



HAL
open science

Motivations à la formation et à la prescription de la phytothérapie chez les médecins généralistes

Albert Chevallier

► **To cite this version:**

Albert Chevallier. Motivations à la formation et à la prescription de la phytothérapie chez les médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03298109

HAL Id: hal-03298109

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298109v1>

Submitted on 23 Jul 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 et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE - MÉMOIRE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

le jeudi 17 décembre 2020

par

Albert CHEVALLIER

né le 20 janvier 1989 au Mans

Motivations à la formation et à la prescription de la phytothérapie chez les médecins généralistes

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Président du Jury & Directeur de Thèse

Monsieur le Professeur François PAILLE

Juge

Madame le Professeur Gisèle KANNY

Juge

Monsieur le Docteur Jean-Luc VIRY

Juge



Président de l'Université de Lorraine
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
 Pr Laure JOLY

Asseseurs

Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER
Deuxième cycle : Pr Antoine KIMMOUN
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESim : Pr Stéphane ZUILY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI
Etudiant : Mme Audrey MOUGEL

Chargés de mission

Docimologie : Dr Jacques JONAS
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
Relations internationales : Pr Jacques HUBERT

Présidente du Conseil de la Pédagogie : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD – Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - François GUILLEMIN – Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD – François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER – Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Gilbert FAURE - Alain LE FAOU - Thierry MAY - Patrick NETTER - Luc PICARD - François PLENAT - Paul VERT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ -

Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Guillaume VOGIN

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER- Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

5^e sous-section : (*Médecine d'urgence*)

Professeur Tahar CHOUHED

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4^e sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE -

Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY - Professeure

Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Cyril SCHWEITZER

2^e sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU

2° sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66° Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : (*Médecine générale*)

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2° sous-section : (*Histologie, embryologie, et cytogénétique*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2° sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN (stagiaire)

2° sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : (*Immunologie*)

Docteure Alice AARNINK

4° sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD (stagiaire)

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Docteur Philippe GUERCI

3° sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : (Neurochirurgie)

Docteur Fabien RECH

3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Docteur Thomas SCHWITZER

4° sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER (stagiaire)

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSSE

4° sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)

Docteure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1° sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Anthony LOPEZ

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1° sous-section : (Pédiatrie)

Docteure Cécile POCHON (stagiaire)

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)

Docteure Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1° sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

63° Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE (stagiaire)

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

69° Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : (Médecine générale)

Docteur Cédric BERBE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences
de Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À notre Directeur de Thèse et Président de Jury,

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO,
Professeur des Universités de Médecine Générale

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la direction de ce travail
ainsi que la présidence de notre jury de thèse, et nous vous en remercions.
Veuillez trouver dans cette thèse l'expression de notre profond respect.*

À nos Maîtres et Juges,

Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

*Vous nous faites l'honneur de juger notre travail et nous vous en remercions.
Veuillez trouver dans cette thèse l'expression de notre profond respect.*

Madame le Professeur Gisèle KANNY,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

*Vous nous faites l'honneur de juger notre travail et nous vous en remercions.
Veuillez trouver dans cette thèse l'expression de notre profond respect.*

Monsieur le Docteur Jean-Luc VIRY

Docteur en Médecine Générale – Maître de Stage des Universités

*Vous nous avez encadré lors de notre dernier stage ambulatoire ;
Nous vous remercions pour avoir consacré votre temps à notre formation,
pour votre pédagogie remarquable et pour avoir partagé votre passion avec nous.
Nous sommes très honoré de vous compter parmi nos juges.
Veuillez trouver dans cette thèse le signe de notre reconnaissance et de notre gratitude.*

Aux professionnels de santé ayant contribué à notre formation,

Aux médecins & infirmiers du Service d'Endocrinologie de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Bégin (Paris), *pour nous avoir accueilli avec tant de sympathie lors de notre premier stage hospitalier.*

Aux médecins & infirmiers des différents services des Hospices Civils de Lyon & de l'HIA Legouest (Metz), *pour nous avoir appris, lors de notre externat, les bases de la sémiologie, de l'examen clinique, des gestes diagnostiques et thérapeutiques.*

