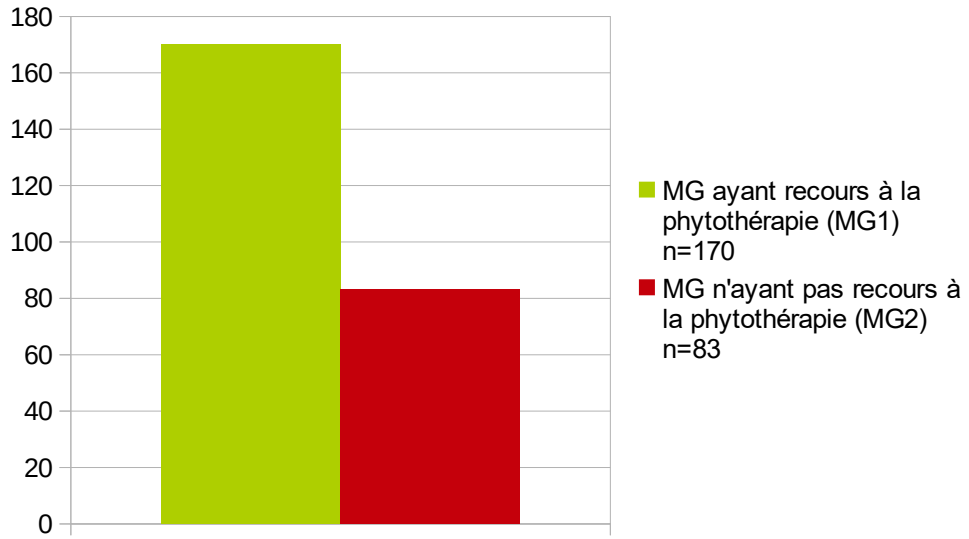
S'agissant d'une enquête portant sur les pratiques professionnelles, cette recherche ne relève pas du champ de la loi Jardé. Le comité d'Ethique et le Comité de Protection des Personnes n'ont pas été sollicités. Les questionnaires étant strictement anonymes, il n'a pas été nécessaire d'obtenir une autorisation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Résultats

Parmi les 1732 médecins sollicités pour répondre au questionnaire en ligne, 253 réponses complètes ont été obtenues, soit un taux de réponse de 14.6 %.
Parmi les 253 répondants, 67,2 % (170/253) affirment avoir recours à la phytothérapie dans leur pratique de médecine générale. 32,8 % (83/253) des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire ne recourent pas à la phytothérapie. (Figure 1)

Le groupe de médecins généralistes (MG) ayant recours à la phytothérapie sera nommé MG1, MG2 correspondant au groupe de médecins généralistes n'ayant pas recours à la phytothérapie.

Figure 1: Répartition des participants à l'enquête selon leur recours ou non à la phytothérapie



Profil de la population

Le tableau 1 résume les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon.

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

Caractéristiques	MG1 (n=170)	MG2 (n=83)	*p-value*
Age			*0,14*
- Moyenne d'âge	45,8 ans	43,5 ans	
- Age minimal	28 ans	27 ans	
- Age maximal	70 ans	75 ans	
- Médiane	43 ans	39 ans	
Sexe			*0,33*
- Femme	101 (59,4 %)	44 (53 %)	
- Homme	69 (40,6 %)	49 (47 %)	
Milieu			*0,95*
- Rural	29 (17,1 %)	15 (18,1 %)	
- Semi-rural	83 (48,8 %)	39 (47 %)	
- Urbain	58 (34,1 %)	29 (34,9 %)	

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes de participants concernant les caractéristiques socio-démographiques (âge (p 0,14), sexe (p 0,33), milieu (p 0,95)).

Formations spécialisées

Parmi les MG1, 8,8 % (15/170) ont une formation spécialisée en phytothérapie. (Annexe 2)
Au sein des MG1 sans formation spécialisée (155/170), 45,8 % (71/155) seraient intéressés par une formation dans ce domaine.
Chez les MG2, 55,4 % (46/83) pensent qu'une courte formation en phytothérapie pourraient faire évoluer leur pratique en phytothérapie.

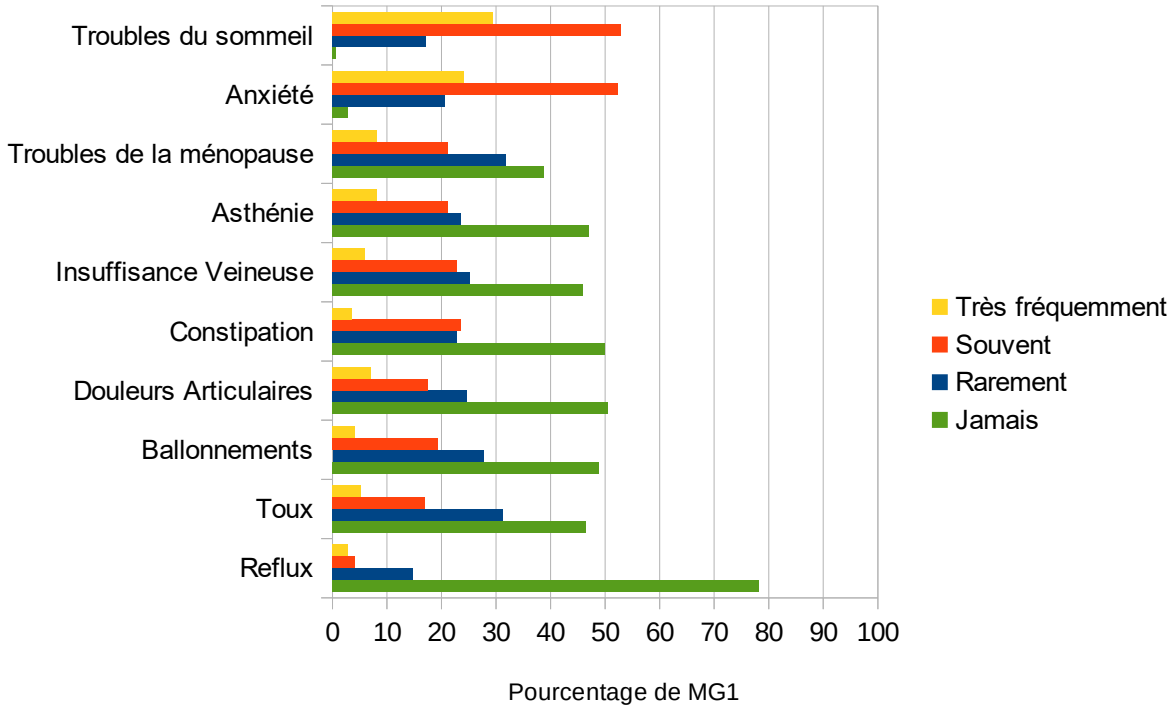
Fréquence du recours à la phytothérapie

Parmi les MG1, 49,4 % (84/170) assurent recourir à la phytothérapie moins d'une fois par semaine, 30,6 % (52/170) plus d'une fois par semaine et moins d'une fois par jour, et 20 % (34/170) plus d'une fois par jour.

Indications de la phytothérapie

Les MG1 ont été interrogés sur la fréquence d'utilisation de la phytothérapie pour une liste de motifs de consultation (prédéfinie suite aux entretiens exploratoires). (Annexe 3)
Plus de la moitié des MG1 recourent fréquemment à la phytothérapie pour les troubles du sommeil et l'anxiété. Pour les troubles de la ménopause, l'asthénie, l'insuffisance veineuse, la constipation, les douleurs articulaires, les ballonnements et la toux, la phytothérapie est souvent utilisée par 20 à 30 % des MG1. Elle est très rarement proposée pour le reflux. (Figure 2)

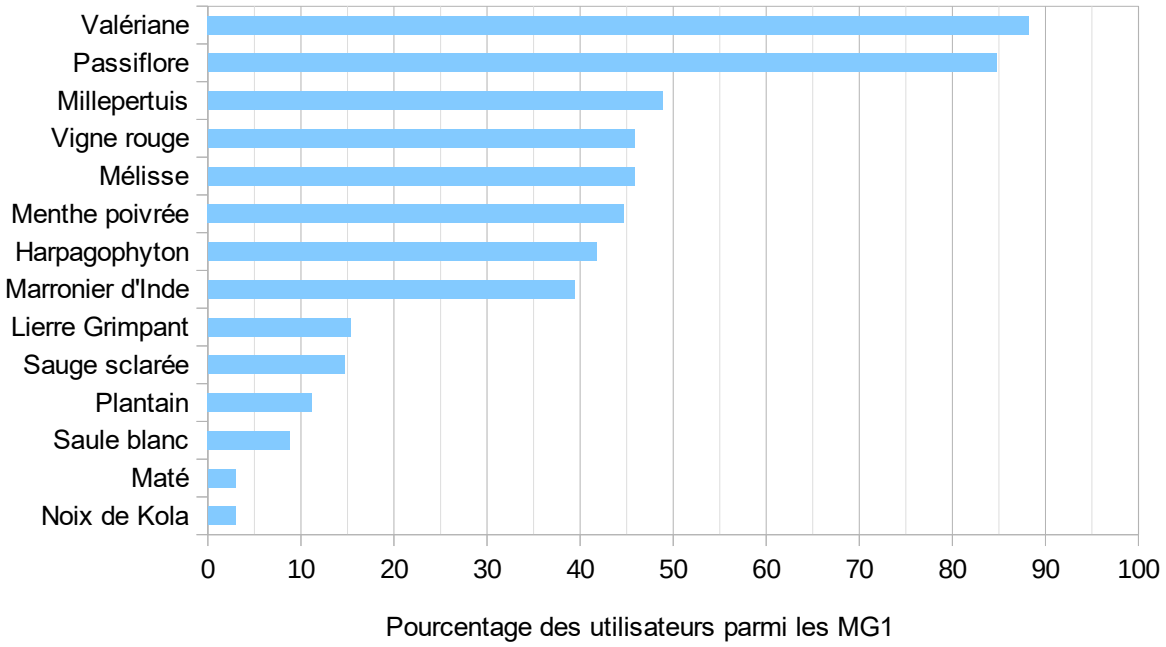
Figure 2 : Fréquence d'utilisation de la phytothérapie en fonction des motifs de consultation par les MG1 (n=170)



Plantes médicinales

La passiflore et la valériane sont les deux plantes les plus fréquemment utilisées par, respectivement, 84,7 % (144/170) et 88,2 % (150/170) des MG1. Le millepertuis est la 3ème plante la plus utilisée par les MG1. (Annexe 4)
Moins de 20 % des MG1 utilisent couramment le lierre grimpant, le maté, la noix de kola, le plantain, la sauge sclarée et le saule blanc. (Figure 3)

Figure 3 : Plantes fréquemment utilisées par les MG1 (n=170)

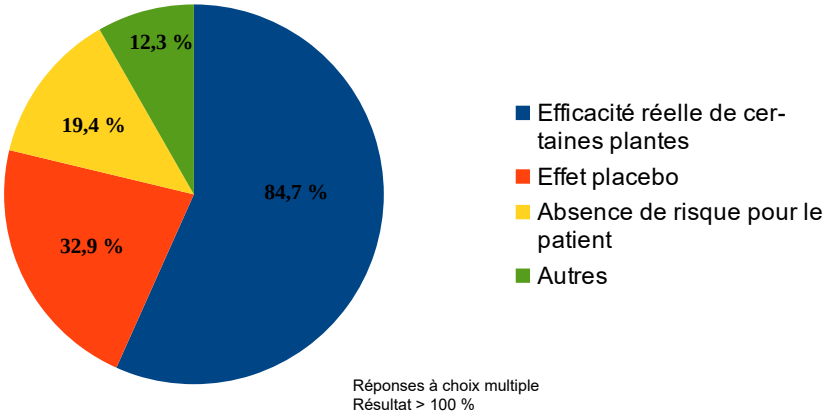


Une question à réponse libre permettait aux MG1 de citer d'autres plantes utilisées fréquemment et les indications associées. 33,5 % (57/170) des MG1 ont ainsi listé d'autres plantes. (Annexe 5)
Parmi cette liste, deux plantes ont été citées à plusieurs reprises : l'aubépine pour l'anxiété et le thym pour les affections respiratoire et ORL.

