

Motifs de recours à la phytothérapie des médecins généralistes de l'Isère

Clotilde Prat, Agathe Arnaud

▶ **To cite this version:**

Clotilde Prat, Agathe Arnaud. Motifs de recours à la phytothérapie des médecins généralistes de l'Isère. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03358918

HAL Id: dumas-03358918

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03358918

Submitted on 1 Oct 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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de l'archive ouverte DUMAS (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2021

MOTIFS DE RECOURS À LA PHYTOTHÉRAPIE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE L'ISÈRE

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTÂT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par Clotilde PRAT *[Données à caractère personnel]*

Par Agathe ARNAUD *[Données à caractère personnel]*

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 28/09/2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Madame le Professeur Françoise STANKE

Membres :

Monsieur le Professeur Arnaud SEIGNEURIN

Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU

Madame le Docteur Aline MERCAN (directrice de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

UGA
FACULTÉ DE MÉDECINE Université Grenoble Alpes

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALDALADJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETRICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
PU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie , Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SAKAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Remerciements communs

A Madame le Professeur Françoise STANKE,

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et de juger notre travail, recevez, Madame, l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Arnaud SEIGNEURIN,

Veuillez accepter nos sincères remerciements pour l'intérêt que vous portez à notre travail. C'est un honneur de vous voir siéger dans notre jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU,

Nous vous prions de recevoir notre profonde gratitude pour avoir accepté d'apporter votre expérience à la critique de ce travail et pour avoir pris le temps de répondre bien souvent à nos interrogations.

A notre Directrice de Thèse, le Docteur Aline MERCAN,

Merci pour ta présence tout au long de notre travail. Merci d'avoir pris le temps de nous rencontrer plusieurs fois sur Grenoble, d'avoir répondu inlassablement à nos questionnements, et pour nous avoir transmis ta passion sur la phytothérapie.

A tous les médecins qui ont pris la peine de répondre à notre questionnaire, à nos collègues qui nous ont permis d'améliorer notre travail lors de discussions, et à tous les confrères qui se sont intéressés à notre sujet d'étude.

Remerciements de Clotilde

A ma co thésarde Agathe,

Merci d'avoir répondu à mon annonce il y a presque trois ans ; d'avoir été là durant toute l'aventure. Merci pour ta flexibilité devant les épreuves, ta rigueur et ton efficacité dans le travail. Très bonne continuation à toi dans la vie.

A ma famille que j'aime du fond du cœur,

Merci pour m'avoir épaulée durant toutes ces années. A Célestine, pour ta joie pétillante, à Noé pour ta sensibilité et ta créativité unique, à Paul pour ton énergie incroyable, à Marie, pour tes talents à foisons et pour être revenu en France avec Olivier. A mes chers parents André et Stéphanie, sans qui rien n'aurait été pareil.

A mon chéri, époux et désormais mari,

A toi Mathieu qui partage ma vie depuis 2014, qui m'a tant soutenu pour arriver jusque là.

A ma belle famille,

Merci pour votre accueil toujours chaleureux.

A mes amis,

A mes amis de Bourg-en-Bresse, de la faculté de Lyon, puis de l'internat à Grenoble. Et à tous ceux que j'ai rencontrés sur ma route avec qui l'amitié s'est prolongée.

Remerciements d'Agathe

A Clotilde, pour ta motivation, ta rigueur et tes nombreuses idées. Je te souhaite le meilleur pour tes projets professionnels et personnels.

A mes parents, pour nous avoir toujours guidés et soutenus dans nos différents projets. Vous êtes des exemples pour nous trois. Vous m'avez transmis vos valeurs, merci pour tous vos conseils.

A mes frères Arthur et Axel, ma famille et ma grand-mère, Mamie Paulette, pour ce soutien même à distance.

A ma belle famille

A mes différents co-internes, qui ont partagé mes stages, notamment la Team Rocket grâce à qui cette période de Covid a été plus simple à vivre.

A tous mes maîtres de stage, séniors. J'espère pouvoir un jour transmettre ce que j'acquiers chaque jour comme vous l'avez fait pour moi.

Aux copains de Grenoble, pour la plupart d'abord partenaires d'entrainements avec le GUC, c'est grâce à vous que je suis encore à Grenoble.

A Pierre, pour ta patience et ta présence à mes côtés. Merci de me soutenir et de croire en nos projets.

Serment d'Hippocrate



Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.
Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

SECTEUR SANTÉ
Université Grenoble Alpes

Table des matières

REMERCIEMENTS 6

REMERCIEMENTS DE CLOTILDE 7

REMERCIEMENTS D'AGATHE 8

SERMENT D'HIPPOCRATE 9

TABLE DES MATIERES 10

RESUME 12

ABSTRACT 13

ABREVIATIONS 14

I. INTRODUCTION 15

1. Définitions 15

2. Contexte historique et législatif de la phytothérapie 18
A. Les plantes médicinales à travers les âges 18
B. Les plantes médicinales de nos jours 18
C. Pharmacopées et aspects juridiques des plantes médicinales 19

3. Place de la phytothérapie en sciences médicales 20
A. Evolution des connaissances et de la recherche en phytothérapie 20
B. La phytothérapie : une science particulière 21

4. Problématique et objectif de l'étude 22

II. MATERIEL ET METHODE 23

1. Méthode 23
A. Etude quantitative 23
B. Auto-questionnaire 23

2. Participants 24
A. Mode de recrutement 24
B. Caractéristiques 24
C. Nombre de sujets nécessaires 25

3. Déroulement de l'enquête 25
A. Période de l'enquête 25
B. Anonymat 26

C. Saisie et analyse des données 26

III. RESULTATS 27

1. Retour des questionnaires 27

2. Profil des prescripteurs 27

3. Objectif principal : Motifs de recours à la phytothérapie en MG 30

4. Objectifs secondaires 36
A. Les produits de phytothérapie les plus utilisés 36
B. Prescription initiale du PP et lieu d'approvisionnement 36
C. Pharmacovigilance : prévention et déclaration des effets indésirables 37

IV. DISCUSSION 38

1. Motifs de recours à la phytothérapie 38

2. Objectifs secondaires de ce travail 41

3. Les limites de cette étude 43

4. Représentativité de la population étudiée 44

5. Les forces de cette étude et ses perspectives 45

V. CONCLUSION 46

BIBLIOGRAPHIE 48

ANNEXES 53

1. Questionnaire envoyé 53

2. Procédure d'enregistrement des MBP 60

3. Tableaux de résultats 61

4. Produits de phytothérapie prescrits 64

5. Effets secondaires retrouvés 68

RESUME

CONTEXTE : la phytothérapie, thérapie à base de plantes, fait partie de la médecine ancestrale. Elle a progressivement été écartée avec l'avènement de la chimie et de l'industrie pharmaceutique. Cela a permis de standardiser les traitements. Depuis plusieurs années, il est constaté une consommation plus importante de produits de phytothérapie qui n'est pas sans risque en l'absence d'encadrement et de suivi. Les médecins généralistes ne sont pas formés à la phytothérapie. Leurs pratiques dans ce domaine sont peu étudiées.

OBJET : évaluer les motifs de recours à la phytothérapie des médecins généralistes de l'Isère.

MÉTHODOLOGIE : étude descriptive menée par questionnaire avec questions fermées ou ouvertes courtes. Enquête adressée par courriel aux médecins généralistes de l'Isère.

RÉSULTATS : alors que seuls 10% des répondants ont suivi une formation de phytothérapie, 65% déclarent prescrire au moins une fois par mois de la phytothérapie. Elle est souvent une alternative aux médicaments conventionnels comme pour les symptômes psychosomatiques notamment neuro-psychiatriques, cardio-vasculaires ou digestifs. Ce choix est souvent motivé par les risques d'addiction, de chronicisation notamment chez les patients vulnérables. Une autre finalité de ces prescriptions est la réponse aux attentes des patients, notamment dans le domaine de la prévention et plus particulièrement des symptômes infectieux.

CONCLUSION : la phytothérapie prend une place non négligeable dans l'arsenal thérapeutique du médecin généraliste en Isère. Même s'il s'agit de pratiques anciennes, cette étude a mis en lumière une utilisation de phytothérapie importante lors de prises en charge restreintes par les médicaments conventionnels.

ABSTRACT

Situation : Phytotherapy has been used for centuries and is based on plants. It has been excluded when chemistry and pharmaceutical industry became important. This way, treatments can be standardised. However phytotherapy is more en more used since few years. There are some risks without medical supervision and follow-up. GP do not study phytotherapy and their practices are not often explored.

Goal : to assess the reasons of using phytotherapy for general practitioners.

Methodology : descriptive review with a survey sent to general practitioners in Isère by mail.

Results : whereas only 10% of GP are trained in phytotherapy, 65% report prescribtion it at least once per month. It is often an option for psychosomatic symptoms like neuro-psychiatric, cardiovascular or digestive diseases. Moreover it is used to avoid a risk of addiction or to become chronic. An other reason of this prescription is to meet patients expectations, mainly for prevention and risk of infection.

Conclusion : phytotherapy has an important place in the therapeutic arsenal. Even if they are old habits, this project demonstrated that phytotherapy can help the treatment when conventional medicine can not find a solution.

Abréviations

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AMM : Autorisation de mise sur le marché

DES : Diplôme d'études spécialisées

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

DU : Diplômes universitaires

EBM : Evidence based medicine

MAC : Médecines alternatives et complémentaires

MBP : Médicaments traditionnels à base de plantes

MC : Médicament conventionnel

MG : Médecin généraliste

OMS : Organisation mondiale de la santé

PA : Principe actif

PM : Plante médicinale

PP : Produits de phytothérapie

I. INTRODUCTION

1. Définitions

Certaines définitions ont été extraites du rapport “Stratégie de l’OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023” publié en 2013 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [1] et des “Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation de la médecine traditionnelle” publiés en 2000 par l’OMS [2].

Médecine conventionnelle ou biomédecine :

Elle se base sur les données de *l’Evidence Based Medicine (EBM)*, c’est-à-dire qu’elle s'appuie sur les conclusions d’études validées et sur les principes physiologiques démontrés. Elle est définie par l’état actuel de la recherche médicale et elle est encadrée par des législations relatives à la santé du pays où elle s’exerce. Elle est à la base de l’enseignement universitaire des études de médecine en France.

Médecines dites parallèles (alternatives, complémentaires ou douces) :

Ces différentes pratiques sont regroupées sous le terme de Médecines alternatives et complémentaires (MAC), terme utilisé par l’OMS et par l’Ordre des médecins en France. En France, la majorité des MAC ne sont pas intégrées au système de soins dominant. Les MAC regroupent des techniques anciennes (la phytothérapie, l'acupuncture, la médecine ayurvédique) ou des techniques plus récentes (l’ostéopathie, l’homéopathie, l’hypnose, la naturopathie).