Aux médecins, pharmaciens & laborantins du Laboratoire de Biologie de l'HIA Legouest, *pour avoir partagé avec nous leur passion et leurs connaissances biomédicales.*

Au Dr Jean-Michel PUYHARDY, médecin-biologiste, *pour son accueil, sa sympathie et sa pédagogie à l'occasion de ce stage.*

Au Dr Amélie POINSARD, pharmacien-biologiste, *pour nous avoir accompagné et transmis sa passion pour son métier lors de ce stage.*

Au Dr Thérèse FERLET, médecin généraliste militaire, *pour toute la sympathie et la pédagogie avec laquelle elle s'est appliquée à faire de nous son futur confrère, lors de nos stages d'externat et d'internat en antenne médicale des armées.*

Aux chirurgiens & infirmiers du Service de Chirurgie Viscérale de l'HIA Legouest, *pour nous avoir permis, avec toute leur sympathie, de découvrir et d'assister leur pratique au bloc opératoire.*

Aux médecins & infirmiers du Service de Dermatologie-Vénérologie de l'HIA Legouest et du Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville, *pour nous avoir fait découvrir une spécialité bien plus vaste et passionnante que nous ne l'imaginions.*

Au Dr Jean POUHAHA, dermatologue, *dont nous n'oublierons jamais la bonne humeur et le rire, décédé du COVID-19 le 30 mars 2020. Qu'il repose en paix.*

Aux médecins & infirmiers du Service des Urgences Pédiatriques de l'Hôpital d'Enfants Brabois (Vandœuvre-les-Nancy), *pour leur sympathie, leur estime et leur pédagogie pendant notre stage.*

Aux Dr René THIEL, Dr Jean-Luc VIRY & Dr Yvonnick CLEMENCE, médecins généralistes, *pour nous avoir transmis les clés du métier avec passion et pédagogie, à l'occasion de notre dernier stage en soins primaires en autonomie supervisée.*

À nos collègues de travail,

À l'ensemble de nos co-internes, pour avoir partagé, échangé et mutualisé nos compétences, nos connaissances, notre énergie et notre détermination à soigner les patients et à faire fonctionner les services hospitaliers dans lesquels nous étions affectés.

À nos co-internes de chirurgie viscérale, Dr Charline BERTHOLDT, gynécologue-obstétricienne, & Dr Myriam TREGAROT, chirurgienne, pour ces agréables moments passés ensemble lors de ce stage et pour notre amitié en dehors de l'hôpital.

À notre co-interne de dermatologie, Dr Olivia BAUVIN, dermatologue, sans qui nous n'aurions jamais pu affronter seul la masse de travail lors de ce stage, et pour notre complicité tout au long de cette folle expérience.

Aux médecins & infirmiers des Services d'Urgences du Centre Hospitalier Marie-Madeleine (Forbach) et de l'Hôpital Hôtel-Dieu du Creusot, pour nous avoir traité en confrère et nous avoir chaleureusement intégré dans leur équipe respective durant notre période de reconversion civile.

À nos camarades,

À tous mes camarades étudiants & militaires, pour avoir passé toutes ces années d'études et de formation ensemble, notamment en première année, avant l'Examen National Classant ou pendant l'internat. Traverser ces périodes à vos côtés a été une expérience inoubliable. Je vous souhaite à chacun de trouver votre voie, et espère que nos parcours respectifs nous amèneront à nous revoir.

À notre famille,

À mes parents, pour m'avoir donné tout leur amour, offert une enfance merveilleuse et transmis leurs valeurs, sans lesquels je ne serais pas ce que je suis devenu.

À mes sœurs, Mathilde, Charlotte & Élisabeth, pour avoir partagé notre enfance, pour notre amour parfois vache mais inamissible, malgré notre éloignement.

À mon grand-père, Dr Med. Franz Schnellbächer, grand médecin que je n'ai que trop peu connu. J'aurais aimé que tu sois là aujourd'hui ; aussi je souhaite te dédier cette thèse.

À ma grand-mère, que j'espérais voir plus souvent à l'issue de mes études. J'aurais aimé partager plus de temps avec toi avant que tu ne partes.

À mon fils, Arthur, pour avoir supporté jusqu'ici tes deux parents médecins et thésards. Ta ténacité face aux épreuves, ta hardiesse et ta vivacité d'esprit me rendent fier de toi. Que ta joie de vivre et ta curiosité intellectuelle demeurent toujours aussi grandes.