Motivations, freins et contexte

Concernant les motivations des MG1 à recourir à la phytothérapie, 84,7 % (144/170) d'entre eux attribuent une efficacité réelle de certaines plantes pour des indications précises. 32,9 % (56/170) d'entre eux y recourent pour l'effet placebo et 19,4 % (33/170) du fait de l'absence de risque pour le patient. (Figure 4)
D'autres raisons ont été évoquées en réponse libre par 12,3 % des MG1 (21/170). Plusieurs participants (13/21) précisaient être motivés par l'utilisation de phytothérapie afin d'éviter la prescription d'hypnotiques et de benzodiazépine, de médicaments addictogènes ou de thérapeutiques plus iatrogéniques. (Annexe 6)

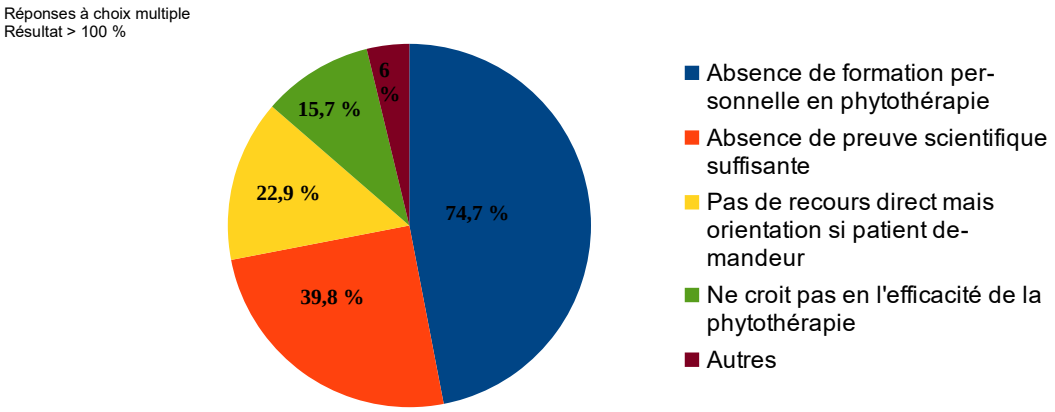
Figure 4 : Raisons motivant l'utilisation de la phytothérapie par les MG1



Au sein des MG1, 87,6 % (149/170) y recourent à visée curative, 47,7 % (81/170) en complément d'un traitement allopathique et 31,2 % (53/170) en préventif.
Ils sont 79,4 % (135/170) à proposer spontanément cette thérapeutique. Pour 17,1 % (29/170) d'entre eux la prescription découle d'une demande du patient lui même.

Parmi les MG2, 80,7 % (67/83) affirment que leurs patients évoquent spontanément le recours aux plantes médicinales avec eux.
Pour 74,7 % (62/83) des MG2, l'absence de formation en phytothérapie est la première raison évoquée pour ne pas y recourir. Ils sont 39,8 % (33/83) à définir l'insuffisance de preuve scientifique comme un frein à l'utilisation, et 15,7 % (13/83) affirment ne pas croire en l'efficacité de la phytothérapie. Si les MG2 ne recourent pas à la phytothérapie, ils sont 22,9 % (19/83) à orienter vers des professionnels formés dans ce domaine leurs patients demandeurs. (Figure 5)

Figure 5 : Raisons de l'absence de recours à la phytothérapie par les MG2 (n=83)



Les autres raisons évoquées par les participants sont le fait que le risque d'interactions médicamenteuses ne soit pas étudié, le manque de réflexion posologique, la pratique du médecin généraliste (urgentiste) ou la patientèle non adaptées à l'utilisation de la phytothérapie. (Annexe 7)

Sécurité d'emploi et modalités de prescription

Les MG1 attribuent plus fortement un caractère de sécurité d'emploi aux plantes médicinales que les autres (p 0,009).

Le risque d'interactions médicamenteuses entre traitement conventionnel et plantes existe tant pour les médecins prescripteurs de phytothérapie que les non prescripteurs (p 0,67). (Tableau 2)

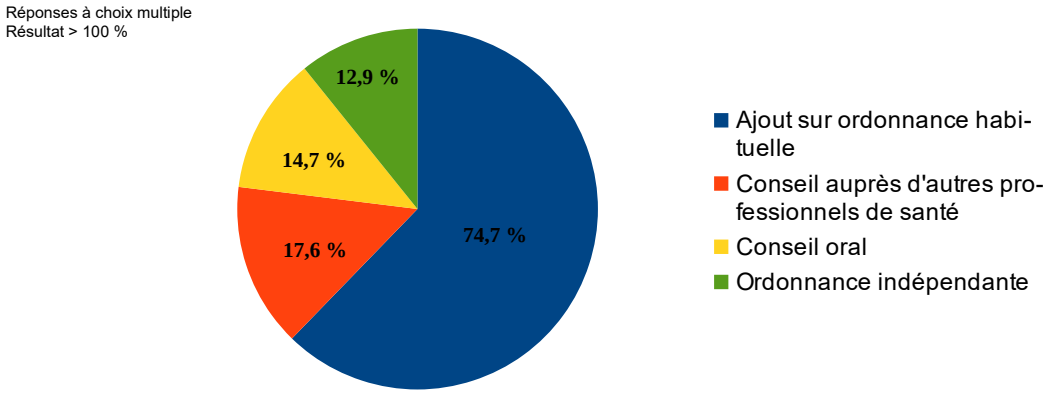
Tableau 2 : Représentation sur la sécurité d'emploi des plantes médicinales

	Médecins Prescripteurs de Phytothérapie (MG1) (n=170)		Médecins Non Prescripteurs de Phytothérapie (MG2) (n=83)		*p-value*
	Oui	Non	Oui	Non	
Plante = Sécurité d'emploi	31 (18,2 %)	139 (81,8 %)	5 (6 %)	78 (94 %)	*0,009*
Risque d'interactions médicamenteuses	167 (98,2 %)	3 (1,8 %)	82 (98,8 %)	1 (1,2 %)	*0,67*

Les MG1 ont été interrogés sur la rédaction d'une prescription de phytothérapie. 74,7 % (127/170) d'entre eux ajoutent le nom de la plante sur l'ordonnance de traitement habituel. 17,6 % (30/170) proposent de prendre conseil auprès d'un pharmacien ou d'un autre professionnel de santé formé en phytothérapie. 14,7 % (25/170) proposent un conseil oral et 12,9 % (22/170) rédigent une ordonnance indépendante.

La figure 6 résume les modalités de prescription de la phytothérapie.

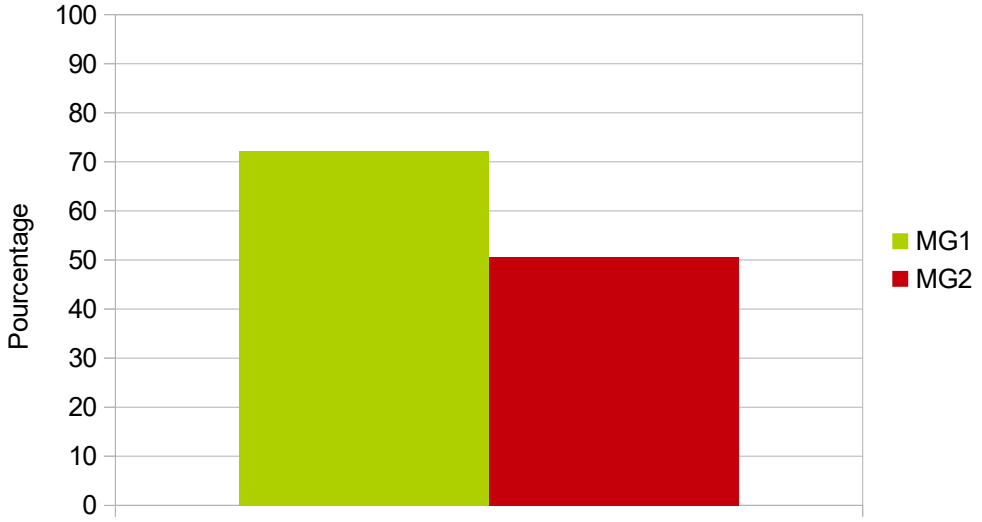
Figure 6 : Modalités de prescription de la phytothérapie dans le groupe MG1



Recours à d'autres thérapies complémentaires

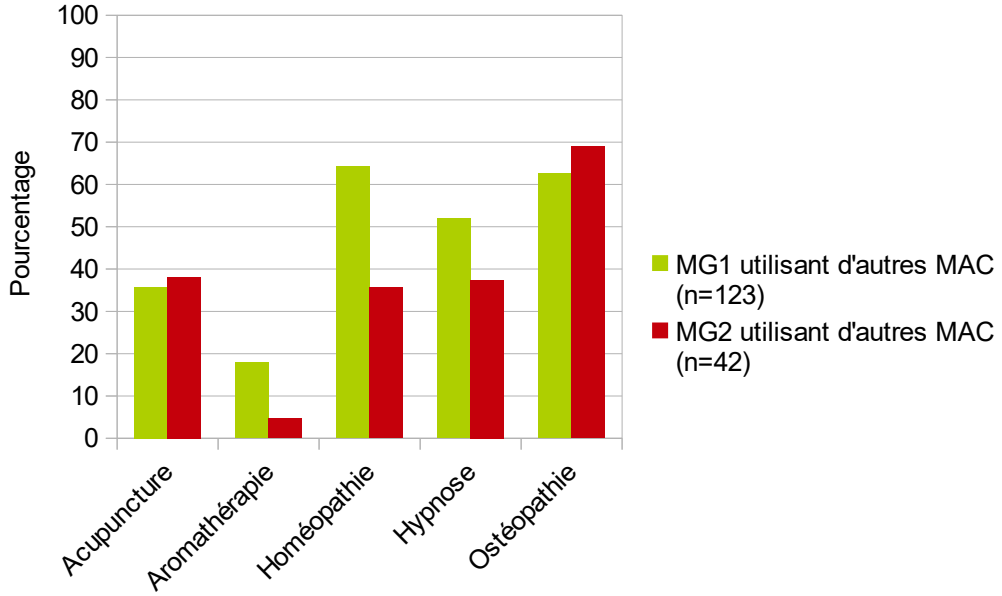
Parmi les MG1, 72,4 % (123/170) ont recours à d'autres thérapies complémentaires, contre 50,6 % des MG2 (42/83) (Figure 7). Les MG1 recourent plus largement à d'autres thérapies complémentaires que les MG2 (p 0,0006).

Figure 7: Recours à d'autres thérapies complémentaires par les MG1 et MG2



Les MG1 ayant recours à d'autres thérapies complémentaires ont d'avantage recours à l'aromathérapie (p 0,04), l'homéopathie (p 0,0002) et l'hypnose (p 0,01) que les MG2. Il n'y a pas de différence significative pour l'acupuncture (p 0,79) et l'ostéopathie (p 0,45) .(Annexe 8)
La figure 8 illustre les différentes thérapies complémentaires utilisées.

Figure 8: Thérapies complémentaires utilisées par les MG1 et MG2



Discussion

1/ MAC et Phytothérapie : contexte actuel

- **Côté médecins**

Le recours aux médecines alternatives et complémentaires en médecine générale a largement été exploré en France comme à l'étranger. En contre-partie, les études s'intéressant à la pratique de la phytothérapie par les MG sont peu nombreuses.

Dans sa thèse en 2012, B. Adamo évalue à 43 % la proportion de médecins généralistes français exerçant au moins une médecine non conventionnelle, dont 20 % pratiquant la phytothérapie. 84,5 % des MG interrogés pensent que ces MAC sont utiles (19).