Médecine traditionnelle :

Selon l'OMS, la médecine traditionnelle est la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non.

Principes actifs (PA) :

Ce sont les molécules de la plante ou du médicament de synthèse qui possèdent une activité thérapeutique. Quand ils sont connus, il convient d'en normaliser le dosage pour définir des posologies. En phytothérapie on utilise aussi la notion de *Totum :* il s'agit de la partie de la plante qui possède une activité thérapeutique, formée de plusieurs principes qui ne sont pas actifs isolément [3].

Phytothérapie :

Terme générique pour désigner l'ensemble des thérapies qui utilisent les plantes comme principe de base mais qui reposent sur des paradigmes différents. Ces thérapies sont retrouvées sous des noms tels que l'aromathérapie, la gemmothérapie, etc. Les Produits de phytothérapie (PP) regroupent de manière large tous les produits thérapeutiques utilisés dans ces thérapies.

Plante médicinale (PM) :

Matière végétale dont au moins l'un de ses organes possède des propriétés thérapeutiques. La majorité des plantes médicinales sont répertoriées dans les pharmacopées sous forme de monographies qui caractérisent les PM, d'autres sont seulement retrouvées dans des ouvrages d'ethnobotanique ou de phytothérapie, ou encore dans les usages traditionnels à transmission orale.

Médicaments à base de plantes (MBP) :

Les médicaments à base de plantes sont des produits thérapeutiques ayant comme principe actif un extrait de plante. Ils sont associés à des excipients. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) autorise leur vente via une Autorisation de mise sur le marché (AMM) allégée avec un dossier bibliographique remplaçant le dossier clinique [4]. Ce point sera approfondi plus loin dans la partie sur les aspects juridiques des plantes médicinales.

Biomédicament ou Médicament conventionnel (MC) :

Il est défini par l'anthropologie de la santé française comme reposant sur le paradigme biologique, base de la médecine conventionnelle.

Complément alimentaire :

Produit défini par la directive européenne 2002/46/CE comme une denrée alimentaire; son but est de compléter le régime alimentaire normal et constitue une source concentrée de nutriments ou d'autres substances. Contrairement aux médicaments, leur mise en vente ne nécessite pas d'AMM mais une simple déclaration auprès de la Direction de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) [5].

2. Contexte historique et législatif de la phytothérapie

A. Les plantes médicinales à travers les âges

Au cours de toutes les époques de l'Histoire et à travers les différents lieux de la planète sont retrouvées des traces de l'usage des plantes médicinales par l'Homme. Des utilisations préhistoriques sont documentées par divers artéfacts archéologiques (pavot, cannabis etc), puis dans les premières civilisations (papyrus d'Ebers en Egypte) et tout au long de l'Histoire (ouvrage majeur de Discoride *De materia medica)*. Dans le courant du XIX^{e} siècle est apparue la médecine moderne, faisant usage de la chimie et de la pharmacologie pour isoler des principes actifs des plantes puis les utiliser en laboratoire pour créer des médicaments (ainsi l'isolement de la salicyline (PA) du saule blanc a permis de donner naissance à l'aspirine). Ces techniques de laboratoire ont permis d'améliorer la tolérance de certains médicaments et de diminuer les effets toxiques liés à l'usage de la plante entière, mais aussi de mieux appréhender les mécanismes d'action des PA et d'ouvrir la voie à la recherche pharmacologique de nouveaux médicaments.

B. Les plantes médicinales de nos jours

En France ce sont les médicaments dits conventionnels qui sont principalement utilisés. Pourtant le recours à la phytothérapie dans la population reste fréquent. Selon un sondage IFOP 2007, 27% des français ont déjà eu recours à l'homéopathie, 15% à l'ostéopathie et 10% à la phytothérapie [6]. Une étude menée par TNS Sofres en 2011 (Observatoire sociétal du médicament) indique que 35% des français utilisaient les phytomédicaments en complément de la médecine classique [7].

Cet usage fréquent des produits de phytothérapie (PP) dans la population soulève plusieurs problématiques. Il existe un manque de connaissances sur le bon usage des PP qui sont souvent utilisés en automédication. Les réponses aux questions des patients sur la phytothérapie ne sont pas toujours fiables, les sources étant douteuses (site internet, vendeur de magasin alimentaire,

etc) et les thérapeutes n'étant pas formés sur le sujet. Les risques qui en découlent sont une iatrogénie de ces PP mais aussi de grosses dépenses financières pour des produits peu ou pas efficaces. De plus, la phytothérapie a souvent la connotation de "médecine douce" [8] ce qui accentue le risque de mésusage. La Société Canadienne Pédiatrique a émis une alerte préoccupante à ce sujet [9].

C. Pharmacopées et aspects juridiques des plantes médicinales

Sur le plan international, chaque pays a sa propre législation pour la phytothérapie. L'OMS prône l'instauration de formations et d'un cadre scientifique à ce sujet, notamment dans la Déclaration de Beijing en 2008 [10] puis en 2013 à travers la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023 [1].

Sur le plan européen, la Communauté Économique Européenne (CEE) a permis dès 1965 la libre circulation des produits commerciaux entre les pays où ils étaient autorisés (Directives 65/65/CEE et 75/318/CEE). Une Directive européenne [11] ainsi que La Coopérative Scientifique Européenne de Phytothérapie (ESCOP) ont préconisé une harmonisation des critères scientifiques d'évaluation des phytomédicaments entre les différents pays [12]. Quant à la directive 2004/24/CE, elle impose l'enregistrement des médicaments traditionnels à base de plantes (MBP) en instaurant une procédure d'enregistrement simplifiée [13].

Sur le plan national, la pharmacopée française permet de référencer les PM disponibles en France. Elle comporte 562 plantes médicinales à usage traditionnel, dont 148 plantes sont sorties du monopole pharmaceutique par un décret [14]. Ces 148 plantes et toutes les plantes non inscrites dans la pharmacopée peuvent être vendues par toute personne avec la mention "traditionnellement utilisé dans" pour témoigner de l'absence de preuves scientifiques établies. Une autre liste regroupe 137 plantes (liste B) qui nécessitent une prescription médicale avant leur usage, leurs effets indésirables potentiels étant plus importants que leur bénéfice attendu [15]. En

France, tout médicament est soumis à l'obtention d'une AMM ou d'un enregistrement auprès de l'ANSM (les MBP avec une AMM allégée étant soumis à la Directive européenne vue précédemment). En ce qui concerne les Produits de Phytothérapie, la majorité ne sont pas considérés comme des médicaments et sont souvent vendus comme compléments alimentaires ce qui les dédouane de toutes procédures auprès de l'ANSM.

3. Place de la phytothérapie en sciences médicales

A. Evolution des connaissances et de la recherche en phytothérapie

Dès le XIX e siècle des études scientifiques sur les PM ont vu le jour dans le milieu hospitalier. Les docteurs Maurice GIRAULT et Paul BELAICHESE s'intéressaient à leur époque à la réalisation d'un aromatogramme par méthode comparable à l'antibiogramme [3]. Plus récemment des essais cliniques ont été rendus disponibles dans les bases de données de la littérature médicale. Dans PUBMED ont été identifiés 510 Méta-analyses et 3783 essais cliniques randomisés autour du terme "phytothérapie". Certains essais cliniques randomisés à double aveugle ont conclu à des résultats statistiquement significatifs apportant une plus grande crédibilité scientifique à l'utilisation de PP avec des preuves de type EBM. Les sujets d'études peuvent être très concrets pour la pratique en médecine générale : utilisation de la cannelle devant des dysménorrhées primaires [16], recours à l'huile de menthe poivrée comme antispasmodique colique [17], etc. D'autres études interrogent les thématiques de spécialité médicale hospitalière, comme par exemple une méta analyse dans la bibliothèque COCHRANE sur les traitements de la drépanocytose [18].

L'ethnopharmacologie fait partie des voies de recherche pour de nouvelles molécules thérapeutiques. Devant l'accélération de l'antibiorésistance des germes, certaines plantes

pourraient être une alternative aux antibiotiques. C'est le cas d'un essai clinique de Coli et Mirabilis qui étudie l'usage de la busserole en cas de cystite [19].

B. La phytothérapie : une science particulière

Malgré l'observation d'un prolongement dans le raisonnement scientifique entre phytothérapie et médecine moderne, la thérapie par les PM a quelques particularités. Nous avons vu dans les définitions la notion du *Totum* et la difficulté qui en découle pour les PM de raisonner systématiquement en termes de PA. Une autre difficulté est la variabilité de l'effet thérapeutique attendu pour une plante donnée, ceci selon plusieurs variables difficilement reproductibles : compositions de la terre où pousse la plante, ensoleillement et humidité du lieu, puis qualité de son transport, de son conditionnement, etc.

La reconnaissance de la phytothérapie comme science médicale ne fait donc pas l'unanimité. Ainsi les préparations magistrales à base de plantes ne sont plus remboursées depuis un décret récent. La reconnaissance du diplôme d'herboriste a été supprimée en 1941. Son exercice reste légal mais les herboristes sont de moins en moins nombreux, leur activité de conseil et de vente des PP étant reprise en pharmacie et parapharmacie. De même, les phytomédicaments sont peu présents dans les bases médicamenteuses classiques du médecin (comme le VIDAL par exemple) rendant l'accès aux informations sur le bon usage des plantes difficile.

Le recours à la phytothérapie en médecine générale n'est pas facile devant l'absence de bonne formation sur le sujet. La formation initiale médicale ne comporte pas d'enseignement dédié à ce sujet. Il existe en post-universitaire la possibilité de formations mais leur contenu pédagogique et leur qualité d'enseignement sont très hétérogènes (enseignements facultaires, cours en ligne, cultures des plantes, etc). Les Diplômes Universitaires de phytothérapie sont également très hétérogènes et ne permettent pas la reconnaissance d'une spécificité médicale [20].

4. Problématique et objectif de l'étude

Le médecin généraliste ne semble pas bien outillé pour conseiller ou prescrire de la phytothérapie. Devant un phénomène sociétal d'utilisation fréquente des PP dans la population, il apparaît pourtant important qu'il puisse dépister d'éventuelles interactions, contre-indications, ou effets secondaires liés à ces PP. Ceci d'autant plus qu'il est souvent le référent médical de premier recours pour le patient, et le coordinateur de la prise des différents traitements.

C'est dans ce contexte que nous avons voulu savoir si les médecins généralistes s'intéressent à la phytothérapie et pour quelles raisons ils proposent des produits de phytothérapie.

De nombreuses thèses ces dernières années ont interrogé l'utilisation de la phytothérapie en médecine. Nombre d'entre elles étaient orientées sur l'usage des PP pour une problématique de santé précise, comme les troubles de la grossesse [1] ou le traitement de l'anxiété mineure [2]. D'autres confrontaient les représentations de la phytothérapie pour le patient et le médecin [3,4,5]. Mais elles n'abordaient pas de manière globale les motifs de recours à la phytothérapie en médecine générale.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Méthode

A. Etude quantitative

Une étude observationnelle, descriptive, a été réalisée par sondage.