À mon amour, Mégane, pour m'avoir accepté dans ta vie, mais surtout pour m'avoir sorti de la mienne, pour m'avoir soutenu dans les épreuves et témoigné de ton amour toutes ces années durant. Je suis fier et heureux de voir tout ce que nous avons construit ensemble jusqu'ici.

À mes beaux-parents, Gérard & Nathalie, pour m'avoir si chaleureusement accueilli et intégré, avec Arthur, dans leur famille.

Aux grands-parents d'Arthur, Michel & Pia, pour avoir veillé sur Arthur toutes ces années.

À Newton, mon fidèle ami à quatre pattes, pour ta présence quotidienne, ton amour inconditionnel et ta loyauté sans égard. Tu seras à tout jamais le plus parfait des compagnons.

À nos amis,

À Benjamin & Étienne, pour notre amitié sans faille et de longue date. Même à l'autre bout du monde, et en dépit de nos rares retrouvailles, je sais que je peux toujours compter sur vous.

À Christian, pour notre amitié spontanée et inébranlable malgré la distance. Te compter parmi mes confrères outre-Rhin me réjouit.

À tous ceux dont j'ai croisé le chemin tôt ou tard, et avec qui nous avons sympathisé, avant que chacun ne reprenne sa route. Vous avez tous contribué à faire de moi la personne que je suis aujourd'hui. J'espère que nous nous retrouverons un jour ou l'autre.

Enfin, à moi-même, pour être allé jusqu'au bout malgré les épreuves, et parce que ce travail, c'est moi qui l'ai fait tout seul.

SERMENT

« Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque ».

PRÉAMBULE

Cette thèse d'exercice s'intègre dans le cadre de l'obtention du grade de Docteur en Médecine au sein de la Faculté de Médecine de Nancy. Elle clôture, en 2020, neuf années d'études de médecine, débutées en 2006 mais interrompues et augmentées de quelques périodes plus ou moins longues, liées à l'expérience et aux aléas d'une vie déjà bien remplie.

Ce travail m'a permis de développer des connaissances et compétences supplémentaires, dont la recherche qualitative, m'ouvrant ainsi plus largement aux sciences humaines et sociales. Plus encore, l'expérience liée à la réalisation de ce travail m'a permis d'intégrer de nouveaux paradigmes dans ma pratique médicale et a induit chez moi une réflexion profonde sur mes projections professionnelles. Son aspect anthropologique m'a notamment permis de replacer la dimension humaniste – qui m'avait initialement motivé à entreprendre les études médicales – au centre de mes intérêts et de ma profession, de ma vocation. Ma formation récente au Diplôme Universitaire de « Phytothérapie, Aromathérapie & Plantes Médicinales » de la Faculté de Pharmacie de Lyon en 2018-2019 avait d'ailleurs dès lors suscité cette réflexion, et m'avait d'ores et déjà permis de m'ouvrir à de nouvelles approches – en m'introduisant notamment à des disciplines comme l'ethnopharmacologie, mais aussi à la phytochimie et la pharmacognosie. C'est de cette formation si enrichissante qu'est issue l'idée de sujet de cette thèse : quelles sont les perceptions des médecins vis-à-vis de cette pratique originelle, à l'orée des principes thérapeutiques actuels ? Un recadrage des objectifs a finalement abouti au sujet présenté ici. Le travail réalisé au cours de cette thèse s'est donc porté sur les motivations au recours à la phytothérapie chez les médecins généralistes impliqués dans cette pratique.

N.B. Cette étude n'a pas pour vocation de discuter la validité scientifique de la discipline. Je déclare par ailleurs ne pas avoir de conflit d'intérêts en rapport avec la réalisation de ce travail.

Je profite de cet avant-propos pour préciser qu'aucun jugement de valeur n'a été porté sur les propos ou les pratiques des participants à cette étude, que je remercie en passant de m'avoir accueilli chaleureusement à leur cabinet ou à leur domicile pour partager leurs motivations et convictions intimes sur le sujet. Je suis sorti grandi de ces conversations, qui m'ont également beaucoup fait avancer dans la démarche introspective que constitue généralement l'état d'esprit d'un trentenaire, doctorant et médecin *a fortiori*.