Une étude nationale allemande (pays où l'enseignement de la phytothérapie fait partie intégrante de la formation des médecins) interrogeant 3000 médecins généralistes, a montré que 60 % d'entre eux déclarent utiliser les MAC dans leur pratique (20). Une étude écossaise en 2004 retrouve qu'un tiers des médecins généralistes interrogés prescrivent de la phytothérapie (21).

Notre étude portant sur 253 médecins généralistes bretons montre que 67,2% d'entre eux font usage de la phytothérapie dans leur pratique quotidienne, dont la moitié plus d'une fois par semaine. Tout comme dans la thèse de R. Bensemida, dans laquelle seulement 21 % des médecins généralistes interrogés utilisaient régulièrement la phytothérapie, il n'a pas été observé de profil particulier des MG pratiquant la phytothérapie (15).

Notre travail met en évidence que les médecins généralistes recourant à la phytothérapie sont plus enclin à l'usage d'autres thérapies complémentaires, et notamment l'aromathérapie, l'homéopathie et l'hypnose. Cependant, plus de la moitié des médecins ne recourant pas à la phytothérapie dans notre étude affirment recourir à d'autres MAC, et près d'un quart orientent leurs patients vers des professionnels formés en phytothérapie si besoin. Ces résultats s'inscrivent dans la tendance actuelle de l'intérêt grandissant des praticiens pour les médecines complémentaires comme l'a montré E. Nedellec dans sa thèse (22).

L'acupuncture et l'ostéopathie, tout comme dans la thèse de B. Adamo, sont les deux MAC les plus utilisées par les médecins généralistes n'utilisant pas la phytothérapie. Ces deux dernières font partie, avec l'homéopathie et la mésothérapie, des quatre pratiques reconnues par l'Ordre National des Médecins parmi les nombreuses médecines non conventionnelles existantes (4).

- **Coté patients**

Pour mieux comprendre le contexte, il semble important de mettre en parallèle la vision des patients (non explorée dans notre étude) vis-à-vis des médecines complémentaires et alternatives. Les principales données de la littérature dans ce domaine relèvent de travaux internationaux ou de recherche en cancérologie.

Une étude française réalisée au sein d'un service d'oncologie révèle qu'un patient sur trois atteint de cancer utilise la médecine complémentaire pendant et après le traitement de sa maladie. La phytothérapie s'avère alors la deuxième MAC la plus utilisée (23).

En Croatie et aux États-Unis, respectivement 46 % et 52 % des patients interrogés en soins primaires ont recours aux MAC (24,25). La phytothérapie est la médecine traditionnelle la plus fréquemment utilisée en Croatie.

Plusieurs thèses ont interrogé les patients de médecine générale sur leur recours aux MAC. Dans l'étude de C. Mayer-Lévy, la phytothérapie ne fait pas partie des médecines non conventionnelles les plus fréquemment citées par les patients de médecine générale (10 % des patients parmi les 42,6 % de l'échantillon ayant recours aux MAC), arrivant après l'ostéopathie, l'homéopathie ou l'acupuncture (26). Le travail de F. Thiriat, s'intéressant à la patientèle rurale, montre que 53,7 % des participants ont recours aux MAC, principalement l'ostéopathie et l'homéopathie ; la phytothérapie arrivant là aussi en quatrième position (27).

Un sondage TNS Sofres pour l'Observatoire Sociétal du Médicament de 2011 montre cependant que 63 % des français font confiance à la phytothérapie, et 45 % disent avoir recours à cette thérapeutique (10).

- **Regards croisés**

Les données actuelles, françaises ou internationales, montrent donc l'engouement des patients pour les médecines non conventionnelles. Les travaux interrogeant les médecins généralistes sur ce sujet font état de l'intérêt des praticiens pour ces thérapies, les trouvant utiles dans la prise en charge des patients en médecine générale. Si réticence il y a pour certains MG, elle vient principalement du manque de connaissance personnelle et du manque de preuve scientifique de leur efficacité (19,22,26,28).

2/ Indications de la phytothérapie et plantes proposées en médecine générale

- **Indications**

Dans notre étude, les motifs pour lesquels la phytothérapie est fréquemment proposée sont les troubles du sommeil et l'anxiété. De même, les pathologies liées au stress étaient largement citées dans la thèse de A-L Rathouis (29).

Du côté des patients, dans la thèse de M. Luce ceux-ci utilisent la phytothérapie pour les motifs suivants : grippe, problèmes digestifs et fièvre. Seulement 16,8 % des patients interrogés évoquent les troubles du sommeil (30).

Les **troubles du sommeil** et de l'**anxiété** s'avèrent être une problématique fréquente en médecine générale (31). La Revue Prescrire, dans un article en 2005, s'intéressait déjà au recours à la phytothérapie dans ces deux indications (32). Les résultats d'une étude pharmaco-épidémiologique, réalisée auprès de patients de médecine générale en 2008, montrant une diminution de l'anxiété et une amélioration du sommeil après introduction d'une phytothérapie, témoignent de l'intérêt de son utilisation dans les troubles mineurs du sommeil et l'anxiété légère en première intention (33). Un article de 2014 paru dans Actualités Pharmaceutiques référence les solutions de phytothérapie adaptées pour ces deux plaintes (34).

Dans sa thèse, M. Corbisier déclare qu'un patient sur deux utilise les plantes médicinales en complément de son traitement rhumatologique (35). Plusieurs thèses de pharmacie se sont intéressées à l'utilisation de la phytothérapie pour les **douleurs articulaires** (36,37). Dans notre

étude, un quart des médecins recourant à la phytothérapie utilisent les produits à base de plantes face à cette plainte.

Dans une thèse de pharmacie de 2019, il est rapporté que plus de deux tiers des patients n'utilisent jamais les plantes pour traiter leur **troubles digestifs** (constipation, diarrhée, nausées/vomissements). Un quart de la population interrogée affirme qu'il lui a déjà été conseillé une phytothérapie pour leurs troubles digestifs (par l'entourage, puis le pharmacien puis le médecin) (38). Ces conclusions vont dans le sens de nos résultats concernant la faible proportion de médecins recourant à la phytothérapie pour les troubles digestifs.

Près de trois MG sur dix affirment souvent proposer une phytothérapie pour les **troubles de la ménopause**, l'**asthénie** ou l'**insuffisance veineuse**. Une étude australienne en 2004 a montré que 21 % des femmes utilisaient des plantes médicinales pour le traitement des symptômes climatériques, et dans 12 % des cas, c'est le médecin généraliste qui leur recommandaient ce traitement (39). Concernant l'asthénie ou l'insuffisance veineuse, il n'a pas été retrouvé de chiffre sur l'utilisation par les MG ou les patients permettant une comparaison.

- **Plantes**

A notre connaissance, il n'existe pas d'étude ayant évaluée les plantes fréquemment utilisées par les médecins généralistes en France métropolitaine (17,30).
Nos résultats mettent en évidence deux plantes très souvent utilisées par les médecins généralistes : la valériane et la passiflore, employées communément dans les troubles du sommeil et l'anxiété. Le recours fréquent à ces deux plantes correspond aux indications les plus citées par les MG de cette étude, troubles du sommeil et anxiété, parmi les motifs les motivant à se tourner vers la phytothérapie.

La **valériane** a fait l'objet de nombreuses études, malgré cela il n'y a pas été jusqu'ici possible d'identifier les constituants de l'extrait de cette plante responsable de l'effet sédatif (40). D'après certaines études, son efficacité est supérieure à celle d'un placebo et son emploi permet d'améliorer la qualité du sommeil ; dans d'autres, cette efficacité n'est pas probante (41,42). Pour affirmer l'efficacité de la valériane dans l'insomnie sur le plan scientifique, des études de meilleures qualités, notamment sur le plan méthodologique, semblent nécessaire comme plusieurs revues de la littérature le montrent (43,44). La revue Prescrire reconnaît toutefois à la valériane, sous forme d'extraits aqueux, une efficacité modeste sur la qualité ressentie du sommeil et une efficacité supérieure à celle du placebo, et la recommande dans les troubles du sommeil pouvant constituer une alternative aux benzodiazépines (32,41).

Il existe une longue tradition d'usage à travers le monde de la **passiflore** pour l'anxiété notamment, et de nombreuses spécialités vendues en officine en contiennent (42). Très peu d'études s'intéressent à la passiflore seule, elle est souvent associée à d'autres plantes. Les quelques revues de littérature concernant l'analyse de la passiflore s'accordent à dire que les études la concernant manquent grandement de rigueur (faible échantillon, absence de randomisation, pourcentage de l'extrait de plante contenu dans le produit non connu ...) pour permettre d'affirmer une efficacité de cette plante (45,46).

La **mélisse,** traditionnellement utilisée pour les troubles du sommeil et l'anxiété, semble moins utilisée par nos participants (45,9%) que la valériane et la passiflore. Les études sont peu nombreuses

à son sujet, et l'HMPC conclu à une efficacité reposant sur une tradition d'usage, sans preuve scientifique bien établie (47).

L' **aubépine** a été citée à plusieurs reprises spontanément (en réponse libre) par les participants de l'étude dans la prise en charge de l'anxiété. Cette plante est très fréquemment associée dans des spécialités contenant d'autres plantes à visée anxiolytiques telles que celles citées précédemment. Comme bon nombre des plantes dans cette indication, les études de bon niveau de preuve sont rares et son utilisation repose sur une tradition d'usage (48).

Bien que les contre-indications et les nombreuses interactions médicamenteuses soient connues, le **millepertuis** est fréquemment utilisé par près de 50 % des MG de notre enquête. Plusieurs méta-analyses d'essais comparatifs concluent à la supériorité du millepertuis sur le placebo dans le syndrome dépressif léger ou modéré, et à une efficacité similaire du millepertuis versus antidépresseurs (49). Il s'agit d'une des rares plantes dont les mécanismes d'interactions avec des médicaments sont bien connus (40). Il appartient au prescripteur de bien évaluer les bénéfices et les risques à conseiller cette plante chez un patient souffrant de dépression.

Alors que les troubles liés à la ménopause apparaissent en troisième position des indications les plus fréquentes pour lesquelles les MG proposent la phytothérapie, la **sauge sclarée** est très rarement utilisée par ces derniers (14,7 %). La sauge sclarée s'utilise principalement pour soulager les bouffées de chaleur. D'après notre enquête, il ne ressort pas de plante « phare » utilisée dans les troubles climatériques. Les plantes classées parmi les phytoestrogènes tel que le soja ou le trèfle rouge n'ont pas été citées. La balance bénéfice-risque de ces produits est insuffisamment évaluée : le bénéfice sur la fréquence des bouffées de chaleur est modeste et le risque sur l'endomètre (hyperplasie) non écarté d'après un article de la revue Prescrire (50,51).

Respectivement 45,9 % et 39,4 % des médecins généralistes recourant à la phytothérapie affirment utiliser fréquemment la v**igne rouge** et le **marronnier d'Inde**. Plusieurs essais cliniques de bonne qualité, cités dans la thèse de K. Lamour, démontrent une efficacité statistiquement significative de la vigne rouge versus placebo dans les symptômes de l'insuffisance veineuse (notamment une diminution de l'œdème) (52). Pour le marronnier d'Inde, les études rapportées dans cette même thèse semblent conclure à une amélioration statistiquement significative des symptômes de l'insuffisance avec le marronnier d'Inde versus placebo. L'HMPC juge comme « bien établie » l'efficacité de ces deux plantes dans le traitement de l'insuffisance veineuse (53,54), en complément de la contention veineuse habituellement prescrite.

La **menthe poivrée** est fréquemment employée par près de 45 % de nos MG1. Utilisée à visée antispasmodique digestive, l'EMA juge comme « bien établi » l'usage de l'huile essentielle de menthe poivrée dans les douleurs spasmodiques et les symptômes de l'intestin irritable (55,56).