L'accord du CNIL a été demandé. En tant qu'évaluation des modalités d'exercices des professionnels de santé, cette étude n'entrait pas dans la catégorie de Recherche Impliquant la Personne Humaine (projet Hors Loi Jardé) selon le décret 2017-884 du 9 mai 2017.

B. Auto-questionnaire

Le questionnaire a été réalisé sur LimeSurvey® (Annexe 1), il contenait dix-huit questions séparées en quatres parties, avec trois questions ouvertes afin d'enrichir l'analyse des résultats futurs.

La première partie a permis de dessiner le profil des médecins généralistes ayant répondu.

La deuxième partie concernait l'objectif principal de recherche : connaître les motifs de recours à la phytothérapie chez les médecins généralistes. Une question ouverte s'intéressait aux troubles de santé pour lesquels les médecins prescrivaient des PP. Une autre question portait sur les motivations de ces prescriptions, puis deux questions concernaient la place des PP par rapport aux médicaments conventionnels.

La troisième partie s'intéressait à l'aspect pratique du recours aux PP : leur galénique, leur lieu de délivrance et les noms des produits proposés.

Enfin la quatrième partie enquêtait sur la place du raisonnement médical lors du recours aux PP : le mode de prescription, le suivi médical et la pharmacovigilance.

2. Participants

A. Mode de recrutement

Par souci de faisabilité, nous avons fait le choix de prendre pour population de départ des médecins généralistes exerçant en Isère. Un fichier Excel a permis de lister les courriels des généralistes et la manière dont ils avaient été obtenus : contacts personnels, annonces de remplacements, organisation de gardes, formations professionnelles, mails des maisons médicales pluri-professionnelles de l'Isère (20 MSP) via le réseau des Maisons Médicales. Nous avons utilisé l'effet "boule de neige" pour augmenter la taille de notre échantillon.

B. Caractéristiques

Les critères d'inclusion des participants étaient les suivants : médecin généraliste exerçant en Isère.

Les médecins ayant une activité exclusivement hospitalière et les internes en médecine générale étaient exclus de l'étude.

Le questionnaire recueillait certaines caractéristiques des participants comme l'âge, le sexe, le mode et le lieu d'exercice. Il demandait aussi la fréquence du recours à la phytothérapie et si une formation avait été suivie.

C. Nombre de sujets nécessaires

Le nombre de sujets nécessaires n'a pas été fixé pour cette étude descriptive visant à établir un état des lieux de l'utilisation de la phytothérapie en médecine générale en Isère. En revanche nous avons essayé d'obtenir le plus grand nombre de participants possibles à cette étude, en sensibilisant notre entourage professionnel à notre sujet de thèse, en organisant les relances par mails et en demandant la diffusion du questionnaire au syndicat de médecine générale ReAGJIR, à l'Ordre des médecins d'Isère, et la faculté de médecine de Grenoble.

3. Déroulement de l'enquête

A. Période de l'enquête

Le questionnaire a été testé dans sa version papier auprès de collègues médecins lors de nos différents stages d'internes à partir de janvier 2020. Cela a permis une première adaptation de la rédaction et de la longueur du questionnaire. Une deuxième adaptation du questionnaire a été nécessaire lors de son envoi plus anonyme en septembre 2020 à des médecins que nous ne connaissions pas. Devant un grand nombre de réponses incomplètes, les questions fermées ont été rendues obligatoires.

La version définitive de notre questionnaire a été envoyée une première fois le 2 décembre 2020 aux 360 adresses mails collectées. Une relance par mail a été faite le 15 janvier 2021, totalisant alors un cumul de 118 réponses. Des relances plus ciblées ont été faites dans notre entourage professionnel, ainsi que des échanges avec les médecins ayant des questions spécifiques sur notre travail. Le questionnaire a été clôturé le 2 mars 2021 avec un total de 154 réponses.

B. Anonymat

Les réponses ont été anonymisées via l'utilisation du logiciel LimeSurvey®. La table des résultats ne contient que l'heure et le jour de la saisie, sans identification possible du prescripteur. Des courriels étaient disponibles en fin de questionnaire afin que des participants nous contactent si nécessaire.

C. Saisie et analyse des données

Les réponses au questionnaire ont été centralisées sur le logiciel LimeSurvey® dans une table. Les variables quantitatives sont exprimées en médiane. Les variables qualitatives sont exprimées par leur effectif et leur pourcentage. Les comparaisons sont effectuées par un test du Chi2 ou Fisher si l'effectif est inférieur à 5 avec pour seuil de significativité $p < 0,05$. Les analyses statistiques sont faites à l'aide du logiciel BiostaTGV version 2, 2012/2013.

III. RÉSULTATS

1. Retour des questionnaires

154 questionnaires ont été complétés jusqu'au bout, soit 48,1% de taux de réponses. 33 questionnaires ont été complétés partiellement, dont 4 ont été pris en compte dans les résultats car ils comportaient les réponses aux questions principales de ce travail.

2. Profil des prescripteurs

Les caractéristiques des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Profil prescripteur

	Femmes (N = 104) 65,8%	**Masculin (N = 54) 34,2%**
Age		
Moins de 30 ans	31 (29,8%)	10 (18,5%)
Entre 30 et 40 ans	46 (44,2%)	23 (42,6%)
Entre 40 et 50 ans	11 (10,6%)	11 (20,4%)
Plus de 50 ans	16 (15,4%)	10 (18,5%)
Lieu d'exercice		
Urbain	37 (35,6%)	18 (33,3%)
Semi-rural	59 (56,7%)	26 (48,2%)
Rural	8 (7,7%)	10 (18,5%)
Mode d'exercice		
Seul en cabinet	9 (8,7%)	5 (9,3%)
MSP, cabinet de groupe	61 (59,2%)	34 (63%)
Pédiatrie, gynéco, PMI	13 (12,6%)	2 (3,7%)
Gériatrie	6 (5,8%)	1 (1,9%)
Universitaire	16 (15,5%)	10 (18,5%)
Remplacements	39 (37,9%)	16 (29,6%)
Suivi une formation de phytothérapie	11 (10,6%)	3 (5,6%)
Fréquence de prescription des PP		
Jamais	13 (12,6%)	7 (13%)
Rarement	23 (22,3%)	15 (27,8%)
Occasionnellement	51 (49,5%)	22 (40,7%)
Fréquemment	16 (15,6%)	10 (18,5%)

Connaissances en phytothérapie		
Formation universitaire	7 (6,8%)	3 (5,5%)
Formation école d'herboristerie	1 (1%)	0 (0%)
Autre (labo, revue, cours en ligne…)	26 (25,2%)	12 (22,2%)
Conseils des collègues	53 (51,5%)	16 (29,6%)
Retour des patients	54 (52,4%)	21 (38,9%)
Aucun intérêt pour la question	10 (9,7%)	16 (29,6%)

Les médecins ayant répondu au questionnaire étaient principalement âgés de 30 à 40 ans, de prédominance féminine, travaillant en milieu semi-rural, exerçant en cabinet de groupe ou en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP). La majorité prescrivait de manière occasionnelle de la phytothérapie. Seulement 10% des médecins avaient suivi une formation en phytothérapie, leurs connaissances sur le sujet venaient principalement de conseils donnés par les collègues ou les patients.

Il n'a pas été retrouvé de corrélation statistiquement significative ($p<0,05$) entre un profil de médecin (selon son âge, sexe, lieu et mode d'exercice) et la réalisation d'une formation en phytothérapie. La seule corrélation significative retrouvée concernait les médecins prescrivant fréquemment de la phytothérapie : la majorité d'entre eux avait suivi une formation en phytothérapie (58,3% avec formation *versus* 13% sans formation avec $p<0,007$) (Tableau 2 en annexe). Il n'a pas été mis en évidence non plus de différence statistiquement significative entre les caractéristiques des médecins et la fréquence de prescription des PP (Tableau 3 en annexe).

3. Objectif principal : Motifs de recours à la phytothérapie en MG

Le recours le plus fréquent à la phytothérapie concernait les troubles neurologiques et psychiques[1] à 79,8% (Tableau 4). Venaient ensuite les troubles digestifs à 27,9%, les troubles cardio-vasculaires à 27,3%, les troubles urologiques à 26% (cystite et hypertrophie bénigne ou adénome de prostate), les troubles rhumatismaux à 20,1% (arthrose), puis les troubles gynécologiques à 15,6% (ménopause).

Un grand nombre de troubles rapportés étaient de type fonctionnels[2] avec principalement des troubles anxieux (45,6%), des troubles du sommeil (37,8%), des troubles du rythme cardiaque (15,7%) et des troubles de type colopathie fonctionnelle (8,3%).

D'autres troubles rapportés étaient de type infectieux, principalement des infections ORL ou pulmonaires (14,3%) et des infections de l'appareil urinaire (14,4%).

Tableau 4 : Prescription en fonction des troubles

Grands appareils	Troubles	Nombre
Cardio-vasculaire 42 oui (27,3%)	Troubles du rythme[3]	34
	HTA	2
	Insuffisance veineuse	2
	Dyslipidémie	1
	Angiologie	1

[1] Il a été regroupé sous le terme psychiques les troubles psychologiques et psychiatriques rapportés. Il ne semblait pas pertinent de les séparer des autres troubles neurologiques.
[2] Les troubles somatiques fonctionnels sont des symptômes sans explication organique, sans lésion objectivable de l'organe désigné par les symptômes [26].
[3] Troubles de colopathie fonctionnelle décrits : colopathie, syndrome de l'intestin irritable (SII), hyperperméabilité intestinale.

Pneumologie Ophtalmologie, Otorhinolaryngologie (ORL) Stomatologie 33 oui (19,5%)	Virose ORL[4]	23
	Toux	7
	Bronchite	1
	Allergie respiratoire	1
	Gingivorragie	1
	Mycose buccale	1
	DMLA	1
Gastro-entérologie 43 oui (27,9%)	Colopathie fonctionnelle[5]	18
	Constipation, transit	4
	Dyspepsie, Reflux gastro-oesophagien	3
	Déséquilibre de la flore digestive	3
	Nausées et vomissements	2
	Parasitose	1
	Gastro-entérite	1
	Hémorroïdes	1
	Douleurs abdominales	1
	Spasmes coliques	1
	Gastrite, sevrage IPP	1
Endocrinologie 2 oui (1,3%)	DNID, diabétologie	2
Neurologie-psychologie-psychiatrie 123 oui (79,8%)	Syndrome anxieux[6]	99
	Troubles du sommeil[7]	82
	Syndrome anxio-dépressif	14
	Migraines	2
	Irritabilité, trouble de l'humeur	2
	Asthénie	1
	Crampes	1
	SEP	1
	Parkinson	1

[4] Troubles décrits dans viroses ORL : rhinite, rhinopharyngite, viroses, sinusite, conjonctivite, encombrement.
[5] Troubles du rythme décrits : palpitation, tachycardie, éréthisme cardiaque, extrasystoles bénignes.
[6] Troubles du syndrome anxieux décrits : stress, syndrome anxieux modéré, anxiété. Il a été choisi de ne pas les regrouper avec les syndromes anxio-dépressifs devant une thérapeutique pouvant différer.
[7] Troubles du sommeil décrits : sommeil, insomnie, trouble de l'endormissement.