Medicamenta praestantissima in manu imperiti, sunt uti gladius in dextra furiosi.

« Les meilleurs remèdes sont, dans les mains d'un inexpérimenté,
comme un glaive dans une main de fou. »

Carl von Linné [1707-1778], médecin & naturaliste suédois

TABLE DES MATIÈRES - SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES & ACRONYMES	17
INTRODUCTION.....	18
CHAPITRE 1 CONTEXTE DE L'ÉTUDE	18
CHAPITRE 2 DEFINITIONS	24
CHAPITRE 3 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	28
1. OBJECTIF PRINCIPAL	28
2. OBJECTIF SECONDAIRE	28
MÉTHODES	29
CHAPITRE 1 TYPE D'ÉTUDE & POPULATION ETUDIÉE	29
1. TYPE D'ÉTUDE.....	29
2. POPULATION DE L'ÉTUDE	29
CHAPITRE 2 METHODOLOGIE	32
1. GRILLE D'ENTRETIEN & QUESTIONNAIRE	32
2. RÉALISATION DES ENTRETIENS.....	33
3. RECUEIL & EXPLOITATION DES DONNÉES	33
RÉSULTATS.....	35
CHAPITRE 1 POPULATION & ENTRETIENS.....	35
1. ÉCHANTILLON	35
2. ENTRETIENS.....	35
3. CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS.....	36
CHAPITRE 2 ANALYSE DES ENTRETIENS	37
1. REPRÉSENTATIONS & MOTIVATIONS GÉNÉRALES À LA FORMATION EN PHYTOTHÉRAPIE	37
2. DÉTERMINANTS DE LA PRÉSCRIPTION.....	61
3. APPORTS DE LA PHYTOTHÉRAPIE & RECOMMANDATIONS AUX PRATICIENS	74
DISCUSSION	108
CHAPITRE 1 VALIDITÉ DE L'ÉTUDE	108
1. POINTS FORTS DE L'ÉTUDE.....	108
2. LIMITES DE L'ÉTUDE	109
CHAPITRE 2 SYNTHÈSE & COMPARAISON DES DONNÉES AVEC LA LITTÉRATURE	116
1. REPRÉSENTATIONS & MOTIVATIONS GÉNÉRALES À LA FORMATION EN PHYTOTHÉRAPIE	118
2. DÉTERMINANTS DE LA PRÉSCRIPTION DE PHYTOTHÉRAPIE	126
3. APPORTS DE LA PHYTOTHÉRAPIE & RECOMMANDATIONS AUX PRATICIENS	129
CHAPITRE 3 PERSPECTIVES & PISTES DE RECHERCHE	141
CONCLUSION	143
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	145
ANNEXES	153
ANNEXE I GRILLE D'ENTRETIEN	153
ANNEXE II TABLEAU DES CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS PARTICIPANTS	160
ANNEXE III PRINCIPAUX STATUTS APPLICABLES AUX PLANTES ET PRODUITS À BASE DE PLANTES	161
TABLE DES MATIÈRES DÉTAILLÉE	162

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES & ACRONYMES

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

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

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

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSP : Code de la Santé Publique

DGCCRF : Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes

DIU : Diplôme Interuniversitaire

DU : Diplôme Universitaire

EMA : *European Medicines Agency*

EPS® : Extrait de Plante Standardisé

ESCOF : *European Scientific Cooperative on Phytotherapy*

HAS : Haute Autorité de Santé

HMPC : *Committee on Herbal Medicine Products*

IESV : Institut Européen des Substances Végétales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MEP : Médecin à Exercice Particulier ou Médecin à Expertise Particulière