Les vertus alléguées à l'**harpagophyton** sont connues de beaucoup, et les douleurs articulaires sont un motif fréquent de consultation en médecine générale. L'HMPC conclu, sur la base de son utilisation de longue date, que l'harpagophyton peut être employé pour soulager les douleurs articulaires mineures (57). La revue Prescrire rappelle qu'aucune étude n'a démontré que l'utilisation d'harpagophyton diminuait la consommation des antalgiques classiques dans l'arthrose (58). L'HMPC a tiré les mêmes conclusions pour le **saule blanc** (59).

Le **lierre grimpant** et le **plantain** sont très peu utilisés par les médecins généralistes de notre étude (respectivement 15,3 % et 11,2 % des MG1). D'après l'HMPC l'efficacité du lierre grimpant est

scientifiquement bien établie dans le traitement de la toux (60). Il pourrait ainsi être une alternative aux nombreux sirops antitussifs dont les risques d'effets indésirables graves sont de plus en plus décrits (61).

Le **thym** a été cité à plusieurs reprises spontanément par les médecins généralistes de notre étude pour le traitement des pathologies bénignes ORL. Il est couramment employé dans le traitement des toux associée au rhume. D'après les conclusions de l'HMPC, son efficacité repose sur une tradition d'usage (62) (63).

Deux plantes proposées pour lutter contre l'asthénie (reposant sur l'usage traditionnel), **maté** et **noix de Kola** (riches en caféine), sont utilisées de manière anecdotique par nos participants (2,9%), malgré un recours à la phytothérapie dans cette indication pour presque 30% des participants.

3/ Motivations et freins à la pratique de la phytothérapie par les MG

- **Motivations**

✔ **Efficacité des plantes médicinales**

Les résultats de cette étude montrent qu'une grande majorité des MG utilisant la phytothérapie lui attribuent une réelle efficacité. Si l'usage des plantes médicinales est très ancien et repose en partie sur des traditions, les travaux scientifiques sont de plus en plus nombreux. En effet, la rigueur scientifique des recherches en médecine moderne s'impose aussi aux recherches sur la phytothérapie et les MAC en général, afin d'avoir des preuves solides de l'efficacité ou l'inefficacité, l'innocuité ou les risques des plantes médicinales (64). Tout ceci permettrait d'uniformiser les pratiques, de délivrer des informations sûres aux médecins et ainsi d'assurer une sécurité aux patients selon le respect de l'EBM.

Des organismes officiels nationaux ou européens proposent des informations sur la phytothérapie. L' ANSM élabore des recommandations de bonnes pratiques afin de favoriser le bon usage des médicaments y compris ceux issus de plantes (65) (66). L'HMPC, au nom de l'EMA, émet des avis scientifiques sur les substances et préparations à base de plantes. Ce comité donne des informations sur les utilisations recommandées, les conditions de sécurité et les données actuelles de la science concernant l'usage (usage traditionnel ou usage bien établi) (67). D'action similaire l'ESCOP publie les monographies de plantes et contribue, en appuyant les recherches scientifiques, à l'acceptation de la phytothérapie au niveau européen (68). Différents ouvrages de l'OMS mentionnent les indications des plantes médicinales confirmées par des études cliniques, celles des médecines et pharmacopées traditionnelles ainsi que celles relevant d'un usage populaire (69).

✔ **Effet Placebo**

Près d'un tiers des MG prescrivant de la phytothérapie le font au titre de l'effet placebo. L'effet placebo est une réalité thérapeutique, même si le mécanisme en demeure mystérieux (70,71). Les différentes évaluations scientifiques concèdent 30 à 40 % de l'action thérapeutique des médicaments à l'effet placebo (72). La phytothérapie n'échappe pas à ce principe (73). Le « placebo like » ou « placebo impur » correspond au produit contenant une substance active présente en quantité

insuffisante pour prétendre à l'effet pharmacologique allégué à ce produit ou dont l'efficacité n'a pas été démontrée.

✔ **Éviter la prescription de médicaments addictogènes**

Comme dans la thèse de A-L Rathouis, les médecins ont souligné l'intérêt de proposer la phytothérapie en alternative à une prescription de médicaments addictogènes, comme les benzodiazépines, ou afin d'éviter une surconsommation de médicaments allopathiques, voire plus iatrogéniques (29).

Plusieurs articles de La revue Prescrire font état du recours à des plantes médicinales dans la prise en charge de l'insomnie dans l'objectif de reléguer en seconde option la prise de benzodiazépines (32,41). Une étude réalisée en 2002 a suggéré que les médicaments à base de plantes pourraient être une aide au sevrage en benzodiazépine (74).

✔ **Absence de risque**

Si les médecines complémentaires sont parfois aussi appelées « douces » ou « naturelles », elles ne sont pas pour autant dénuées de risque. Les MG interrogés semblent en avoir bien conscience. Seulement une faible proportion des MG recourant à la phytothérapie justifie son utilisation par le fait qu'elle soit sans risque pour leurs patients. Près de 80 % des participants n'attribuent pas un caractère de sécurité d'emploi à l'utilisation des plantes. Dans un communiqué, l'Ordre National des Pharmaciens rappelle qu'une substance n'est pas moins dangereuse parce qu'elle vient de la nature et que l'une des missions du pharmacien est de veiller aux éventuelles interactions des plantes entres elles ou avec d'autres médicaments, ainsi qu'aux effets indésirables (75).

- **Freins**

✔ **Manque de formation**

L'absence de formation personnelle en phytothérapie s'avère être le premier frein à l'utilisation de cette thérapeutique pour les MG de notre étude. Plus de sept MG sur dix l'évoquent ; chiffre proche de celui retrouvé dans le travail de R. Bensemida, s'intéressant exclusivement aux freins à l'utilisation de la phytothérapie par les MG, où plus de la moitié des participants sont tout à fait d'accord avec le fait que le manque de formation au cours des études médicales soit un frein (15). Dans la thèse de C. Robert, les MG réunionnais estiment leur savoir sur les plantes médicinales comme faible ou très faible dans 80 % des cas (17).

Étonnamment, plus de 90 % des MG utilisant la phytothérapie dans notre étude n'ont pas de formation spécifique en phytothérapie. Parmi ceux-ci, près de la moitié seraient intéressés par une formation. *A contrario*, 55 % des MG n'ayant pas recours à la phytothérapie affirment qu'une courte formation en phytothérapie pourrait faire évoluer leur pratique.

Il semble donc que le manque de formation soit un frein à l'usage de la phytothérapie pour les médecins généralistes ne l'utilisant pas. Pour autant une formation en phytothérapie n'apparaît pas comme une nécessité pour les médecins y recourant.

La phytothérapie n'est pas un sujet traité au cours des études de médecine. Pour se former en phytothérapie, certaines facultés proposent des diplômes universitaires ou inter universitaires accessibles dès le 3ème cycle des études médicales. D'autres formations sont proposées par des organismes spécialisés mais sont non reconnues.

D'une manière plus générale concernant les MAC, B. Adamo évalue à plus de 50 % les MG estimant manquer d'informations sur les MAC (19). Une revue de la littérature internationale de 2014 a montré que les étudiants en médecine sont intéressés par une formation sur les thérapies complémentaires au cours de leur cursus, afin d'être aptes à conseiller au mieux leurs patients, en gardant un œil critique et objectif sur ces pratiques (76).

Cette volonté de formation, et surtout d'information, semble être entendue en France puisque depuis peu dans certaines facultés de médecine comme à Rennes, les étudiants de deuxième cycle peuvent bénéficier d'un enseignement optionnel portant sur la médecine intégrative et les thérapies complémentaires.

✔ Preuve scientifique insuffisante ou inefficacité de la phytothérapie

Pour près de quatre MG sur dix ne prescrivant pas de phytothérapie, les preuves scientifiques sont jugées insuffisantes pour pouvoir proposer cette thérapeutique. Un médecin évoque le manque d'étude sur les risques d'interactions médicamenteuses. Une faible proportion de MG semble même réfractaire à la phytothérapie dans notre échantillon en la jugeant d'aucune efficacité.

Une étude nigérienne évaluant les connaissances des pharmaciens et des médecins sur la phytothérapie a montré que 18,5 % des médecins affirment que la phytothérapie n'est pas efficace (77). Cependant, il est vrai qu'à ce jour la majeure partie des études réalisées sur les plantes médicinales sont de niveau de preuve faible à modéré (notamment du fait de biais sur le plan méthodologique). Peu de plantes satisfont les critères d'évaluation tels qu'exigés par la démarche scientifique actuelle. L'efficacité thérapeutique de la majorité des plantes de la Pharmacopée repose sur l'usage traditionnel (plantes utilisées depuis plus de 30 ans dont 15 ans en Union Européenne).

Ces résultats viennent donc contre-balancer la réponse des MG recourant à la phytothérapie dont la motivation première à proposer cette thérapeutique est liée à l'efficacité prouvée des plantes médicinales.

Ceci reflète bien les divergences d'opinion existant au sujet des MAC en France, au sein même des praticiens (2). Face à cette controverse la question ne semble pas tant être de savoir si les médecins sont pour ou contre, mais plutôt de leur donner accès aux bonnes informations afin qu'ils puissent aiguiller leurs patients dans le grand domaine des médecines complémentaires pour leur assurer une sécurité face à l'intérêt grandissant des patients pour les MAC.

✔ Autres

Le manque de temps des MG lors des consultations, le non remboursement des produits à base de plantes et la difficulté d'accès à l'information sont les trois autres freins évoqués dans la thèse de R. Bensemida (15). Ces raisons là n'ont pas été soulevées par les participants de notre étude. Le problème de l'absence de remboursement des produits de phytothérapie, ainsi que la grande

variabilité des prix d'une pharmacie à l'autre, sont aussi évoqués comme des freins par les MG dans l'étude qualitative de A-L Rathouis (29).

La fin du remboursement par la Sécurité Sociale de tout produit phytothérapeutique est survenu en 2006, justifiée par un service médical rendu jugé faible. En 2012, une étude de cohorte est réalisée avec pour objectif de déterminer l'impact à court-terme du déremboursement de la phytothérapie dans le traitement de l'anxiété et l'insomnie. Celle ci a montré que 16 % des patients initialement traités par phytothérapie ont poursuivi leur traitement après le déremboursement de ces produits, 70 % ont arrêté et 14 % les ont remplacés par un hypnotique. Par rapport au groupe témoin, les sujets de la cohorte « phytothérapie » étaient plus susceptibles de recourir à des psychotropes après la fin du remboursement des produits à base de plantes (78).

4/ Difficultés liées à l'usage de la phytothérapie

- **Risques d'interactions médicamenteuses**

Dans notre étude, l'ensemble des médecins semble sensibilisé au risque d'interaction médicamenteuse entre les plantes médicinales et les médicaments conventionnels. Plus de 98 % des praticiens interrogés jugent ce risque présent.

La plante médicinale contient des substances actives qui peuvent interagir avec d'autres médicaments, en augmentant ou diminuant leur biodisponibilité, ou en modifiant leur excrétion. Les mécanismes à l'origine des interactions médicamenteuses sont le plus souvent mal étudiés. Dans la plupart des cas, la connaissance du risque repose sur des cas rapportés. Un article d'une revue médicale suisse décrit les principales interactions médicamenteuses liées aux plantes médicinales (40). Par exemple, le Millepertuis, utilisé dans la dépression, est l'une des rares plantes ayant fait l'objet de recherche scientifique sur son potentiel d'interaction médicamenteuse. Inducteur enzymatique, il diminue la concentration plasmatique des médicaments dégradés par le système des cytochromes (immunodépresseurs, certains antirétroviraux, contraceptifs oraux …). En 2000, l'AFSSAPS (actuelle ANSM) alertait déjà sur les risques liés à l'emploi du Millepertuis (79).
Devant des effets indésirables ou une efficacité brutalement réduite d'un médicament, le praticien se doit d'interroger le patient sur un changement dans son traitement conventionnel mais aussi sur une éventuelle consommation de plantes médicinales.