Rhumatologie, Traumatisme 31 oui (20,1%)	Arthrose, arthrite, arthralgie	12
	Douleur sur traumatisme	3
	Tendinite, entorses	4
	Douleurs chroniques	2
	Rhumatisme	2
	Fracture	1
	Contusions	1
Urologie 40 oui (26%)	Cystite	27
	Pathologies prostatiques[8]	11
	Lithiase	1
Dermatologie, médecine interne 13 oui (8,4%)	Plaies[9]	5
	Eczéma	2
	Acné	2
	Psoriasis	1
	Furoncle	1
	Infections dermatologiques	1
Gynécologie 24 oui (15,6%)	Ménopauses	10
	Dysménorrhées	4
	Vaginose	4
	Dysbiose	3
	Bouffées de chaleur	3
	Vulvite	2
	Libido	1
	Nausées et vomissements gravidiques	1
Oncologie 2 oui (1,3%)	Troubles digestifs	1
	Méthode Beljanski[10]	1
Hygiène de vie, performance 34 oui (21,4%)	Renforcement immunitaire	3
	Asthénie	2
	Equilibre global	1
	Préparations examens	1
	Lutte contre carence vitaminique	1
	Lutte contre ostéoporose	1
	Stimulation du tonus	1
	Carence martiale	1

[8] Pathologies prostatiques décrites : adénome de la prostate, hyperplasie bénigne de prostate, prostatisme.
[9] Troubles décrits pour plaies : brûlures, ulcères, cicatrisation, plaie.
[10] Méthode Beljanski : Utilisation d'extraits de *Pao Pereira*, de *Rauwolfia Vomitoria*, de *Ginkgo Biloba* pour le traitement du cancer.

En ce qui concerne les motifs de recours à la phytothérapie (Tableau 5), il est à noter que 61,4% des médecins interrogés prescrivaient des produits de phytothérapie à la demande du patient, et 62,7% des médecins prescrivaient les PP en alternative à un médicament conventionnel.

81,7% des généralistes étaient “tout à fait d’accord” avec le fait que le PP pouvait permettre de limiter le risque d’addiction ou de chronicisation du recours à un MC, et 61,4% avec le fait que le PP pourrait éviter une iatrogénie du MC chez les personnes fragiles. 41,8% avaient recours au PP plutôt qu’au MC pour un effet propre à ce produit.

Il peut être souligné que 56,3% n’étaient pas d’accord sur le fait d’utiliser un PP comme moyen de prévention de maladie et que 40,5% n’avaient pas recours au PP pour corriger un trouble sous-jacent à la maladie.

41,8% n’utilisaient pas le PP pour favoriser son automédication par la suite.

39,9% des médecins étaient d’accord avec le fait que les PP pouvaient être utilisés pour leur effet placebo.

Tableau 5 : motifs de recours à la phytothérapie

	Pas du tout d'accord (0)	Ni d'accord ni pas d'accord (1)	Tout à fait d'accord (2)	**Médiane**
Répondre à la demande du patient	12 (7,6%)	49 (31%)	97 (61,4%)	**1,54**
Proposer une alternative au médicament conventionnel	22 (13,9%)	37 (23,4%)	99 (62,7%)	**1,49**
L'associer à un médicament conventionnel pour compléter ou modifier ses effets	67 (42,4%)	51 (32,3%)	40 (25,3%)	**0,83**
Avoir recours à un outil de prévention de la maladie	89 (56,3%)	35 (22,2%)	34 (21,5%)	**0,65**
Utiliser l'effet placebo d'une prescription	44 (27,8%)	51 (32,3%)	63 (39,9%)	**1,12**
Favoriser les thérapeutiques disponibles en auto-médication	66 (41,8%)	59 (37,3%)	33 (20,9%)	**0,79**
Essayer de diminuer les posologies d'un MC pris depuis longtemps	39 (24,7%)	60 (38%)	59 (37,3%)	**1,13**
Potentialiser l'effet thérapeutique du MC.	69 (43,7%)	62 (39,2%)	27 (17,1%)	**0,73**
Corriger un effet secondaire d'un MC (en cas de chimiothérapie, d'antibiothérapie prolongée...)	53 (33,5%)	60 (38%)	45 (28,5%)	**0,95**
Corriger un trouble physiologique sous-jacent à la maladie (déséquilibre acido-basique, carence vitaminique, carence en oligoéléments...)	64 (40,5%)	58 (36,7%)	36 (22,8%)	**0,82**
Utiliser un effet thérapeutique propre au produit de phytothérapie (non retrouvé dans un MC existant)	36 (22,8%)	56 (35,4%)	66 (41,8%)	**1,19**
Chez des patients fragiles afin d'éviter une iatrogénie liée au MC (patient âgé, enfant, insuffisance d'organe chronique...)	25 (15,8%)	36 (22,8%)	97 (61,4%)	**1,46**
Pour une épargne des anti-infectieux devant la répétition d'une pathologie aiguë (cystite,	36 (22,8%)	49 (31%)	73 (46,2%)	**1,23**

rhinopharyngite, poussée herpétique...)				
Eviter le risque d'addiction lié à la prescription d'un MC qui pourrait se chroniciser (Benzodiazépines, opiacés...)	7 (4,4%)	22 (13,9%)	129 (81,7%)	**1,78**

4. Objectifs secondaires

A. Les produits de phytothérapie les plus utilisés

Les PP les plus prescrits par les médecins étaient sous forme de gélules ou de comprimés (87,4%). Quelques-uns avaient recours aux PP en tisanes, décoctions, infusions, sucs et jus (34,2%) ou aux huiles essentielles (31%). Très peu de médecins préconisaient l'utilisation de plantes entières (9,8%) (Tableau 6 en annexe).

Les PP rapportés par les médecins ont été rangés par ordre de fréquence de leur citation puis par ordre alphabétique, ils se trouvent en annexe (Annexe 4).

B. Prescription initiale du PP et lieu d'approvisionnement

La plupart du temps les PP étaient prescrits sur une ordonnance papier (43,5%) et souvent associés à une explication orale de la prescription (57,1%) (Tableau 7 en annexe).

Une majorité des médecins interrogés (92,9%) conseillait aux patients de se procurer les PP en pharmacie ou parapharmacie. D'autres préconisaient de se rendre chez un herboriste (16,8%) ou en magasin biologique (12,9%). Très peu donnaient au patient une adresse de site de culture de plantes médicinales ou des conseils pour ramasser des plantes dans la nature (1,3%). L'achat de produits sur internet était conseillé par 5,2% des médecins **(**Tableau 8 en annexe).

C. Pharmacovigilance : prévention et déclaration des effets indésirables

En termes de prévention de la iatrogénie possible des PP, il a pu être observé que 75,3% des médecins notaient la prise de phytothérapie dans le dossier médical, 55,2% des médecins déclaraient expliquer au patient le mécanisme d'action et l'efficacité attendus des PP, et 45,5% prévenaient de leurs possibles effets secondaires et interactions médicamenteuses.

Concernant les effets iatrogéniques retrouvés, 53,2% des MG avaient demandé à leurs patients l'arrêt du PP à la suite d'interactions médicamenteuses et 34,4% à la suite d'effets secondaires. Seulement 12,3% des médecins questionnaient de façon systématique leurs patients sur une prise de phytothérapie en cours.

Les médecins avaient un faible recours aux outils de pharmacovigilance, 18,2% disaient avoir déjà consulté des sites de phytovigilance et 1,3% avaient déjà déclaré un événement en phytovigilance ou nutrivigilance (Tableau 9 en annexe).

Les effets secondaires retrouvés par les médecins généralistes ont été listés en annexe, ils ont été rangés par appareils organiques touchés et par ordre de fréquence de leur citation (Annexe 5).

IV. DISCUSSION

1. Motifs de recours à la phytothérapie

Les motifs de recours à la phytothérapie les plus fréquents en médecine générale étaient, dans un ordre décroissant de fréquence, du domaine neurologique-psychique, digestif, cardio-vasculaire, urologique, rhumatismal et gynécologique. La majorité des troubles rapportés avaient une origine potentiellement fonctionnelle, d'autres faisaient partie du domaine infectieux. Ces mêmes conclusions sont souvent retrouvées dans d'autres études portant sur l'usage de la phytothérapie [21, 22, 23, 24, 25].

Les troubles somatiques fonctionnels sont difficiles à caractériser de façon précise, une définition est donnée dans la partie Résultats. Les symptômes retrouvés pouvant être de type fonctionnels étaient principalement des troubles de l'anxiété, du sommeil, troubles du rythme cardiaque sur cœur sain et troubles digestifs de type colopathie. Ces mêmes symptômes apparaissaient comme fréquents dans une étude portant sur les troubles fonctionnels en médecine générale [27]. En 2004 un travail soulignait la récurrence des symptômes inexpliqués dans les consultations de médecine générale [28]. Il paraît donc cohérent de retrouver de nombreux troubles fonctionnels dans les motifs de prescription de cette étude ainsi qu'une majorité de produits de phytothérapie utilisés à visée anxiolytique.

Les résultats de ce travail montrent que les MG utilisaient fréquemment les PP comme alternative à un MC (62,7%), peu en association aux MC. Il est intéressant d'observer les raisons poussant le médecin à prescrire un PP à la place d'un MC. Ainsi seulement 39,9% des MG déclaraient utiliser les PP pour leur effet placebo et 61,4% des médecins prescrivaient des PP à la demande du patient. On peut se demander tout de même si le recours à un effet placebo pur ou

impur n'était pas sous-jacent à ces prescriptions. En effet devant des troubles fonctionnels les MC peuvent être décevants voir plus néfastes que bénéfiques. Le médecin cherche alors à répondre à la plainte du patient en proposant des thérapies alternatives. Il est possible que certains praticiens aient recours aux PP pour un effet placebo de prescription et éviter le recours aux MC, sans une réelle connaissance sur l'efficacité de ces PP. D'autre part, ces pourcentages témoignent aussi d'un changement d'une médecine qui était paternaliste vers une médecine où le patient apporte parfois au praticien d'autres connaissances. Enfin, seulement 41,8% des MG disaient utiliser les PP pour une propriété thérapeutique spécifique. Une étude supplémentaire pourrait approfondir ce point, il serait intéressant de confectionner un petit recueil pratique des outils de phytothérapie en médecine générale.