MIVILUDES : Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires

MT/MC : Médecine Traditionnelle et/ou Médecine Complémentaire

OMS : Organisation mondiale de la santé

PSNC : Pratiques de Soins Non Conventionnelles

INTRODUCTION

Chapitre 1 Contexte de l'étude

La phytothérapie, du grec *phuton* (plante) et *thérapéia* (soigner) désigne étymologiquement la thérapeutique par les plantes (1). Il s'agit ainsi de la médecine basée sur l'utilisation de plantes ou de leurs extraits. Ces plantes, qui peuvent par ailleurs avoir un usage alimentaire, condimentaire ou hygiénique, sont caractérisées de plantes médicinales lorsque leurs principes actifs ont des vertus thérapeutiques. La pharmacopée française définit d'ailleurs les plantes médicinales comme « *des drogues végétales qui peuvent être utilisées entières ou sous forme d'une partie de plante et possèdent des propriétés médicamenteuses* ». Aujourd'hui, la phytothérapie est susceptible d'englober plusieurs familles de produits issus des plantes médicinales, n'ayant pas tous les mêmes caractéristiques : plantes médicinales en vrac, préparations magistrales ou officinales, médicaments et médicaments traditionnels à base de plantes, huiles essentielles et compléments alimentaires à base de plantes.

La phytothérapie constitue certainement le premier et principal outil thérapeutique depuis des millénaires : la tablette sumérienne de Nippur, gravée durant le troisième millénaire avant notre ère, comporte la liste des drogues végétales utilisées à cette époque, parmi lesquelles figurent déjà l'opium, la jusquiame, mais aussi l'usage de décoctions filtrées de chanvre, thym, saule et myrte. L'utilisation des plantes médicinales au cours des siècles suivants chez les Égyptiens a également été rapportée par la traduction du Papyrus d'Ebers, écrit à Thèbes vers 1600 av. J.-C. . Au cours de l'antiquité gréco-latine, le *Corpus hippocraticum* relate les vastes connaissances d'Hippocrate sur ces drogues, et dont les réflexions posent les premiers fondements scientifiques de la médecine. Quelques siècles plus tard, Dioscoride élargit l'œuvre de son précurseur en inventoriant plus de 500 drogues dans un livre rédigé en 77 apr. J.-C., qui sera traduit en latin au XV^e siècle sous le titre *De Materia Medica*. La pharmacopée végétale s'est développée et enrichie au cours du second millénaire des observations d'autres grands noms. Parmi eux : Avicenne (philosophe et médecin persan) au XI^e siècle, Sainte Hildegarde de Bingen (religieuse, naturaliste et médecin d'origine rhénane) au XII^e siècle, Paracelse (médecin, philosophe et théologien suisse) au XVI^e siècle, Césalpin (médecin italien) au XVI^e siècle, Tournefort (botaniste français) au XVII^e, puis Linné (médecin et naturaliste suédois) au XVIII^e siècle. Le XIX^e siècle est marqué par l'isolation de plusieurs principes actifs d'origine végétale par les pharmaciens, tels que le sel d'opium, la quinine extraite de l'écorce de quinquina, les premiers alcaloïdes de l'ergot de seigle, etc. (2). Les plantes médicinales sont ainsi au fondement de notre médecine et de notre pharmacie contemporaine.

Depuis l'avènement de l'industrie chimique au début du XX^e siècle, puis celui de l'industrie biotechnologique à la fin des années 1990, elles ont peu à peu été reléguées au statut de

simples matières premières, au profit de l'utilisation de principes actifs purifiés, hémisynthétisés ou synthétisés.

Depuis les années 1970, où elles ont été réhabilitées par des pionniers en la matière, le terme de phytothérapie refait surface dans la littérature. En effet, une recherche du terme sur l'outil en ligne « *Books Ngram Viewer* » montre que ce concept apparaît d'abord timidement au début des années 1900, pour s'estomper quelques dizaines d'années plus tard, avant de connaître une forte croissance dans son occurrence depuis les années 1970 jusqu'à nos jours (3).

Aujourd'hui, près de la moitié des médicaments que nous utilisons est indirectement issue de la recherche sur les plantes, et le quart renferme des extraits ou des molécules actives de plantes (4). En dépit de son rôle précurseur de la médecine conventionnelle, la phytothérapie est souvent considérée dans le monde médical comme une pratique de soins non conventionnelle, et ce, alors qu'elle ne s'appuie plus seulement sur les connaissances empiriques découlant de son usage traditionnel, mais aussi sur des données scientifiques constamment actualisées. Certes, la majorité de ces données sont des études sur la composition des plantes médicinales, sur leurs effets *in vitro* ou *in vivo*. Les études cliniques bien conduites sont plus rares, et si ces dernières ne sont pas de forte puissance statistique, elles ont au moins le mérite d'exister.