La réalisation d'une ordonnance de phytothérapie peut être une solution pour assurer une certaine sécurité en permettant au pharmacien d'avoir une vue d'ensemble du traitement. Nos résultats montrent que trois quart des médecins prescrivant de la phytothérapie rajoutent le nom du produit ou de la plante sur l'ordonnance de traitement habituel. La sécurité semble plus difficile à assurer lorsqu'il s'agit d'un conseil oral ou que la recommandation de la prise d'une plante médicinale n'émane pas d'un professionnel de santé.

- **Défaut de communication**

Une donnée fait l'unanimité dans les travaux portant sur la phytothérapie : les patients n'informent pas systématiquement leur médecin de leur consommation de plantes médicinales et le sujet est trop rarement abordé en consultation (80,64).

Dans une grande majorité des cas, le patient consomme un produit à base de plante sans en demander l'avis à son médecin. De nombreux travaux relatent le défaut de communication entre patient et médecin au sujet de la consommation de plantes médicinales, comme dans cette thèse martiniquaise où 60,8 % des patients affirment ne pas dire à leur médecin qu'ils utilisent les plantes médicinales (30). Une enquête réalisée auprès des médecins généralistes réunionnais, île où la consommation de plantes médicinales est ancrée dans les habitudes de la population, s'intéressait à la communication entre patient et médecin à ce sujet. Selon les patients, les principaux freins à parler de l'usage des plantes médicinales sont : l'absence de la perception du risque en lien avec un produit naturel, le manque de connaissance du médecin, le manque de disponibilité de ce dernier, le clivage entre médecine moderne et médecine traditionnelle avec la crainte des préjugés ou du jugement (16).

Étonnamment dans notre étude, plus de 80 % des médecins ne recourant pas à la phytothérapie affirment que les patients évoquent leur consommation de plantes médicinales avec eux. Ceci permet de dire que même si le médecin n'est pas prescripteur de phytothérapie, le patient lui parle de son recours aux plantes.

Le défaut de communication semble être une tendance générale des MAC. Eisenberg montre que 63 à 72 % des patients n'informent pas les médecins de leur utilisation d'une médecine complémentaire (81). Plusieurs études montrent que les médecins sous-estiment la fréquence d'utilisation des MAC par leurs patients (82,83).

Ouvrir le dialogue en consultation, libérer la parole sans peur du jugement, ou encore interroger le patient sur sa consommation de thérapies complémentaires, et notamment de phytothérapie, permettraient donc de garantir plus de sécurité aux patients vis-à-vis de leur usage des plantes médicinales et autres pratiques.

- **Manque de standardisation et de conseil avisé**

Une autre difficulté dans l'usage de la phytothérapie a été soulevée par l'un des participants de notre étude : le choix de la bonne posologie. En effet, les spécialités de phytothérapie fleurissent dans les pharmacies, mais tous ces produits sont-ils équivalents en terme de composition, et comment s'y retrouver ? (84)

Il existe en effet un problème de standardisation à différents niveaux face à cette diversité de produits.

La forme traditionnelle d'administration est la tisane. Diverses formes se sont développées depuis plusieurs années : poudre de plante, extrait fluide, extrait sec … En modifiant les procédés d'extraction, l'efficacité allouée à la plante n'est pas certifiée : les molécules actives extraites peuvent variées et de ce fait l'effet attendu aussi. L'équivalence posologique n'est pas toujours garantie au vu des nombreuses formes galéniques disponibles (gélules de poudre de plantes, tisane, extraits hydro-alcooliques…), et parfois des calculs d'apothicaires sont nécessaires pour s'assurer que la posologie ou la dose est adaptée. Ainsi, il est parfois difficile de connaître la dose exacte en substances utilisées et donc de définir la posologie adéquate, pouvant de ce fait mettre en doute l'efficacité du produit (85,86).

L'uniformité de tous les produits à base de plantes est d'autant plus difficile à établir lorsque les molécules actives ne sont pas identifiées.

Des incohérences et insuffisances au sein des listes de plantes existent, puisque certaines plantes de la Pharmacopée, donc médicinales, peuvent être utilisées dans les compléments alimentaires alors qu'ils ne peuvent eux-mêmes prétendre à un effet thérapeutique. C'est ici que règne une grande confusion (87).

Les compléments alimentaires à base de plantes, s'affranchissant de l'avis de l'ANSM, ainsi moins contraignants à produire, se développent de plus en plus sur le marché de la phytothérapie, au dépend des phytomédicaments qui sont eux garants d'une qualité pharmaceutique, conformité et sécurité (88,65). Le contrôle, *a posteriori*, des compléments alimentaires est soumis à la DGCCRF.
Entre phytomédicaments et compléments alimentaires, variétés de modes d'extraction et d'administration, proposer le produit adapté, pour garantir un bon usage en toute sécurité, s'avère alors une tache délicate.

Certains produits à base de plante pouvant être vendus hors officine, le conseil accompagnant l'achat ne provient pas nécessairement d'un professionnel de santé et les consignes de précaution d'emploi ne sont pas toujours de qualité ou adaptées pour assurer une sécurité. Toutefois le conseil officinal a bien ici toute sa place et son importance (86).
Un débat est toujours d'actualité en France, celui du retour de la formation d'herboriste qui pourrait permettre un encadrement des pratiques et ainsi assurer un emploi des plantes plus sécurisé (89,90).

5/ La phytothérapie et les MAC : pour une prise en charge globale du patient et de sa santé

- **Complémentarité plus que concurrence**

Dans notre étude, 31,2 % des médecins utilisent la phytothérapie à visée préventive et 87,6 % à visée curative. Ils sont près de la moitié à la proposer en complément d'un traitement conventionnel.
Du côté des patients, dans sa thèse M. Luce estime que 45,9 % des patients utilisent les plantes médicinales en complément d'un traitement classique et 24,7 % en prévention (30).
Le sondage TNS Sofres de 2011 retrouve que 35 % des patients consomment des plantes médicinales en complément d'un traitement conventionnel,43 % en prévention, et une proportion non négligeable (28%) donne la priorité à la phytothérapie (10).
L'utilisation de la phytothérapie en complément d'un traitement classique plutôt qu'en alternative est confirmée dans l'étude de L. Simon où le recours au MAC par les patients d'oncologie est exclusivement complémentaire, ne se substituant pas à la démarche oncologique classique (91).

- **Croyances et traditions dans la médecine moderne**

A l'heure d'une médecine basée sur les preuves et où l'efficacité d'un traitement ou d'une pratique doit être prouvée par des essais cliniques rigoureux, notre étude montre que la part des croyances et des traditions dans notre pratique n'est pas négligeable. La Valériane et la Passiflore sont les deux plantes le plus citées dans notre étude ; ce sont aussi celles qui ont le niveau de convergence de preuve scientifique le moins bien étayé. La phytothérapie dans son ensemble repose sur une transmission orale et une tradition d'usage, et les études de bonne qualité sont encore rares dans ce domaine.

Le poids des traditions et des croyances, même dans la médecine actuelle, est encore présent, et toute décision thérapeutique, notamment en médecine générale où les prises en charge se

doivent d'être d'autant plus adaptées à chaque individu, ne repose pas toujours sur des données d'EBM (92). Le rôle de médecin généraliste est de proposer le soin le plus adapté à son patient, eu égard des données actuelles de la science, en prenant en compte le contexte, l'aspect socio-culturel, les croyances et les besoins du patient.

- **Patient acteur de sa santé**

Avoir recours aux médecines complémentaires traduit le plus souvent une volonté du patient de participer au processus thérapeutique (93). C'est une démarche active et personnelle (recherche d'un traitement ou d'un thérapeute) permettant au patient d'être acteur de ses soins comme l'a montré J. Martin dans sa thèse s'intéressant aux représentations sociales de la phytothérapie chez les patients en médecine générale (94). C'est principalement le cas pour les patients souffrant de maladies chroniques ou de maux du quotidien pouvant retentir sur la qualité de vie.

- **Médecine intégrative**

L'utilisation de médecines complémentaires relève rarement d'un refus du traitement conventionnel mais plutôt de la recherche de satisfaire d'autres besoins auxquels le traitement classique ne pourrait répondre : recherche d'un mieux-être, d'un confort de vie ? Il ne s'agit pas d'une substitution de traitement mais de compléter la réponse apportée par la médecine moderne par d'autres pratiques, afin d'améliorer la santé du patient d'un point de vue global (95).

De cette volonté d'associer les MAC dans le système de santé classique pour proposer une médecine de qualité, intégrant toutes les modalités qui peuvent contribuer à la santé, est née dans les pays anglo-saxons le concept de médecine intégrative. Cette médecine implique dans la prise en charge le patient comme le médecin, en s'intéressant au patient dans sa globalité : sa personnalité, sa maladie, son mode de vie, ses attentes et sa réflexion personnelle (96,97,98).

6/ Forces, Limites et Perspectives

- **Forces de l'étude**

La force de cette étude réside dans le fait qu'elle traite d'un sujet peu exploré du point de vue des médecins généralistes. Les études existantes dans le domaine de la phytothérapie concernent plutôt la consommation par les patients. Les principales enquêtes ont été réalisées dans les DOM-TOM où l'usage des plantes médicinales est une tradition bien ancrée dans le quotidien de la population et des médecins. Une étude quantitative avec un objectif similaire d'évaluation des pratiques des médecins généralistes a été réalisée à La Réunion (17), mais il n'existe pas de travaux de ce type en métropole. Les médecins généralistes bretons n'avaient jamais été interrogés sur ce sujet au cours des dernières années. Avec ce travail, outre le fait qu'il met en avant un intérêt d'une partie des médecins généralistes pour la phytothérapie, sont maintenant connues les principales indications et plantes utilisées en pratique par les médecins généralistes dans notre région.

Le taux de réponse de 14,6 % est relativement raisonnable pour ce type d'étude quantitative, constituant une taille d'échantillon satisfaisante pour l'interprétation des données.

- **Limites de l'étude**

Notre échantillon n'est pas totalement représentatif de notre population cible. En effet, il ne correspond pas *stricto sensu* à notre population cible au niveau des caractéristiques générales. Notre échantillon est plus jeune et majoritairement féminin en comparaison aux caractéristiques données par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2015 à propos des médecins généralistes des trois départements bretons pris en compte (99). Nos résultats sont, de ce fait, non généralisables à la population cible. Cette absence de représentativité fait probablement suite à un biais de sélection, et plus précisément à un biais de volontariat lui même lié au mode de recrutement des participants. En effet, il est très probable que les médecins ayant répondu aux questionnaires soient des médecins sensibilisés aux médecines complémentaires et à la phytothérapie. Ceci explique ainsi que le chiffre global de l'utilisation de la phytothérapie en pratique quotidienne soit surestimé dans cette étude par rapport aux données retrouvées dans la littérature et décrites précédemment.

Nos estimations et résultats correspondent ainsi plutôt à une population intéressée par la phytothérapie dans la population des médecins généralistes plutôt qu'à la population de médecins généralistes globale.

- **Perspectives**

Face à l'intérêt des MG pour la phytothérapie, il pourrait être intéressant de développer un enseignement de phytothérapie simple, concis et adapté à la pratique du médecin généraliste, au cours des études de santé ou en formation continue. L'objectif serait qu'ils puissent conseiller au mieux leurs patients, être sensibilisés à la potentielle utilisation de plantes médicinales de leur patient, ouvrir la discussion à ce sujet en consultation, dans le but de garantir une plus grande sécurité du patient.

De plus, il pourrait être utile de réaliser des fiches « mémo » par plante (indications, effets indésirables, interactions médicamenteuses, forme et posologie) d'après les indications et plantes citées dans ce travail. Il s'agirait d'un outil d'aide à la prescription de la phytothérapie, pratique et sécuritaire, pour les médecins généralistes, pour la plupart non formés en phytothérapie.

La réalisation d'une enquête similaire auprès des patients et des pharmaciens pourrait avoir un intérêt afin de comparer les résultats (motifs, plantes ...) entre ces différentes populations.

Compléter ce travail en interrogeant spécifiquement les MG prescripteurs de phytothérapie sur leur rédaction d'ordonnance de phytothérapie (format de l'ordonnance, nom de plante, de spécialité, indication de la posologie …) pourrait s'avérer intéressant.