Le recours à un PP en alternative à un MC était pour une très large majorité des MG (81,7%) un moyen d'éviter un risque d'addiction ou de chronicisation au MC. Ces résultats ne sont pas surprenants devant le problème actuel de prescriptions trop fréquentes de dérivés du pavot (morphine, codéine, etc.) ou d'hypnotiques, produits ayant de forts potentiels addictifs. Une autre étude retrouvée aborde spécifiquement la question des PP comme alternative aux hypnotiques dans un contexte d'anxiété mineure [22]. Pour un certain nombre de MG (61,4%) les PP étaient un moyen d'éviter une iatrogénie chez un patient fragile (insuffisance d'organes, personne âgée, enfant, etc.). Ce résultat fait écho à une représentation actuelle des PP comme "médecine douce", parfois à tort avec un risque de toxicité sous-estimé comme cela avait pu être signalé par la Société Pédiatrique Canadienne [9]. Une autre étude montrait elle l'intérêt que pouvaient présenter les PP devant les perturbations physiologiques de la grossesse [21].

Les PP étaient utilisés à visée préventive ou curative des pathologies infectieuses bénignes, fréquentes en MG (viroses ORL, respiratoires, infections urinaires etc.). Les MG ont déclaré en grand nombre (46,2%) prescrire des PP en épargne des antibiotiques. Les PP sont susceptibles

d'être prescrits pour éviter de donner des antibiotiques lorsque ceux-ci ne sont pas recommandés. Une question plus orientée sur l'utilisation des huiles essentielles qui sont les formes de phytothérapie les plus antiseptiques permettrait d'approfondir cette question. L'alternative aux antibiotiques par les plantes est encore peu développée même si des brevets sur l'association antibiotiques, huiles essentielles sont en cours.

Il existe une importante demande des patients autour des produits de phytothérapie (61,4% des MG prescrivaient les PP à la demande du patient), mais une mauvaise formation des praticiens sur le sujet. Il semble alors exister un certain décalage entre la vision des MG et des patients sur l'usage des PP dans le soin. Dans cette étude les MG n'utilisaient pas les PP comme moyens de prévention des maladies, ce qui dénote avec l'étude TNS Soffres qui rapporte un usage dans la population Française des PP principalement en prévention de la maladie, en complément ou à la place des MC [7]. De plus les MG disaient ne pas vouloir favoriser l'automédication tandis qu'une étude réalisée en Martinique soulignait que la grande majorité des patients ne signalait pas à leur médecin traitant la prise d'un traitement de phytothérapie [24]. Un autre travail rapprochait l'absence de communication du patient sur cette prise de PP avec le manque d'ouverture du MG à une approche plus globale de la santé [23].

Cette automédication est favorisée par l'abondance des produits de phytothérapie disponibles et leur libre accès aussi bien en pharmacies que dans des endroits hors cadre de santé (magasins biologiques, sur les marchés, sur internet, etc.). Un médecin d'une autre étude soulignait les points positifs d'une telle automédication comme une possibilité de diminution de frais de santé publique par une plus grande autonomie du patient sur sa santé [25]. Argument qui n'est pas sans tenir compte du coût financier de produits parfois peu ou pas efficaces, et des coûts de santé publique en cas de iatrogénie (hépatite médicamenteuse, interaction avec les MC etc.).

2. Objectifs secondaires de ce travail

Les médecins enquêtés semblaient privilégier le recours aux PP sous forme de gélules ou comprimés, peut-être par simple habitude d'une galénique familière pour les MC. La quantification et la sécurité du transport et de conservation sont des atouts de cette forme galénique. La prescription de PP sous formes d'infusion, tisane, décoction est moins fréquente. Peu de médecins conseillaient des huiles essentielles, résultat surprenant devant un recours à l'aromathérapie en France de plus en plus fréquent ; les résultats de cette enquête ne sont peut-être pas représentatifs. Enfin les médecins proposaient peu de plantes dans leur forme entière, peut-être par manque de connaissances.

Les propriétés thérapeutiques des PP les plus souvent citées par les MG en faisaient des produits cohérents avec les motifs fréquents de recours à la phytothérapie. Une grande proportion était à visée anxiolytique (la Valériane, l'Aubépine, la Passiflore, la Ballote, la Mélisse), à visée antiseptique (le Thym en prévention des viroses hivernales, le Canneberge en prévention des cystites), ou encore à visée digestive (la Menthe poivrée), etc. D'autre part certains produits cités n'étaient pas des extraits de plantes, mais des oligoéléments ou des sels (Silice, Actisoufre, fermibion), des probiotiques (Lactobacillus), des hormones (Mélatonine) etc., soulignant une certaine confusion autour de la définition de PP.

La majorité des médecins intégraient les PP dans un schéma de prescription médicamenteuse habituelle : rédaction d'une ordonnance écrite, explication du mécanisme d'action et des effets indésirables du produit, annotation dans le dossier médical de la prise du PP, orientation en pharmacie pour son achat, etc. D'autres études retrouvaient des résultats similaires et certains médecins justifiaient ce mode de prescription pour accentuer leur crédibilité scientifique [25]. A l'inverse, peu de médecins ancraient les PP dans un modèle traditionnel de prescription : peu

utilisaient la transmission orale, rares étaient ceux qui conseillaient pour reconnaitre et ramasser les plantes dans la nature, peu recommandaient au patient de se rendre chez un herboriste ou sur un lieu de cultivation de plantes médicinales.

Comme tout médicament, la phytothérapie peut avoir une iatrogénie. Dans cette étude plus de la moitié des médecins avait déjà demandé à leurs patients d'arrêter un traitement. Pourtant les résultats révèlent une méconnaissance autour des questions de phytovigilance, et parfois un désengagement sur le sujet.

Un très faible pourcentage de MG avait déjà consulté un site de pharmacovigilance ou déclaré un événement indésirable avec un PP. Il existe pourtant des outils à destination des MG, comme la base de données HEDRINE sur les interactions plantes-médicaments, mais ils restent peu connus. A peine la moitié des médecins interrogeait sur une éventuelle prise de PP, possiblement par manque de sensibilisation et de connaissances en la matière. Plusieurs MG pouvaient alors proposer au patient de se tourner vers d'autres professionnels pour répondre à ces questions, en magasins biologiques par exemple, où les professionnels ne sont pas spécifiquement formés à la phytothérapie, ou encore de recourir à des produits sur internet.

A peine 10% des MG avaient suivi une formation sur le sujet de la phytothérapie. Un grand nombre de médecins avait d'abord recours aux conseils des collègues ou de leurs patients pour prescrire, élément déjà retrouvé dans une autre étude [25]. D'autres médecins allaient chercher les informations sur des sources variées (internet, revues, laboratoires etc.). Ce mode de recours à l'information dénote avec une médecine habituellement fondée sur les preuves où le médecin appuie le plus souvent ses prescriptions sur des essais cliniques ou recommandations médicales officielles. Dans ce même sens, les pharmaciens hospitaliers d'une étude exprimaient des réticences vis-à-vis des PP devant un manque de preuves scientifiques sur le rapport bénéfice-risque de leur utilisation [8]. Pourtant il a été abordé dans l'introduction de ce travail qu'un

certain nombre d'études type EBM existent en phytothérapie, elles restent malgré tout trop peu nombreuses et la communication à leur sujet sous forme de recommandations thérapeutiques sont trop rares.

3. Les limites de cette étude

Plusieurs biais peuvent être soulignés dans cette étude de type descriptive observationnelle.

Il existe un biais de sélection. Il est lié au mode de recrutement des médecins généralistes, la liste des courriels n'étant pas exhaustive. Pour limiter ce biais, le plus grand nombre de réseaux personnels ou professionnels de MG a été utilisé. Ensuite un biais est lié aux non répondants, qui a été limité par les relances par courrier électronique et une importante communication de notre travail dans notre entourage professionnel (collègues, amis médecins). La période de recueil des données en ligne s'est étalée du 2 décembre 2020 au 2 mars 2021. Des questionnaires papiers avaient été présentés au préalable sur nos lieux de travail.

Cette étude présentait de potentiels biais de réponse. Les questions ouvertes exposaient les réponses de médecins à un biais de mémorisation ; l'auto-évaluation de sa propre pratique pouvant être erronée ou tronquée. Une interprétation et évaluation des motifs de prescription des PP a été faite avec la suppression de certains termes inappropriés ou redondants et le groupement d'autres réponses. Des notes en bas de page signalaient ces modifications.

4. Représentativité de la population étudiée

Selon les données de l'INSEE, en France 46,5% de médecins généralistes sont des femmes. La population de notre étude paraît statistiquement différente de la population des généralistes avec 66% de femmes ayant répondues ($p = 0,0018$). Cette tendance se retrouve dans les formations universitaires sur la phytothérapie, il semblerait que les femmes aient un intérêt accru pour la phytothérapie. Selon les données démographiques de 2018, le mode d'exercice de notre population n'est pas statistiquement différent des médecins isérois ($P > 0,05$) [29]. Notre échantillon de population exerçait principalement en milieu semi-rural (53,8%). Il n'a pas été mis en évidence de lien entre le lieu d'exercice et la fréquence de prescription des PP. L'exercice en milieu rural, milieu où les plantes sont plus disponibles, n'est pas à priori un facteur de recours plus fréquent à la phytothérapie. La faible taille de l'échantillon a pu induire un biais.

Selon l'INSEE, près d'un médecin sur deux a plus de 55 ans tandis que seulement 16% de notre population a plus de 50 ans. Cette discordance pose la question d'un possible désintérêt des médecins de plus de 50 ans pour la phytothérapie qui n'auraient alors pas souhaité répondre au questionnaire. Ou peut-être que les médecins plus jeunes sont plus sensibilisés à ce sujet devant des patients et une société consommatrice de PP qui nécessite des réponses de la part du corps médical.

Des études supplémentaires seraient nécessaires avec une plus grande taille et une meilleure représentativité de l'échantillon des MG en France.

5. Les forces de cette étude et ses perspectives

Cette étude a permis de mettre en évidence quelques motivations poussant les MG à recourir aux PP. Elle renseignait le lecteur sur les troubles de santé et les autres facteurs amenant les médecins à une prescription de PP. Les résultats étaient cohérents avec les éléments bibliographiques retrouvés sur ce sujet. Néanmoins ce travail apporte seulement quelques éléments de réponses sur les motifs de recours aux PP, des études de type qualitatives pourraient venir interroger plus longuement les MG sur leurs freins et motivations.