La littérature scientifique distingue justement deux approches de la phytothérapie, sans forcément les opposer (5):

- La phytothérapie traditionnelle, trouvant sa justification dans l'empirisme des siècles passés, ou relevant parfois du concept philosophique ou idéologique. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), celle-ci est considérée comme une médecine traditionnelle, se définissant par « *la somme totale des connaissances, compétences et pratiques intégrées dans une approche culturelle et sociale depuis de nombreuses générations. Elle repose sur les théories, croyances et expériences propres à une culture qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales* » (6). À ce titre, elle est encore largement employée dans de nombreux pays, notamment ceux en voie de développement. Du fait de l'absence d'études cliniques, il s'agit d'une pratique de soin dite non conventionnelle (PSNC).

- La phytothérapie moderne, s'appuyant sur la compréhension des mécanismes d'action des principes actifs contenus dans les plantes médicinales. Ces connaissances ont été accumulées depuis le XIX^e siècle avec la naissance de nouvelles disciplines comme la pharmacognosie et l'ethnopharmacologie, étudiant respectivement la composition chimique et l'utilisation médicinale des plantes. Les avancées de ces dernières décennies en

pharmacologie, en toxicologie et en recherche clinique permettent désormais d'évaluer les interactions de ces substances avec l'organisme et leur effet sur ce dernier. C'est cette pratique, en proposant un usage thérapeutique documenté, qui conduit à l'élaboration de médicaments à base de plantes soumis à l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

Dans le monde, l'intérêt pour la phytothérapie s'est considérablement accru au cours des dernières décennies chez les utilisateurs, mais également chez les chercheurs et les services de santé (7). Dans la déclaration d'Alma-Ata en 1978, l'OMS reconnaissait déjà que 80 % de la population des pays en voie de développement utilisait des pratiques traditionnelles dans ses soins de santé (8). Depuis, l'OMS a plusieurs fois réaffirmé sa position sur la nécessité de valoriser l'utilisation des plantes médicinales dans le domaine de la santé et des soins primaires (9,10). Dans son dernier rapport «*Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023* » (11) elle liste ses objectifs, orientations et actions stratégiques pour les Médecines Traditionnelles et Complémentaires (MT/MC), de la manière suivante :

« *Objectif stratégique 1 : Renforcer la base de connaissances pour une gestion active de la MT/MC via des politiques nationales appropriées*

Objectif stratégique 2 : Renforcer l'assurance-qualité, la sécurité, l'usage approprié et l'efficacité de la MT/MC en réglementant les produits, pratiques et praticiens

Objectif stratégique 3 : Promouvoir la couverture sanitaire universelle en intégrant de façon adéquate les services de MT/MC dans la prestation des services de santé et l'auto-prise en charge sanitaire . »

Le regain d'intérêt pour les plantes médicinales et la volonté de sécuriser leur usage, tout comme l'importante source d'innovation scientifique qu'elles représentent, ont fortement contribué au retour de la phytothérapie dans un cadre scientifique multidisciplinaire. A terme, le recours à la phytothérapie pourrait aussi être favorisé par la volonté des pouvoirs publics de faire de la médecine préventive un axe majeur de la politique de santé nationale.

D'autre part, à la vue des nombreux sites internet, articles et blogs dédiés aux nombreux produits dérivés des plantes médicinales (phytothérapie, huiles essentielles, compléments alimentaires, etc.), celles-ci semblent avoir également connu un regain d'intérêt dans la population générale.

En effet, d'après un rapport publié en 2018 par l'Établissement national des produits de l'agriculture et de la mer *FranceAgriMer* et portant sur les seules ventes en pharmacies et parapharmacies, la phytothérapie est un secteur porteur : les ventes de produits de phytothérapie en pharmacie sont en progression constante (+ 1,16 % entre 2016 et 2017,

passant de 96,7 à 101,6 millions d'euros; pour les parapharmacies, la progression était encore plus forte : + 11 % entre 2016 et 2017, pour des ventes représentant 5,2 millions d'euros en 2015, 5,8 millions d'euros en 2016 et 6,5 millions d'euros en 2017 (12). Déjà en 2015, cet établissement constatait que « *les achats consommateurs de 2011 à 2014 ont progressé de 6 % en volume, avec une évolution moyenne annuelle de + 2 % sur le marché officinal ; 83 % des pharmaciens remarquent une demande plus importante pour les médecines naturelles et 88 % des officines en France ont aujourd'hui un rayon dédié aux médecines naturelles.* » (13).