L'automédication en phytothérapie étant relativement fréquente, et le désir d'autonomie du patient dans sa prise en charge de plus en plus souhaité, il pourrait être opportun de proposer des ateliers d'éducation thérapeutique sur la phytothérapie aux patients, afin de leur donner les informations adaptées à une bonne utilisation des plantes médicinales (tant au niveau de la sécurité, qu'au niveau du choix des produits de qualité …)

Conclusion

Cet état des lieux rend compte de l'intérêt d'une partie des médecins généralistes pour la phytothérapie, particulièrement dans deux indications : troubles du sommeil et anxiété. Ainsi, pour certains motifs bénins de médecine générale, le recours à la phytothérapie pourrait permettre d'élargir l'arsenal thérapeutique.
Le développement de la phytothérapie et l'attrait connu des patients pour celle-ci méritent que le médecin généraliste soit conscient de l'utilisation de tels produits par ses patients.

Toutefois, les données scientifiques encore insuffisantes et notamment les risques d'interactions médicamenteuses, l'absence de formation en phytothérapie des médecins, ainsi que le manque de standardisation et d'harmonisation des produits, et la complexité de la réglementation dans ce domaine, rendent délicate l'utilisation de la phytothérapie en pratique par le médecin généraliste.

Pour garantir la sécurité du patient, le travail complémentaire du médecin généraliste et du pharmacien a toute son importance, d'autant plus en matière de phytothérapie, afin d'optimiser les prises en charge.

Éduquer le patient à sa santé et l'inciter à être plus critique vis-à-vis des produits « naturels » qu'il consomme seront gages de sécurité pour lui. Une bonne communication entre le patient et le médecin généraliste au sujet de sa consommation de plantes médicinales favoriserait un bon usage.

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2013.

2. Suissa V, Guérin S, Denormandie P. Médecines complémentaires et alternatives pour ou contre Regards croisés sur la médecine de demain. Michalon Editeur; 2019.

3. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? [Internet]. NCCIH. 2011 [cité 14 août 2019]. Disponible sur: https://nccih.nih.gov/health/integrative-health

4. Quelle place pour les médecines complémentaires? [Internet]. Ordre national des médecins. 2015 [cité 6 août 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/intro

5. Homéopathie & médecines alternatives et complémentaires : les patients et les médecins sont à front renversé [Internet]. Odoxa. [cité 21 juin 2020]. Disponible sur: http://www.odoxa.fr/sondage/homeopathie-autres-medecines-alternatives-complementaires-patients-medecins-a-front-renverse/

6. Médecine fondée sur des preuves [Internet]. Cochrane Canada Francophone. [cité 21 juin 2020]. Disponible sur: /m%C3%A9decine-fond%C3%A9e-sur-des-preuves

7. Quelle place donner aux médecines complémentaires? Bulletin d'information de l'ordre national des médecins; 2012.

8. OMS | Médecine traditionelle: définitions [Internet]. WHO. [cité 12 juill 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/fr/

9. Médecine Traditionnelle : Besoins Croissants et Potentiel. Perspect Polit OMS Sur Médicam. Mai 2002;

10. TNS sofres. Observatoire sociétal du médicament [Internet]. 2011 mai [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: https://www.leem.org/sites/default/files/1525_0.pdf

11. Les plantes médicinales de la Pharmacopée française [Internet]. Société Française d'Ethnopharmacologie. [cité 13 août 2019]. Disponible sur: http://www.ethnopharmacologia.org/documentation/les-plantes-pharmacopee-francaise/

12. Bureau L. Veille réglementaire – Synthèse et commentaires. Phytothérapie. 2008;(6):312-5.

13. Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC) [Internet]. European Medicines Agency. 2018 [cité 14 juill 2020]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en/committees/committee-herbal-medicinal-products-hmpc

14. Bureau L. Réglementation et plantes médicinales, de quoi en perdre son latin…. Phytothérapie. 2016;(14):205.

15. Bensemida R. Étude des freins de la sous utilisation de la phytothérapie par les médecins généralistes dans le Nord Pas de Calais [Thèse méd]. Faculté de médecine Henri Warembourg: Lille 2 Droit et Santé; 2014.

16. Boissière M. Consommation des plantes médicinales par les patients suivis en cabinet de médecine générale à La Réunion :expériences, représentations et ressentis des patients dans le cadre de la communication médecin-patient [Thèse méd]. Université Bordeaux - UFR des Sciences Médicales; 2018.

17. Robert C. Construction d'un outil d'information sur les plantes médicinales de la Réunion adapté aux besoins des médecins généralistes [Thèse méd]. Université Bordeaux – UFR des Sciences Médicales; 2017.

18. Morin C. Élaboration d'un guide pratique de phytothérapie à destination des pharmaciens officinaux et des étudiants en pharmacie [Thèse pharma]. Université Rennes 1 Santé; 2015.

19. Adamo B. Perception et utilisation des médecines non conventionnelles par les médecins généralistes [Thèse méd] Faculté de Médecine de Bobigny : Paris 13; 2012.

20. Joos S, Musselmann B, Szecsenyi J. Integration of complementary and alternative medicine into family practices in Germany: results of a national survey. Evid-Based Complement Altern Med ECAM. 2011;2011:495813.

21. Ross S, Simpson CR, McLay JS. Homoeopathic and herbal prescribing in general practice in Scotland. Br J Clin Pharmacol. Juin 2006;62:6:647–652.

22. Nedellec E. Représentations des médecins généralistes à propos des médecines non conventionnelles: étude qualitative sur 15 médecins d'Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice]. Université européenne de Bretagne; 2015.

23. Träger-Maury S, Tournigand C, Maindrault-Goebel F, Afchain P, de Gramont A, Garcia-Larnicol M-L, et al. Utilisation de médecine complémentaire chez les patients atteints de cancer dans un service de cancérologie français. Bull Cancer (Paris). 1 nov 2007;94(11):1017-25.

24. Cizmesija T, Bergman-Marković B. Use of complementary and alternative medicine among the patients in primary health care. Acta Medica Croat Cas Hravatske Akad Med Znan. Févr 2008;62(1):15-22.

25. Zhang Y, Jones B, Ragain M, Spalding M, Mannschreck D, Young R. Complementary and alternative medicine use among primary care patients in west Texas. South Med J. Déc 2008;101(12):1232-7.

26. Mayer-Lévy C. Recours aux Médecines Complémentaires et Alternatives parmi les patients de Médecine Générale à Paris [Thèse méd]. Université Paris 5: Faculté de Médecine Paris Descartes; 2010.

27. Thiriat F. Le recours aux médecines complémentaires et alternatives en milieu rural [Thèse méd]. Université de Lorraine: Faculté de médecine de Nancy; 2012.

28. Flandrin Mouallem A. Perception des Médecines Alternatives et Complémentaires par les Médecins Généralistes par la méthode du Focus group [Thèse méd]. Université de Nantes; 2013.

29. Rathouis A-L. Enquête exploratrice sur la pratique régulière de la phytothérapie en médecine générale [Thèse méd]. Université de Nantes; 2014.

30. Luce ML. Recours aux plantes médicinales locales en Martinique: une double enquête patients, médecins généralistes [Thèse méd]. Université de Nice-Sophia-Antipolis; 2015.

31. Bertrand M. La phytothérapie dans le traitement de l'insomnie [Thèse pharma]. Université de Lorraine; 2017.

32. Plainte d'insomnie Une place pour la phytothérapie traditionnelle. Rev Prescrire. févr 2005;25(258):110-4.

33. Allaert FA. Évaluation d'une phytothérapie dans le traitement des troubles mineurs du sommeil et de l'anxiété légère. La lettre du Psychiatre. Juin 2009;5(3):66-70.

34. Rouger C, Derbré S. Proposer les solutions de phytothérapie adaptées pour combattre les troubles du sommeil. Actual Pharm. déc 2014;53(541):47-52.

35. Corbisier M. Utilisation des plantes médicinales en rhumatologie : évaluation de la prévalence et des facteurs socio-démographiques et médicaux associés [Thèse méd]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015.

36. Cazau-Beyret N. Prise en charge des douleurs articulaires par aromathérapie et phytothérapie [Thèse pharma]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013.

37. Villeneuve E. Place de la phytothérapie dans la prise en charge des douleurs articulaires chroniques à l'officine [Thèse Pharma]. Université de Limoges; 2017.

38. Donazzan A. La phytothérapie comme alternative naturelle pour soigner les troubles digestifs [Thèse pharma]. Faculté de Pharmacie Lille; 2019.

39. Parvathy M, Sibbritt DW, Adams J. The use of herbal medicines for the treatment of menopausal symptoms. Australian Family Physician. nov 2004;33(11):955-6.

40. Fattinger K, MeierAbt A. Interactions entre phytothérapie et médicaments. Forum Méd Suisse – Swiss Med Forum. Juill 2003;29/30:693-700

41. Mauvais sommeil chez un adulte. Premiers choix prescrire - La Revue Prescrire. Oct 2019.

42. Pivault-Bruchet E-E. Mise en évidence de l'efficacité de la phytothérapie dans les domaines stress, sommeil et vitalité: les évaluations thérapeutiques [Thèse pharma]. Université Rennes 1 Santé; 2011.

43. Salter S, Brownie S. Treating primary insomnia The efficacy of valerian and hops. Australian Family Physician. juin 2010;39(6):433-7.

44. Miyasaka LS, Atallah ÁN, Soares B. Valerian for anxiety disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2006.

45. Miroddi M, Calapai G, Navarra M, Minciullo PL, Gangemi S. *Passiflora incarnata* Ethnopharmacology, clinical application, safety and evaluation of clinical trials. Ethnopharmacol. 12 déc 2013;150(3):791-804.

46. Miyasaka LS, Atallah ÁN, Soares B. Passiflora for anxiety disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2007.

47. *Melissae folium* [Internet]. European Medicines Agency. 2018 [cité 14 juill 2020]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/herbal/melissae-folium

48. *Crataegi folium cum flore* [Internet]. European Medicines Agency. 2018 [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/herbal/crataegi-folium-cum-flore

49. Millepertuis et états dépressifs Au mieux une légère efficacité, mais de nombreuses interactions à prendre en compte. La Revue Prescrire. mai 2004;24(250):362-9.

50. Les phytoestrogènes chez les femmes ménopausées Peu d'effets avérés pour un risque qui reste à évaluer. La Revue Prescrire. sept 2003;23(242):603-9.

51. Phytoestrogènes: hyperplasie de l'endomètre. La Revue Prescrire. janv 2006;26(268):26.

52. Lamour K. Phytothérapie et troubles de la circulation veineuse [Thèse pharma]. Université Rennes 1 Santé; 2010.

53. *Aesculus hippocastanum L.*, semen [Internet]. European Medicines Agency. 2018 [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/herbal/aesculus-hippocastanum

54. *Vitis viniferae* folium [Internet]. European Medicines Agency. 2018 [cité 14 juill 2020]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/herbal/vitis-viniferae-folium

55. *Mentha piperita* L., Aethorelum. [Internet]. European Medicines Agency. 2007 [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/herbal/mentha-piperita

56. Le Guillou M-A. Phytothérapie, aromathérapie et ballonnements [Thèse pharma]. Université Rennes 1 Santé; 2012.

57. *Harpagophyti radix* [Internet]. European Medicines Agency. 2018 [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/herbal/harpagophyti-radix

58. Harpagophytum et arthrose Au mieux, une faible efficacité antalgique. La Revue Prescrire. mars 2009;25(259):218-20.

59. *Salicis cortex* [Internet]. European Medicines Agency. 2018 [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/herbal/salicis-cortex

60. *Hederae helicis folium* [Internet]. European Medicines Agency. 2018 [cité 14 juill 2020]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/herbal/hederae-helicis-folium

61. Médicaments de la toux et du rhume: des effets indésirables trop graves face à des troubles bénins. La Revue Prescrire. oct 2009;29(312):751-3.