Selon la HAS, les études descriptives ont un faible niveau de preuve scientifique. Ce travail ne permet pas de faire de lien de causalité entre les différents résultats, en revanche elle dépeint largement la place de la phytothérapie en médecine générale par une enquête locale en Isère. Cette étude a permis de faire un état des lieux sur une population plus importante que ne l'aurait fait une étude qualitative. Elle ouvre ensuite le champ à des études de type étiologique, certaines pourraient enquêter sur l'impact causal d'une formation en phytothérapie, sur un meilleur dépistage de l'automédication et de sa iatrogénie potentielle.

Il est ressorti dans cette étude un manque de connaissance des MG autour des PP et une volonté de se renseigner sur le sujet. Des études supplémentaires pourraient mettre en avant leurs attentes sur le contenu d'une telle formation. Cet enseignement pourrait prendre la forme de quelques heures de cours en pharmacologie dans le cursus universitaire, mais également sous la forme d'un DU obligatoire, standardisé et reconnu professionnalisant comme il en existe dans les DES de spécialités médicales. Pourtant de nombreux DU existent déjà dans le domaine et peu de MG y ont recours. On peut se demander si les freins à ces formations sont plutôt de l'ordre financier, liés au manque de disponibilité des MG, au manque de curiosité des MG sur la phytothérapie.

V. CONCLUSION

THÈSE SOUTENUE PAR : Clotilde PRAT et Agathe ARNAUD

TITRE : MOTIFS DE RECOURS À LA PHYTOTHÉRAPIE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE L'ISÈRE

CONCLUSION :

Cette étude était innovante par son approche large du recours à la phytothérapie en MG par une enquête locale en Isère. Elle avait pour objectif principal de lister les motifs fréquents de prescription de PP chez les médecins généralistes d'Isère. Elle s'inscrivait dans la suite de nombreux travaux sur le recours aux MAC en médecine. Elle a retrouvé des résultats cohérents avec ceux de la bibliographie. Cette étude étant descriptive, elle ne permettait pas de mettre en évidence des facteurs de causalité, en revanche elle ouvre le champ à de telles études.

Les prescriptions de PP étaient réalisées le plus souvent pour des troubles de santé de type neuro-psychiatriques, cardio-vasculaires et digestifs, et plus particulièrement les troubles du sommeil, troubles anxieux, troubles du rythme cardiaque et troubles en lien avec une colopathie fonctionnelle. Il était possible de suggérer une part fonctionnelle pour la majorité des troubles retrouvés. Les PP étaient fréquemment prescrits afin d'éviter le recours à un MC et les risques secondaires d'addictions, de chronicisation ou d'effets iatrogènes chez des patients vulnérables. Peu de médecins utilisaient les PP comme outil de prévention des maladies, ou pour corriger un trouble sous-jacent à celles-ci, peu souhaitaient qu'ils deviennent un outil d'automédication. Ces résultats n'étaient pas toujours en concordance avec les pratiques rapportées chez les patients par d'autres études, témoignant alors d'une

possible sous-estimation de l'automédication des patients avec des PP de la part des médecins. L'étude menée a relevé une méfiance des médecins vis-à-vis des PP en libre accès à la vente, mais aussi une ouverture des professionnels à d'autres pratiques médicales que celles étudiées à l'université.

La majorité des médecins intégrait les PP dans un schéma de prescription médicamenteuse habituel. Un nombre non négligeable d'effets indésirables des PP ont été mentionnés par les MG, dont certains étaient graves voire mortels. Cette constatation interpelle devant la représentation fréquente de la phytothérapie comme une médecine "douce". Parmi les MG enquêtés peu avaient connaissance des outils de phytovigilance, peu avaient suivi une formation de phytothérapie. Leurs sources d'information en phytothérapie étaient plutôt informelles souvent hors du cadre scientifique classique. L'instauration d'une formation ou d'une initiation systématique en phytothérapie en MG pourrait répondre au besoin de disposer de données scientifiques fiables à ce sujet et de participer à diminuer la iatrogénie par recours aux PP.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le : 6 Septembre 2021

LE DOYEN

Pr Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE THÈSE

Pr Françoise STANKE

Pour le Président
et par délégation
—
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

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. [En ligne].https://www.who.int/publications/list/traditional_medicine_strategy/fr/. Consulté le 3 avril 2020.

[2] Organisation mondiale de la santé. Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation de la médecine traditionnelle. Genève: OMS; 2000. [En ligne] https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/fr. Consulté le 3 avril 2020.

[3] Chevallier A. Encyclopedia of herbal Medicine. Paris; Larousse; 2017. p. 6-7

[4] ANSM, Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Médicaments à base de plantes [En ligne]. https://www.ansm.sante.fr/Activites/Medicaments-a-base-de-plantes/Comment-un-medicament-a-base-de-plantes-est-il-autorise. Consulté le 5 octobre 2020.

[5] ANSES, Agence National Sanitaire de l'Alimentation de l'Environnement et du Travail. [En ligne]. https://www.anses.fr/fr/content/les compléments alimentaires, nécessité d'une consommation éclairée. Consulté le 5 octobre 2020.

[6] IFOP, Institut d'études opinion et marketing en France et à l'International. Les Français et les médecines naturelles. IFOP; 2007. [En ligne]. https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-les-medecines-naturelles. Consulté le 5 septembre 2019.

[7] Observatoire sociétal du médicament. TNS; 2011. [En ligne]. https://www.tns-sofres.com/sites/default/files/2011.05.24-medicament.pdf. Consulté le 5 septembre 2019.

[8] David E. Représentations des plantes médicinales chez le pharmacien: étude par *focus group* avec des pharmaciens hospitaliers et approche historique. Université de Claude Bernard Lyon 1; 2019.

[9] Les enfants et les produits de santé naturels: Ce que le clinicien devrait savoir. Paediatr Child Health. 2005 Apr;10(4):236-41.[En ligne]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2722535. Consulté le 4 juin 2019.

[10] Déclaration de Beijing. Congrès de l'OMS sur la médecine traditionnelle, Beijing (Chine), 8 novembre 2008. [En ligne]. http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_BeijingDeclarationFR.pdf. Consulté le 4 juin 2019.

[11] Quality of Herbal Remedies. In: The Rules governing Medicinal Products in the European Community, Vol. III. Guidelines on the quality, safety and efficacy of medicinal products for human use. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1989.

[12] ESCOP. About ESCOP. [En ligne]. https://escop.com/about-escop. Consulté le 20 juin 2019.

[13] Afssaps, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bulletin Juridique info, No 22, avril 2009 relatif à la directive européenne 2004/24/CE. [En ligne].

https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6b521e11e373c9d3f077e389f5e02b7c.pdf. Consulté le 25 avril 2020.

[14] Décret n° 2008-841 du 22 août 2008 relatif à la vente au public des plantes médicinales inscrites à la Pharmacopée et modifiant l'article D. 4211-11 du code de la santé publique. 2008-841 août 22, 2008. [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000019375944. Consulté le 3 avril 2019.

[15] ANSM, Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Publications: Pharmacopée Française, substances d'origine végétale. [En ligne]. https://ansm.sante.fr/Mediatheque/Publications/Pharmacopee-francaise-Substances-d-origine-vegetale. Consulté le 15 mai 2020.

[16] Jahangirifar M, Taebi M, Dolatian M. The effect of Cinnamon on primary dysmenorrhea: A randomized, double-blind clinical trial. Complement Ther Clin Pract. 2018 Nov;33:56-60.

[17] Prescrire Rédaction. Des plantes pour soulager les troubles fonctionnels digestifs. La menthe poivrée semble efficace. Rev Prescrire 2007 ; 27(286) : 578-580

[18] Oniyangi O, Cohall DH. Phytomedicines (medicines derived from plants) for sickle cell disease. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Apr 6;(4):CD004448.

[19] Yarnell E. Botanical medicines for the urinary tract. World J Urol. 1 nov 2002;20(5):285-93.

[20] Mercan A. Le meilleur de la Science, de la Nature, et de la Tradition: Ethnographie des enseignements de phytothérapie en France. Thèse d'anthropologie. Université d'Aix-Marseille, 2012. p 57-124

[21] Montfort M. Utilisation des plantes médicinales lors de la grossesse; réalisation de fiches conseils pratiques. Thèse d'exercice.Université de Nantes; 2016.

[22] Chambord J. Phytothérapie, oligothérapie et homéopathie : enquête chez les médecins généralistes sur leur utilisation dans l'anxiété mineure de l'adulte, étude qualitative menée auprès de médecins généralistes haut normands. Thèse d'exercice. Université mixte de médecine et de pharmacie de Rouen ; 2016.

[23] 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 la communication médecin-patient.Thèse d'exercice. Université de Bordeaux; 2018.

[24] Larcher Luce M. Recours aux plantes médicinales locales en Martinique: une double enquête patients, médecin généraliste. Thèse d'exercice. Université de Nice-Sophia-Antipolis; 2015.

[25] Guyard C,Vogt J. Représentations des remèdes familiaux par les médecins généralistes d'Isère, Savoie et Haute-Savoie. Thèse d'exercice. Université Grenoble-Alpes; 2019.

[26] Laëtitia G. Les troubles somatiques fonctionnels au cours des symptômes prolongés de la Covid-19. 2021;4. Consulté en ligne sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/fiche_-_troubles_somatiques_fonctionnels.pdf

[27] Patris E. La prise en charge des troubles psychosomatiques en médecine générale: état actuel du savoir et connaissances des médecins généralistes. Université Paris 7; 2010.

[28] Moreau A, Girier P, Figon S, Le Goalion MF. Symptômes biomédicalement inexpliqués. Rev Prat Med Gen 2004 ;18 :292-5.

[29] URPS, union Régionale des Professionnels de Santé. Rapport départemental de la démographie médicale des médecins généralistes. [En ligne] https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/08/Isere_38_rapport_SDM_2018.pdf Consulté le 2 avril 2020.

ANNEXES

1. Questionnaire envoyé

LimeSurvey

Bonjour,

Nous sommes deux internes de médecine générale et faisons notre thèse sur l'utilisation de la phytothérapie en médecine générale en Isère.

Ce travail s'inscrit dans un contexte de regain d'intérêt ces dernières années pour la phytothérapie, phénomène qui questionne sur les risques liés à l'automédication et à la méconnaissance autour de ce sujet de la part des patients comme des médecins.

Par avance nous vous remercions grandement de nous aider dans notre travail !

Définitions utiles :

La Phytothérapie est un volet thérapeutique qui comprend des produits thérapeutiques naturels à base de plante (entière ou en partie). Selon le mode d'utilisation des plantes on retrouve : l'aromathérapie, la gemmothérapie, les infusions, les comprimés, etc. Ces produits sont enregistrés de façon obligatoire en France par l'ANSM (Agence Nationale de Santé et du Médicament), ils possèdent différents statuts juridiques (compléments alimentaires, AMM allégées...).

Les Médicaments Conventionnels (MC) sont des produits naturels ou de synthèse qui possèdent le statut juridique de médicament : leur vente est contrôlée par l'ANSM avec l'obtention préalable d'une AMM qui approuve l'efficacité et la sécurité d'un médicament après réalisation d'essais cliniques.