Toujours sur les seules ventes en pharmacie, le marché des huiles essentielles a connu une croissance en volume de 40 % entre 2012 et 2016, avoisinant ainsi les 180 millions d'euros. Comme le soulignait le rapport d'information du Sénat du 27 septembre 2018 sur le développement de l'herboristerie et des plantes médicinales, « *ces données ne prenant pas en compte les ventes hors circuit pharmaceutique, qui pourraient représenter 90 % du marché total, notamment dans des magasins bio, des grandes surfaces ou sur internet, il est à supposer que la tendance est en réalité bien plus importante.* » (14). En effet, le chiffre d'affaires des cinq principales entreprises françaises fournisseuses d'huiles essentielles a été en augmentation de 20 % par an entre 2009 et 2015 (15).

Le segment des compléments alimentaires connaît, lui, la plus forte hausse, à + 6 % par an depuis une dizaine d'années, et représente un chiffre d'affaires de 1,8 milliard d'euros en France. Sachant que, d'après les données du Syndicat national des compléments alimentaires *Synadiet*, deux tiers (64 %) de ces compléments en France contiennent au moins une plante et ce segment particulier représenterait à lui seul près de 1 milliard d'euros (14).

En France, le marché des plantes médicinales est donc en vogue, et la phytothérapie est bien perçue par la population ; de plus, alors que la thérapeutique moderne se développe, les Français expriment également un certain scepticisme à l'égard des médicaments de synthèse : dans un sondage mené en 2011, 63 % des Français feraient confiance à la phytothérapie, 45 % disaient y avoir recours, 28 % lui donnaient une priorité à la médecine conventionnelle, 35 % l'utilisaient en complément de la médecine conventionnelle et 43 % y avaient régulièrement recours (16). Dans une thèse de pharmacie de 2013, il ressortait qu'un étudiant sur trois affirmait qu'il serait plus motivé à prendre un traitement s'il était à base de plantes (17). Une étude qualitative menée conjointement par *OpenHealth* et l'Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (AFIPA) auprès de 120 pharmaciens en 2018, montrait que les pharmaciens notaient une baisse de la demande de médicaments conventionnels, fabriqués à partir de molécules de synthèse, au profit de produits dits « naturels ». Elle constatait également que 3,2 produits sur 10 délivrés en officine revendiquent un positionnement « naturel », les produits les plus demandés étant l'aromathérapie, la phytothérapie, la micronutrition et les probiotiques (18). D'après l'Ordre National des

Pharmaciens, cet engouement croissant serait observé par tous les professionnels de santé depuis plusieurs années (19).

D'après le rapport du Sénat paru en 2018, « *le recours aux plantes médicinales et aux produits à base de plantes [serait] au carrefour de plusieurs attentes sociétales : une quête de naturalité, la volonté de se réappropriier des usages traditionnels, l'attention portée à des produits naturels perçus comme plus sûrs et plus sains, d'où une demande forte pour des produits issus de l'agriculture biologique ou dont la traçabilité est assurée; mais également des comportements d'automédication qui traduisent une volonté d'être acteur de sa santé, de promouvoir la prévention et l'hygiène de vie.* » (14). Dans le contexte de transition écologique de notre société, cette tendance témoigne probablement aussi d'un attachement à notre patrimoine végétal et de sa fragilité.

En conséquence, la phytothérapie est devenue omniprésente. Traditionnellement, elle est perçue comme respectueuse des connaissances ancestrales ; d'origine naturelle, elle est imaginée non dangereuse ; disponible facilement, elle permet notamment aux patients de s'automédiquer. Pour l'Ordre National des Pharmaciens, notre société serait aujourd'hui éloignée de la culture traditionnelle des plantes médicinales et aurait une vision idéalisée de ces produits : les patients en rechercheraient les vertus mais n'appréhenderaient pas les risques concomitants (19). La compréhension de cette discipline s'avère donc être un enjeu important pour les médecins généralistes, qui seront vraisemblablement confrontés à l'avenir à une augmentation de l'automédication en phytothérapie et/ou demande *a priori* plus importante de la part de leurs patients.