62. *Thymi herba* [Internet]. European Medicines Agency. 2018 [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/herbal/thymi-herba

63. Wargnier A. Phytothérapie de la sphère respiratoire, conseil à l'officine [Thèse pharma] Université Rennes 1 Santé; 2012.

64. Graz B, Rodondi P, Bonvin E. Existe-t-il des données scientifiques sur l'efficacité clinique des médecines complémentaires? Forum Méd Suisse. 9 nov 2011;11(45).

65. Les médicaments à base de plantes - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 12 juill 2019]. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/Activites/Medicaments-a-base-de-plantes/Les-medicaments-a-base-de-plantes/(offset)/0

66. Comment un médicament à base de plantes est-il autorisé? - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 12 juill 2019]. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/Activites/Medicaments-a-base-de-plantes/Comment-un-medicament-a-base-de-plantes-est-il-autorise/(offset)/1

67. Herbal medicinal products [Internet]. European Medicines Agency. 2018 [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/herbal-medicinal-products

68. ESCOP's products [Internet]. ESCOP. [cité 14 juill 2020]. Disponible sur: https://escop.com/escop-products/

69. OMS. The International Pharmacopoeia [Internet]. [cité 14 juill 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/phint/en/p/about/

70. Rouy J-L. Suggestion, placebo et mensonge. Exercer. 2008;(87):82-8.

71. Collin J. Rationalité et irrationalité à l'origine du mésusage des médicaments. ADSP. juin 1999; (27):55-8.

72. Boussageon R, Gueyffier.F, Moreau A, Boussageon V. La difficile mesure de l'effet placebo. Thérapie. Mai-juin2006;61(3):185-90.

73. Bureau L. La phytothérapie pertinente. ALTAL Éditions; 112 p.

74. Poyares DR, Guilleminault C, Ohayon MM, Tufik S. Can valerian improve the sleep of insomniacs after benzodiazepine withdrawal? Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. avr 2002;26(3):539-45.

75. Ordre National des Pharmaciens. Les plantes médicinales requièrent la plus grande attention [Internet]. 2012 mai [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: http://internet.ordre.pharmacien.fr/content/download/13768/202867/version/3/file/CP-Plantes-medicinales.pdf

76. Joyce P, Wardle J, Zaslawski C. Medical student attitudes towards complementary and alternative medicine (CAM) in medical education: a critical review. J Complement Integr Med. 1 déc 2016;13(4):333-45.

77. Fakeye TO, Onyemadu O. Evaluation of knowledge base of hospital pharmacists and physicians on herbal medicines in Southwestern Nigeria. Pharm Pract. 2008;6(2):88-92.

78. França LR, Vidal C, Bourechak N, Jeunne PL, Deville GS-C, Massol J. A cohort study of therapeutic prescriptions after the end of phytotherapy drug reimbursement by French Social Security. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2013;22(7):760-8.

79. AFSSAPS. Risques liés à l'utilisation du millepertuis. 2000.

80. Phytothérapie: rarement signalée spontanément. Rev Prescrire. janv 2006;26(268):27.

81. Eisenberg DM, Kessler RC, Van Rompay MI, Kaptchuk TJ, Wilkey SA, Appel S, et al. Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both: results from a national survey. Ann Intern Med. 4 sept 2001;135(5):344-51.

82. Giveon SM, Liberman N, Klang S, Kahan E. A survey of primary care physicians' perceptions of their patients' use of complementary medicine. Complement Ther Med. déc 2003;11(4):254-60.

83. Xu S, Levine M. Medical residents' and students' attitudes towards herbal medicines: a pilot study. Can J Clin Pharmacol J Can Pharmacol Clin. 2008;15(1):e1-4.

84. Bureau L. Simples ?…, pas si simple, tout simplement…. Phytothérapie. 2010;(8):275–276.

85. Tits M. Place et importance de la phytothérapie en thérapeutique moderne. Conférence. Faculté Universitaire Notre-Dame-de la Paix Belgique. 2010.

86. Plantes médicinales : cultivez votre longueur d'avance! [Internet]. Ordre des Pharmaciens. 2013 [cité 12 juill 2019]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/131067/682045/version/2/file/J31-Dossier-PlantesMedicinalesCultivezLongueurAvance.pdf

87. Bureau L. L'arrêté «Plantes et compléments alimentaires» :la phytothérapie remise en question. Phytothérapie. 2014;(12):265-83.

88. Les compléments alimentaires | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. [cité 14 juin 2020]. Disponible sur: https://www.anses.fr/fr/content/les-compl%C3%A9ments-alimentaires-0

89. Imbert C. Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur le développement de l'herboristerie et des plantes médicinales, des filières et métiers d'avenir. Sénat République Française. Septembre 2018.

90. Bureau L. Tisane : nutraceutique ou pharmaceutique ? Phytothérapie. 2012;(10):245–250.

91. Simon L, Prebay D, Bretz A. Médecines complémentaires et alternatives suivies par les patients cancéreux en France. Bull Cancer. mai 2007;94(no 5):483-8.

92. Bizouarn P. Pratique et critique de l'evidence-based medicine. L'information psychiatrique. 2005;81:9.

93. Bégot A. Traitements conventionnels et traitements parallèles : regards croisés. Sci Soc Sante. 2007;Vol. 25(2):101-6.

94. Martin J. Les représentations sociales de la phytothérapie chez les patients en médecine générale [Thèse méd]. Université de Tours; 2017.

95. O.p J-MG. Évaluation des médecines alternatives. Etudes. 31 janv 2013;418(2):173-84.

96. Gallois P. Les médecines alternatives,leur place dans une vision globale des soins. Médecine. Nov 2018;373:388-90.

97. Célestin-Lhopiteau I. « La médecine intégrative ». [Vidéo]. Août 2019. YouTube [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?reload=9&v=pW45fB5UB24#action=share

98. Reynaudi M. Pour un label de thérapeute non conventionnel ? La revue du praticien Médecine générale. Déc 2012;26(891):806-807.

99. Le Breton-Lerouvillois G. La démographie médicale en région Bretagne Situation en 2015. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2015.

Liste des abréviations

MAC : Médecines Alternatives et Complémentaires

ANSM :Agence Nationale de Sécurité du Médicament

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

EMA : European Medecine Agency

HMPC : Committee on Herbal Medicinal Products

MG : Médecin(s) Généraliste(s)

EBM : Evidence Based Medicine

ESCOP : European Scientific Cooperative on Phytotherapy

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DGCCRF : Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire diffusé aux médecins généralistes via la plateforme Limesurvey

https://enquetes-partenaires.univ-rennes1.fr/index.php/362447?lang=fr

La première question A1 était proposée à tous les participants.

Si la réponse à la question A1 était:
- OUI : le questionnaire comprenait les question B1 à F2.
- NON : le questionnaire comprenait les questions G1 à J4.

* : *réponse à choix unique*

Bonjour,
Je suis interne de médecine générale en 6ème semestre à Rennes et réalise mon travail de thèse sur le recours à la phytothérapie par les médecins généralistes bretons. Celui ci est dirigé par Mme Polard Elisabeth (Pharmacien Hospitalier Service de Pharmacovigilance - CHU Rennes) et Mme Lohezic-Le Devehat Françoise (Docteur en Pharmacie - MCU Faculté de Pharmacie Rennes).
Que vous ayez recours ou non à la phytothérapie dans votre pratique quotidienne votre avis nous intéresse !
Le temps de réponse au questionnaire est estimé à 5 minutes. Je vous remercie d'avance du temps que vous consacrerez à y répondre.

Elsa Durczak

A1. Avez-vous recours à la phytothérapie dans votre pratique de médecine générale ? *

Oui Non

B1. Quel âge avez-vous? * *(réponse libre)*

B2. Vous êtes * :
Une femme
Un homme*

B3. Dans quel milieu exercez-vous ? *
Rural
Semi-rural
Urbain

B4. Avez-vous une formation spécialisée en phytothérapie ? *
Oui Non

B5. Si oui, laquelle ? *(réponse libre)*

B6. Si non, une formation vous intéresserait-elle ? *
Oui Non

C1. De manière générale, à quelle fréquence recourez-vous à la phytothérapie ? *
> ou = 1 fois par journée de consultation
< 1 fois par jour et > 1 fois par semaine
< 1 fois par semaine

C2. Pour quels motifs, et à quelle fréquence pour chacun, pouvez-vous avoir recours à la phytothérapie ?

	Jamais	Rarement	Souvent	Très fréquemment
Anxiété				
Asthénie				
Ballonnements				
Constipation				
Douleurs Articulaires				
Insuffisance veineuse				
Reflux				
Toux				
Troubles de la ménopause				
Troubles du sommeil				

C3. Parmi les plantes suivantes lesquelles avez-vous l'habitude de recommander ?

	Oui	Non
Harpagophyton		
Lierre grimpant		
Marronnier d'Inde		
Maté		
Mélisse		
Menthe poivrée		
Millepertuis		
Noix de Kola		
Passiflore		
Plantain		
Sauge sclarée		
Saule blanc		
Valériane		
Vigne rouge		

C4. Recommandez-vous fréquemment des plantes non listées ci dessus ? *
Oui Non

C5. Si oui, lesquelles et pour quelles indications ? *(réponse libre)*

D1. Quelles sont vos motivations et raisons pour recourir à la phytothérapie ? *(réponse à choix multiple)*
Certaines plantes ont une efficacité réelle pour certaines indications
L'utilisation des plantes médicinales est dénuée de risque pour le patient
Pour l'effet placebo
Autre *(réponse libre)*

D2. Dans quel contexte proposez-vous principalement la phytothérapie ? *(réponse à choix multiple)*
En préventif
En curatif
En complément d'un traitement allopathique
Autre *(réponse libre)*

D3. Comment venez-vous à recourir à la phytothérapie le plus souvent ? *
Je propose spontanément
Le patient me demande mon avis sur l'utilisation d'une plante ou d'un produit ou m'interroge sur cette thérapeutique
Autre *(réponse libre)*

E1. Pour vous, plante est-il synonyme de sécurité d'emploi ? *
Oui Non

E2. Pensez-vous que certaines plantes puissent interagir avec un traitement conventionnel (interactions médicamenteuses) ? *
Oui Non

E3. Rédigez-vous une « prescription » de phytothérapie ? *(réponse à choix multiple)*
Oui, je rédige une ordonnance indépendante
Oui, je rajoute le nom de la plante (ou du produit) sur l'ordonnance de traitement habituel
Non, c'est un conseil donné à l'oral
Non, je propose au patient de prendre conseil auprès du pharmacien ou d'un autre professionnel de santé formé dans ce domaine
Autre *(réponse libre)*

F1. Avez-vous parfois recours à d'autres thérapies complémentaires ?*
Oui Non

F2. Si oui, la ou lesquelles ? *(réponse à choix multiple)*
Acupuncture
Aromathérapie
Homéopathie
Hypnose
Ostéopathie
Autre *(réponse libre)*

G1. Quel âge avez-vous ? * *(réponse libre)*

G2. Vous êtes * :
Une femme
Un homme

G3. Dans quel milieu exercez-vous ? *
Rural
Semi-rural
Urbain

G4. Avez-vous une formation spécialisée ou complémentaire ? *
Oui Non

G5. Si oui laquelle ? *(réponse libre)*

H1. Vos patients évoquent-ils parfois avec vous le recours aux plantes médicinales ? *
Oui Non

I1. Pour vous, plante est-il synonyme de sécurité d'emploi ? *
Oui Non

I2. Pensez-vous que certaines plantes puissent interagir avec un traitement conventionnel (interactions médicamenteuses) ? *
Oui Non

J1. Pour quelles raisons n'avez-vous pas recours à la phytothérapie ? *(réponse à choix multiple)*
Je ne crois pas en l'efficacité de cette thérapeutique
Il n'y a pas de preuve scientifique suffisante pour que je la conseille
Je ne suis pas formé dans ce domaine
Je n'y ai pas recours directement mais oriente les patients vers des professionnels s'ils sont demandeurs
Autre *(réponse libre)*

J2. Si une courte formation vous était proposée, pensez-vous qu'elle pourrait faire évoluer vos pratiques en matière de phytothérapie ? *
Oui Non

J3. Avez-vous parfois recours à d'autres thérapies complémentaires ? *
Oui Non

J4. Si oui, la ou lesquelles ? *(réponse à choix multiple)*
Acupuncture
Aromathérapie
Homéopathie
Hypnose
Ostéopathie
Autre *(réponse libre)* _____

Merci de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et du temps que vous avez consacré pour répondre à ce questionnaire.