Partie A: I. Profil de prescripteur

A1. **1. Quel est votre âge :**

- [ ] entre 30 et 40 ans
- [ ] Plus de 50 ans
- [ ] entre 20 et 30 ans
- [ ] entre 40 et 50 ans

A2. **2. Quel est votre genre**

- [ ] Féminin

A3. **3. Quel est votre mode d'exercice ?**

- [ ] Exercice seul en cabinet

Activité pédiatrique, gynéco-obstétrique, PMI, planning familial ☐

Activité gériatrique ☐

Activité universitaire (maître de stage, tuteur, séminaire, recherche...) ☐

Exercice en cabinet de groupe, MSP ☐

Remplacements ☐

A4. 4. Quel est votre lieu d'exercice ?

Rural ☐

A5. 5. Avez-vous suivi une formation autour de la phytothérapie?

Oui ☐

A6. 6. Quelle est la fréquence de prescriptions de produit de phytothérapie ?

Jamais (☐

A7. 7. Concernant vos connaissances autour de la phytothérapie

Formation dans une école d'herboristerie ☑

Commentaire

Formation de phytothérapie universitaire (précisez lieu et année du DU ou DIU) ☑

Commentaire

Aucun intérêt pour la question ☑

Commentaire

Vous utilisez les retours d'expériences de vos patients ☑

Commentaire

Vous utilisez les conseils de collègues et professionnels formés sur le sujet ☑

Commentaire

Formation par d'autres voies, à précisez (laboratoire, revue, cours en ligne...)

Commentaire

Partie B: II. Outils de la phytothérapie au cabinet médical

B1. **1. Indiquez <u>les troubles de santé ou maladies</u> pour lesquels il vous arrive de prescrire des Produits de Phytothérapie (classés par appareils):**

Indiquez les troubles ou pathologies correspondant aux grands appareils

Cardio-vasculaire

Commentaire

Autre :

Commentaire

Hygiène de vie, performance physique ou sportive

Commentaire

Infectiologie, renforcement immunitaire

Commentaire

Oncologie

Commentaire

Gynécologie, sexologie

Commentaire

Dermatologie, médecine interne ☐

Commentaire

Ophtalmologie, ORL ☐

Commentaire

Urologie, néphrologie ☐

Commentaire

Rhumatologie, orthopédie ☐

Commentaire

Psychiatrie ☐

Commentaire

Neurologie ☐

Commentaire

Endocrinologie ☐

Commentaire

Pneumologie ☐

Commentaire

Gastroentérologie ☐

Commentaire

B2. 2. Dans quelles situations avez-vous eu recours à la phytothérapie?

Classez vos réponses entre : tout à fait d'accord, ni d'accord, ni pas d'accord, pas du tout d'accord

	Tout à fait d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas du tout d'accord
Répondre à la demande du patient qui souhaite utiliser un produit de phytothérapie	☐	☐	☐
Proposer une alternative au médicament conventionnel	☐	☐	☐
Associer un produit de phytothérapie à un médicament conventionnel pour compléter ou modifier ses effets	☐	☐	☐
Avoir recours à un outil de prévention de la maladie (huiles essentielles en prévention des infections hivernales...)	☐	☐	☐
Utiliser l'effet placebo d'une prescription	☐	☐	☐
Je n'utilise pas de phytothérapie	☐	☐	☐
Favoriser les thérapeutiques disponibles en auto-médication	☐	☐	☐

B3. 3. Selon vous, quels sont les intérêts de la phytothérapie prescrite conjointement à un médicament conventionnel (MC) ?

Classez vos réponses entre : tout à fait d'accord, ni d'accord, ni pas d'accord, pas du tout d'accord

	Tout à fait d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas du tout d'accord
Essayer de diminuer les posologies d'un MC pris depuis longtemps (diminuer des antidouleurs, antihypertenseurs, antidiabétiques...)	☐	☐	☐
Potentialiser l'effet thérapeutique du MC.	☐	☐	☐
Corriger un effet secondaire d'un MC (en cas de chimiothérapie, d'antibiothérapie prolongée...)	☐	☐	☐
Corriger un trouble physiologique sous-jacent à la maladie (déséquilibre acido-basique, carence vitaminique, carence en oligoéléments...)	☐	☐	☐

B4. 4. Selon vous, quels sont les intérêts de la phytothérapie lorsqu'elle remplace un médicament conventionnel (MC) ?

Classez vos réponses entre : tout à fait d'accord, ni d'accord ni pas d'accord, pas du tout d'accord

	Tout à fait d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Pas du tout d'accord
Pour une épargne des anti-infectieux devant la répétition d'une pathologie aiguë (cystite, rhinopharyngite, poussée herpétique...)	☐	☐	☐
Chez des patients fragiles afin d'éviter une iatrogénie liée au MC (patient âgé, enfant, insuffisance d'organe chronique...)	☐	☐	☐
Utiliser un effet thérapeutique propre au produit de phytothérapie (non retrouvé dans un MC existant)	☐	☐	☐
Eviter le risque d'addiction lié à la prescription d'un MC qui pourrait se chroniciser (Benzodiazépines, opiacés...)	☐	☐	☐

Partie C: III. Nature des produits de phytothérapie prescrits

C1. 1. Galénique et nature

Cochez les produits qu'il vous arrive de prescrire

Emplâtres ☐

- [ ] Gélules ou comprimés (compléments alimentaires...)
- [ ] Poudre de plante entière (plantes en vrac...)
- [ ] Tisane, décoction, infusion, sucs et jus
- [ ] Extraits fluides : teintures, macérats (alcollatures, SIPF, EPS, gemmothérapie...)
- [ ] Huiles essentielles (aromathérapie)
- [ ] Autre

Autre

C2. 2. Concernant la qualité et sécurité du produit, vous conseillez au patient :

- [ ] De se rendre en pharmacie ou parapharmacie
- [ ] De se rendre dans une herboristerie
- [ ] D'aller dans un magasin biologique
- [ ] Une adresse d'un site de culture de plantes médicinales
- [ ] Des caractéristiques pour reconnaitre et ramasser les plantes lui-même
- [ ] Un site internet de phytothérapie de confiance
- [ ] Autre

Autre

C3. 3. Précisez les produits de phytothérapie qu'il vous arrive de prescrire (molécule, nom de plante, nom commercial...):

Partie D: IV. Phytothérapie et raisonnement médical dans votre activité

D1. 1. Comment réalisez-vous la prescription du produit de phytothérapie

- [ ] De manière orale à titre de conseils, ou sur un post-it, il ne s'agit pas d'un médicament classique
- [ ] Vous utilisez les deux: conseils oraux et une rédaction d'ordonnance
- [ ] Vous ne conseillez pas sur ce sujet
- [ ] Vous rédigez une ordonnance classique avec une posologie, une fréquence, une durée, le moment de la prise...

D2. 2. En terme de suivi médical d'un patient utilisant un produit de phytothérapie (PP)

- [ ] Vous le notez dans le dossier médical du patient
- [ ] Aucune des propositions précédentes
- [ ] Vous expliquez au patient son mécanisme d'action, son efficacité attendue.
- [ ] Vous revoyez le patient en consultation pour réévaluer ses effets.
- [ ] Vous avertissez des effets secondaires et interactions médicamenteuses possibles

D3. 3. Pharmacovigilance :

- [ ] Vous avez déjà déclaré un incident en phytovigilance ou en nutrivigilance
- [ ] Vous demandez systématiquement à tous vos patients si ils prennent des produits de phytothérapie.
- [ ] Vous avez déjà demandé au patient d'arrêter la prise d'un PP à cause de ses effets secondaires.
- [ ] Vous avez déjà demandé au patient d'arrêter la prise d'un PP à cause d'interactions médicamenteuses.
- [ ] Vous avez déjà consulté des sites informant sur les interactions plantes-médicaments ou des sites de nutrivigilance (Hédrine etc.)
- [ ] Aucune des propositions précédentes

D4. 4. Quels effets secondaires avez-vous pu rencontrer ?

Nous vous remercions pour vos réponses! Si vous avez des questions ou commentaires, vous pouvez envoyer un mail à agathe.arnaud@etu.univ-grenoble-alp et clotilde.prat@etu.univ-grenoble-alp

2. Procédure d'enregistrement des MBP

Procédure simplifiée d'enregistrement des MBP au niveau Européen définie par la directive 2004/24/CE [21].

Cinq critères cumulatifs ont été définis pour qualifier les MBP et sécuriser leur autorisation de vente :

- Disposer d'indications propres à des MBP, conçus et destinés à être utilisés sans la surveillance d'un médecin.

- Être administrés selon un dosage et une posologie spécifiés.

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

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

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

3. Tableaux de résultats

Tableau 2: Profil des médecins ayant suivi une formation en phytothérapie

	Formation (n = 12)	Pas de formation (n = 146)	P valeur
Age			Fisher biostat tgv
20 – 30 ans	2 (16,7%)	39 (26,7%)	0.739
30 – 40 ans	6 (50%)	63 (43,1%)	0.792
40 – 50 ans	1 (8,3%)	21 (14,4%)	1
> 50 ans	3 (25%)	23 (15,8%)	0.449
Sexe			Fisher biostattgv)
Féminin	9 (75%)	95 (65,1%)	0.818
Masculin	3 (25%)	51 (34,9%)	0.765
Lieu d'exercice			
Rural	1 (8,3%)	17 (11,6%)	1
Semi-rural	5 (41,7%)	80 (54,8%)	0.793
Urbain	6 (50%)	49 (33,6%)	0.415
Mode d'exercice			
Seul	2 (16,7%)	12 (8,2%)	0.318
En groupe	8 (66,7%)	88 (60,3%)	0.815
Pédiatrie/gynéco	1 (8,3%)	14 (9,6%)	1
Gériatrie	1 (8,3%)	6 (4,1%)	1
MSU	2 (16,7%)	24 (16,4%)	1
Remplaçants	2 (16,7%)	53 (36,3%)	0.527
Prescription			
Fréquemment	7 (58,3%)	19 (13%)	**0.007**
Occasionnellement	4 (33,3%)	70 (47,9%)	0.781
Rarement	1 (8,3%)	37 (25,4%)	0.469
Jamais	0	20 (13,7%)	0.366