Annexe 2 : Formations spécialisées en phytothérapie réalisées par les MG1 (réponse libre)

Formations	Nombre de MG1 ayant une formation en phytothérapie (n=15)
Diplôme Universitaire	7
- Phyto-aromathérapie (Nantes/Bobigny)	6
- Naturopathie Bobigny	2
Revues/livres	2
Séminaires , congrès	2
Laboratoire (Boiron)	1
Pharmacopée chinoise	1
Autres réponses :	
- Société homéopathique Bretagne	1
- Micronutrition	1
- Pneumoallergologue	1

Annexe 3: Fréquence du recours à la phytothérapie en fonction du motif de consultation, par les MG1 (n=170), par ordre décroissant de fréquence

	Jamais	Rarement	Souvent	Très fréquemment
Troubles du sommeil	1 (0,6%)	29 (17,1%)	90 (52,9%)	50 (29,4%)
Anxiété	5 (2,9%)	35 (20,6%)	89 (52,4%)	41 (24,1%)
Troubles de la ménopause	66 (38,8%)	54 (31,8%)	36 (21,2%)	14 (8,2%)
Asthénie	80 (47,1%)	40 (23,5%)	36 (21,2%)	14 (8,2%)
Insuffisance veineuse	78 (45,9%)	43 (25,3%)	39 (22,9%)	10 (5,9%)
Constipation	85 (50%)	39 (22,9%)	40 (23,5%)	6 (3,6%)
Douleurs Articulaires	86 (50,6%)	42 (24,7%)	30 (17,6%)	12 (7,1%)
Ballonnements	83 (48,8%)	47 (27,7%)	33 (19,4%)	7 (4,1%)
Toux	79 (46,5%)	53 (31,2%)	23 (17%)	9 (5,3%)
Reflux	133 (78,3%)	25 (14,7%)	7 (4,1%)	5 (2,9%)

Annexe 4 : Plantes proposées par les MG1 (n=170) par ordre décroissant de fréquence

	Indications reconnues	Oui	Non
Valériane	Troubles du sommeil + Anxiété	150 (88,2%)	20 (11,7%)
Passiflore	Troubles du sommeil + Anxiété	144 (84,7%)	26 (15,3%)
Millepertuis	Troubles du sommeil + Dépression	83 (48,8%)	87 (51,2%)
Vigne Rouge	Insuffisance veineuse	78 (45,9%)	92 (54,1%)
Mélisse	Troubles du sommeil + Stress	78 (45,9%)	92 (54,1%)
Menthe poivrée	Troubles digestifs (constipation, ballonnement, reflux)	76 (44,7%)	94 (55,3%)
Harpagophyton	Douleurs articulaires	71 (41,8%)	99 (58,2%)
Marronnier d'Inde	Insuffisance veineuse	67 (39,4%)	103 (60,6%)
Lierre Grimpant	Toux	26 (15,3%)	144 (84,7%)
Sauge sclarée	Troubles de la ménopause	25 (14,7%)	145 (85,3%)
Plantain	Toux	19 (11,2%)	151 (88,8%)
Saule blanc	Douleurs articulaires	15 (8,8%)	155 (91,2%)
Maté	Asthénie	5 (2,9%)	165 (97,1%)
Noix de Kola	Asthénie	5 (2,9%)	165 (97,1%)

Annexe 5 : Indications et plantes citées par les MG1 proposant d'autres plantes (réponse libre)

Sphère	Plantes	Sphère	Plantes	Sphère	Plantes
Troubles digestifs (24/57)		**Troubles du sommeil** (11/57)	Camomille (3)	**Troubles alimentaires** (3/57)	
Non précisés	Camomille (2)		Escholtzia (2)	Compulsion	Safran (1)
	Fenouil (2)		Verveine (2)	Manque d'appétit	Fénugrec (1)
	Basilic (1)		Aubépine (1)	Amaigrissement	Algues marines (1)
	Fleur d'Oranger (1)		Fleur d'Oranger (1)	**Anti-inflammatoire** (3/57)	Thym (2)
	Origan (1)		Lavande (1)		Camomille (1)
	Tilleul (1)		Tilleul (1)	**Cardiaque** (3/57)	
Drainage Hépatique	Artichaut (3)	**Affections ORL** (13/57)	**Thym** (7)	Éréthisme cardiaque	Aubépine (2)
	Radis noir (2)		Cassis (3)	Prévention cardiovasculaire	Ail (1)
	Bouleau (1)		Oignon (1)	**Allaitement** (2/57)	Fenouil (2)
	Cassis (1)		Eucalyptus (1)	**Etat grippal** (2/57)	Cannelle (1)
	Navet (1)		Echinacea (1)		Clou de girofle (1)
	Romarin (1)	**Bouffées de chaleur /Ménopause** (6/57)	Bourrache (2)	**Infection urinaire** (2/57)	Busserole (1)
Constipation	Psyllium (2)		Bardane (1)		Canneberge (1)
	Son de blé (1)		Houblon (1)	**Dysménorrhées** (2/57)	Achilée millefeuille(1)
Nausées/Vomissements	Gingembre (2)		Onagre (1)		Alchemille (1)
Hémorroides	Ginko Biloba (1)		Safran (1)	**Asthénie** (2/57)	Gelée royale (1)
Gastrite	Réglisse (1)	**Douleurs articulaires** (5/57)	Curcuma (3)		Ginseng (1)
Anxiété (23/57)	**Aubépine** (10)		Cassis (1)	**Mémoire** (2/57)	Ginko Biloba (2)
	Camomille (3)		Ortie (1)	**Irritation oculaire** (1/57)	Eau de bleuet (1)
	Escholtzia (3)	**Dépression/Troubles de l'humeur** (5/57)	Safran (3)	**Migraine** (1/57)	Camomille (1)
	Euphytose* (2)		Rhodiole (2)		
	Rhodiole (2)	**Vasculaire** (4/57)			
	Balote (1)	Circulation veineuse	Ginko Biloba (3)		
	Ginseng (1)	Diurétique	Piloselle (1)		
	Aubépine (1)				
	Fleur d'Oranger (1)				

Annexe 6 : Justifications du recours à la phytothérapie par les MG1 (n=170)

Motivations et Raisons	Nombre de réponse
Efficacité réelle des plantes pour certaines indications	144/170 (84,71%)
Effet placebo	56/170 (32,94%)
Absence de risque pour le patient	33/170 (19,41%)
Autres :	21/170 (12,4%)
- Éviter la prescription d'hypnotiques ou benzodiazépines	3
- Certaines plantes sont non addictogènes contrairement à certains traitements allopathiques	3
- Éviter le recours à thérapeutique + iatrogénique	2
- Éviter la prescription de médicament	2
- Moins ou peu d'effets secondaires	2
- En cas de refus du patient de prendre un traitement allopathique	1
- En complément ou alternative aux traitements allopathiques	1
- Pour faire plaisir au patient	1
- Pour l'action différente de l allopathie et de l'homéopathie	1
- Pour une approche naturelle	1
- Rapport coût/quantité	1

Annexe 7 : Justification de l'absence de recours à la phytothérapie par les MG2

Raisons évoquées	Nombre de réponse
Absence de formation personnelle en phytothérapie	62/83 (74,7%)
Absence de preuve scientifique suffisante	33/83 (39,8%)
Orientation du patient vers un professionnel formé	19/83 (22,9%)
Ne croit pas en l'efficacité de la phytothérapie	13/83 (15,7%)
Autres	5/83 (6%)
- Risques d'intéraction médicamenteuse non étudiés	1
- Aucune réflexion posologique	1
- Ne correspond pas à la pratique des urgences	2
- Pratique non adaptée à la patientèle	1

Annexe 8 : Thérapies complémentaires utilisées par les MG1 et les MG2

MG1 utilisant d'autres MAC (n=123)		MG2 utilisant d'autres MAC (n=42)	
Homéopathie	79/123 (64,2%)	Ostéopathie	29/42 (69%)
Ostéopathie	77/170 (62,6%)	Acupuncture	16/42 (38,1%)
Hypnose	64/123 (52%)	Hypnose	31/42 (37,4%)
Acupuncture	44/123 (35,8%)	Homéopathie	13/42 (35,7%)
Aromathérapie	22/123 (17,9%)	Aromathérapie	2/42 (4,7%)
Autres	17/123 (13,8%)	Autres	3/42 (7,1%)
- Micronutrition	3	- Relaxation	1
- Mésothérapie	2	- Kiné, psycho	1
- Relaxation	1	- Petite phytothérapie disponible en pharmacie	1
- Sophrologie	4		
- Méditation	2		
- Physiothérapie	1		

U.F.R. DE **MEDECINE** DE RENNES | N° 40-2020-

DURCZAK, Elsa .- Recours à la phytothérapie en médecine générale : étude quantitative auprès des médecins généralistes de Côtes-d'Armor, Ille-et-Vilaine et Morbihan.

48 feuilles, 8 figures, 2 tableaux. Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2020 ; N° .

Résumé français :

Contexte : Les médecines alternatives et complémentaires sont en plein essor depuis quelques années. D'après un sondage de 2011, 63 % des patients feraient confiance à la phytothérapie et près de 45 % l'utiliseraient. De leur coté les médecins généralistes ont-ils recours à la phytothérapie dans leur pratique ? Cette étude a pour objectif de réaliser un état des lieux du recours à la phytothérapie par les médecins généralistes bretons.

Méthode : Une étude quantitative a été menée auprès de 273 médecins généralistes de Cotes-d'Armor, Ille-et-Vilaine et Morbihan. Un questionnaire réalisé sur la plateforme Limesurvey a été diffusé du 30 janvier au 21 mars 2020. Ce questionnaire se déclinait en deux versions selon le recours ou non du participant à la phytothérapie.

Résultats : 67,2 % des médecins généralistes interrogés affirment avoir recours à la phytothérapie dans leur pratique. 9 % d'entre eux ont une formation en phytothérapie, et près de la moitié utilisent la phytothérapie plus d'une fois par semaine. Les indications les plus fréquentes pour lesquelles ils proposent la phytothérapie sont les troubles du sommeil et l'anxiété. Les deux plantes les plus utilisées sont la Valériane et la Passiflore. Les prescripteurs de phytothérapie comme les non prescripteurs sont conscients du risque d'interaction médicamenteuse des plantes. Les principales raisons évoquées par les médecins n'utilisant pas la phytothérapie expliquant l'absence de recours sont le manque de formation dans ce domaine et l'insuffisance des preuves scientifiques sur les plantes médicinales.

Conclusion : La phytothérapie semble présenter un intérêt auprès des médecins généralistes principalement dans deux indications : trouble du sommeil et anxiété. Un traitement à base de plantes pourrait ainsi élargir les possibilités thérapeutiques dans la prise en charge de certains motifs bénins de médecine générale. Garantir la sécurité d'utilisation pour les patients reste la priorité, l'évolution des recherches scientifiques et le développement de la formation des médecins généralistes dans ce domaine pourront y aider.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés :
Phytothérapie
Plantes médicinales
Médecines alternatives et Complémentaires
Médecine Générale

Mots-clés anglais MeSH :
Phytotherapy
Herbal medicine
Complementary therapies
General practice

Jury :

Président : Monsieur OGER Emmanuel

Assesseurs : Madame POLARD Elisabeth (directrice de thèse)
Madame LOHEZIC - LE DEVEHAT Françoise (co-directrice de thèse)
Monsieur EDELINE Julien
Monsieur ALLORY Emmanuel