Tableau 3 : Profil des prescripteurs de phytothérapie

	Fréquemment (N = 26)	Occasionnellement (N = 74)	Rarement (N = 38)	Jamais (N = 20)	P valeur
Age					
20 – 30 ans	5 (19,2%)	16 (21,6%)	11 (28,9%)	9 (45%)	0,432 (Fisher)
30 – 40 ans	7 (26,9%)	36 (48,6%)	17 (44,7%)	9 (45%)	0,657 (Chi2)
40 – 50 ans	5 (19,2%)	12 (16,2%)	4 (10,5%)	1 (5%)	0,597 (Fisher)
> 50 ans	9 (34,6%)	10 (13,5%)	6 (15,8%)	1 (5%)	0,160 (Fisher)
Sexe					
Féminin	16 (61,5%)	52 (70,3%)	23 (60,5%)	13 (65%)	0,964 (Chi2)
Masculin	10 (38,5%)	22 (29,7%)	15 (39,5%)	7 (35%)	0,883 (Chi2)
Lieu d'exercice					
Rural	4 (15,4%)	8 (10,8%)	2 (5,3%)	4 (20%)	0,409 (Fisher)
Semi-rural	14 (53,8%)	42 (56,8%)	20 (52,6%)	9 (45%)	0,963 (Chi2)
Urbain	8 (30,8%)	24 (32,4%)	16 (42,1%)	7 (35%)	0,898 (Chi2)
Mode d'exercice					
Seul	5 (19,2%)	5 (6,8%)	2 (5,3%)	2 (10%)	0,313 (Fisher)
En groupe	16 (61,5%)	50 (67,6%)	23 (60,5%)	7 (35%)	0,581 (Fisher)
Pédiatrie/gynéco	1 (3,8%)	8 (10,8%)	6 (15,8%)	0	0,309 (Fisher)
Gériatrie	1 (3,8%)	4 (20,3%)	2 (5,3%)	0	0,892 (Fisher)
MSU	2 (7,7%)	15 (20,3%)	6 (15,8%)	3 (15%)	0,715 (Fisher)
Remplaçants	6 (23,1%)	22 (29,7%)	13 (34,2%)	14 (70%)	0,142 (Chi2)

Tableau 6 : Galénique des PP prescrits par les MG

Nature des produits prescrits	**Nombres**
Gélules ou comprimés (compléments alimentaires...)	136 (87,4%)
Poudre de plante entière (plantes en vrac...)	15 (9,8%)
Tisane, décoction, infusion, sucs et jus	53 (34,2%)
Extraits fluides : teintures, macérats (alcollatures, SIPF, EPS, gemmothérapie...)	16 (10,3%)
Huiles essentielles (aromathérapie)	48 (31%)
Emplâtres	18 (11,6%)
Autre : Crème, Baume à base d'huile, Gel, Homéopathie, Plante directement si connaissance du patient, Sirop, Suppositoire	8 (5,1%)

Tableau 7 : Mode de prescription du PP

La prescription du produit	**Nombre (154 réponses)**
De manière orale à titre de conseils, ou sur un post-it, il ne s'agit pas d'un médicament classique	30 (19,5%)
Ordonnance classique	67 (43,5%)
les deux: conseils oraux et une rédaction d'ordonnance	88 (57,1%)
Vous ne conseillez pas sur ce sujet	11 (7,1%)

Tableau 8 : lieux de ressources des PP

Conseils délivrés au patient	**Nombre (155 réponses)**
De se rendre en pharmacie ou parapharmacie	144 (92,9%)
De se rendre dans une herboristerie	26 (16,8%)
D'aller dans un magasin biologique	20 (12,9%)
Une adresse d'un site de culture de plantes médicinales	2 (1,3%)
Des caractéristiques pour reconnaitre et ramasser les plantes lui-même	2 (1,3%)
Un site internet de phytothérapie de confiance	8 (5,2%)
Autre	7 (4,5%)

Tableau 9 : Pharmacovigilance

	Nombre (154 réponses)
Vous expliquez au patient son mécanisme d'action, son efficacité attendue.	85 (55,2%)
Vous avertissez des effets secondaires et interactions médicamenteuses possibles	70 (45,5%)
Vous le notez dans le dossier médical du patient	116 (75,3%)
Vous revoyez le patient en consultation pour réévaluer ses effets.	47 (30,5%)
Vous demandez systématiquement à tous vos patients si ils prennent des produits de phytothérapie.	19 (12,3%)
Vous avez déjà demandé au patient d'arrêter la prise d'un PP à cause de ses effets secondaires.	53 (34,4%)
Vous avez déjà demandé au patient d'arrêter la prise d'un PP à cause d'interactions médicamenteuses.]	82 (53,2%)
Vous avez déjà consulté des sites informant sur les interactions plantes-médicaments ou des sites de nutrivigilance (Hédrine etc.)	28 (18,2%)
Vous avez déjà déclaré un incident en phytovigilance ou en nutrivigilance	2 (1,3%)

4. Produits de phytothérapie prescrits

Produits de phytothérapie prescrits	Nombre
Euphytose (Valériane – Passiflore – Aubépine – Ballote)	72
Aubépine (Cardiocalm)	41
Valériane	34
Millepertuis (Mildac)	19
Spasmine (Valériane – Aubépine)	19
Passiflore	16
Thym (et thiméol)	14
Menthe poivrée	13
Cranberry	12
HE d'arbre à thé ou tea-tree	9
Omézélis (Aubépine – Mélisse – Calcium – Magnésium)	9
Arnica	8
Permixon (Serenoa repens)	8
Canneberge	7
HE d'eucalyptus radie et globulus	7
Tranquital (Aubépine – Valériane)	7
Argile	6
Curcuma	6
Camomille	5
Citron/ Citrus/ Citrobiol	5
Cys-Control Fort (canneberge, D-mannose, bruyère)	5
Gaulthéry	5
Gingembre	5
Probiotique (Bactivit, Lactibiane, ultralevure, Pileje)	5
Ravintsara	5
Romarin	5
Safran	5
Harpagophytum	4
HE Niaouli	4
Lavande officinale, fine	4
Prunier d'Afrique (Tadenan)	4
Calendula	3
HE de sauge	3
Helichryse	3
Mélisse	3
Perubore (Lavande – Thym – Romarin – Thymol)	3
Prospan (Lierre grimpant)	3
Spiruline	3
Vigne rouge	3
A chaque fois mention "ou équivalent" sur l'ordonnance afin que le pharmacien puisse proposer une molécule contenant les mêmes composants si besoin	2

prescription de "phytothérapie pour le sommeil", "phyto pour l'anxiété", à voir avec la pharmacie	
Achillée mille feuille	2
Aucun	2
Chelidoine	2
Colpermin (Menthe poivrée essence)	2
EPS Rhodiole	2
Eschcholtzia	2
Ginseng	2
Graines de courge	2
Gyndelta (Cranberry – Airelle – Bruyère)	2
Hamamelis	2
Huile de pépins de pamplemousse	2
Levure riz rouge	2
Marron d'inde	2
Miel	2
Phytosoja	2
Phytostandard Rhodiole	2
Propolis	2
Psyllium	2
Reine des prés	2
Rescue (fleurs de Bachs)	2
Sympathyl	2
Vagostabyl	2
Valdispert	2
Verveine	2
Abufène	1
Acerola	1
Actisoufre ?	1
Ail	1
Aloe Vera	1
Arkorelax	1
Aromalgic	1
Artichaud	1
Ashwaganda	1
Asperule odorante	1
Bacopa	1
Balsolene	1
Bourrache	1
Bruyère	1
Cardamone	1
Caroube	1
Chardon marie	1
Chophytol	1
Clou de girofle	1
Composé Alflorex	1
Consoude	1

Dicetel	1
Eleuthérocoque	1
Elixir de Chartreuse	1
Elusanes gélules	1
Extraits de soja	1
Fermibion	1
Fleur de Bach	1
Fucus	1
Fumeterre	1
G5	1
Gelsemium	1
Gentle iron	1
Gingko	1
Grenade	1
Griffonia	1
Grintuss	1
HE de cannelle	1
HE orange amer	1
HE Verbenone	1
HE Vétiver	1
Houblon	1
Huile d'amande douce	1
Huile de noix de coco	1
Inhalation à base d'HE	1
L52 et L72	1
Laurier noble	1
LEGALON cp	1
Magnésium	1
Mélatonine	1
Melioran Pileje	1
Mellilot	1
Noisetier	1
Novanuit	1
Olivier	1
Oméga 3	1
Onagre	1
Origan	1
Petit grain bigarade HE	1
Physioflore (Lactobacillus crispatus)	1
Phytoeostrogène	1
Piasclédine	1
Pinaverium	1
Pissenlit	1
Plantain	1
Poivre	1
Polyvitamine	1
Prele	1
Produits d'Herbiolys	1

Réglisse	1
Sauge plante ou cp	1
Schizendra	1
Sédatif PC (??)	1
Serenoa repens	1
Silice	1
Solacy ergyphylus	1
Sollievi	1
Stimulant guarana	1
Stodal	1
Stovir	1
Teinture d’avoine	1
Tilleul	1

5. Effets secondaires retrouvés

Effets indésirables rencontrés	Nombre de fois
Sur le plan digestif Troubles et intolérances digestifs ballonnements diarrhées douleurs abdominales Eructations Météorisme Syndrome de malabsorption Etat nauséeux Oligoélèments (Cuivre) Millepertuis	14
Aucun	13
Sur le plan cutané Brulures cutanées Sur utilisation d'HE de tea-tree HE Intolérance cutanée (irritation) Sur HE en application cutanée non diluée dans huile végétale ou trop dosées ou sur une huile qui n'a pas d'indication cutanée provoquées ou aggravées par les huiles essentielles ou l'application de produits de phytothérapie auto-prescrits directement sur la peau Photosensibilité Millepertuis Eruption cutanée Prurit Toxicité cutanée des Terpenes	12
Interaction médicamenteuse Cordarone et Millepertuis Contraception Millepertuis et autres médicaments Millepertuis et AVK (hémorragies)	9
Sur le plan hépatique Hépatite aiguë Ingestion massive de tisanes Préparation phytothérapique à visée amaigrissante en automédication A l'Acerola Cytolyse Spiruline Huiles essentielles Hépatotoxique des phénols aromatique aromatiques	7
Sur le plan cardiaque	6

Malaise tachycardie Troubles du rythme Aubépine et médicaments conventionnels Hypotension HTA Suite à prise de Ginko biloba Levure de bière	
Allergie	4
<u>Sur le plan neurologique</u> Effets neurotoxiques des lactones Syndrome sérotoninergique Millepertuis Somnolence Trop excitant Ginseng	4
Inefficacité	2
Troubles de la coagulation	2
Carence en fer	1
Effet adverse	1
Effet mutagène reprogène des phénols méthyls éthers	1
Effets secondaires de la levure de riz rouge identique aux statines parfois	1
Je ne sais pas	1
Le prix et l'arnaque de certains produits	1
Myalgies	1
<u>Sur le plan rénal</u> Majoration d'insuffisance rénale sous un traitement "aux plantes" pour patiente ayant une polykystose rénale qui voulait "détoxifier" ses reins. Résolutif à l'arrêt de la prise de complément "détoxifiant". déclaration de pharmacovigilance faite.	1
<u>Sur le plan thyroïdien</u> Thyroidotoxique des compléments iodés	1