Cependant, la connaissance et l'usage de la phytothérapie par les médecins généralistes français sont à ce jour toujours très limités. Certaines études menées récemment en médecine générale ont montré que la prévalence de l'utilisation de la phytothérapie par les omnipraticiens français semblait encore faible face à cette tendance : dans une thèse sur la perception et l'utilisation des médecines non conventionnelles en médecine générale, réalisée en 2012 par enquête descriptive auprès de 103 médecins en Moselle, seulement 9 médecins utilisaient la phytothérapie couramment (20). Une autre thèse de 2014 étudiait justement la sous-utilisation de la phytothérapie chez les médecins généralistes du Nord Pas-de-Calais et montrait que 21 % des médecins interrogés utilisaient fréquemment la phytothérapie dans leur pratique quotidienne, mais que 96 % n'y étaient pas formés (21). En 2015, une thèse sur la perception de la phytothérapie chez les médecins généralistes et leurs freins à la prescription mettait en évidence leur méconnaissance globale de la discipline et leur volonté de formation, motivée par leur préoccupation autour de la sécurité de leurs prescriptions (22).

La phytothérapie n'est en effet pas enseignée dans le tronc commun des études médicales.

Son utilisation nécessite un large éventail de connaissances scientifiques (notamment en phytochimie, chimie organique, pharmacologie et pharmacognosie), pour lesquelles les médecins généralistes peuvent toujours se former en recourant aux Diplômes Universitaires ou Inter-Universitaires (DU/DIU) ou à la formation continue. Mais ce choix de formation est alors strictement motivé par des raisons intimes à ces médecins.

Nous avons nous-même été confronté au sujet des plantes médicinales au cours de nos stages ambulatoires et de nos remplacements en cabinet de médecine générale : nous avons ainsi observé l'intérêt qu'elles suscitaient chez les patients en médecine générale et avons été sollicité par ces derniers à ce sujet. De nombreux patients indiquaient déjà y recourir sous forme d'huiles essentielles, de tisanes ou de compléments alimentaires. De notre confrontation à ces situations est née la motivation à nous former à la phytothérapie, non seulement pour saisir les enjeux de cette discipline au sein de la médecine générale, mais aussi face à notre questionnement sur sa scientificité. Il nous paraissait en effet indispensable que le médecin généraliste que nous sommes connaisse un minimum à ce sujet afin de mieux conseiller et prendre en charge la patientèle souhaitant en faire usage.

Les motivations des phytothérapeutes à s'être formés ou à prescrire de la phytothérapie n'ont que très peu été étudiées jusqu'ici. À notre connaissance, la dernière étude traitant du sujet, de 2014, consistait surtout en un état des lieux de l'utilisation de la phytothérapie en médecine générale, et ne s'intéressait que peu à ces motivations (23).

C'est en raison de ce contexte, et de notre expérience personnelle, que nous nous sommes proposé d'étudier les motivations à la formation et à la prescription de la phytothérapie chez les médecins généralistes se décrivant comme phytothérapeutes et y ayant régulièrement recours. Secondairement, cette étude nous permettrait de recueillir leurs recommandations à destination des médecins généralistes souhaitant intégrer la phytothérapie dans leur pratique.

Nous avons donc réalisé une étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés, chez des médecins généralistes phytothérapeutes, dans deux des treize régions françaises : Bourgogne-Franche-Comté et Auvergne-Rhône-Alpes.

Nous tenons à préciser que l'objet de cette étude était purement descriptif et n'avait pas pour vocation de discuter la validité scientifique de la phytothérapie.

Chapitre 2 Définitions

Nous ne reviendrons pas dans ce travail sur les diverses formes pharmaceutiques utilisées en phytothérapie, ni sur les différents procédés de préparation/transformation dont elles sont issues. Le but de cette étude n'est en effet pas de passer en revue toutes ces formes et procédés, qui peuvent être retrouvés dans d'autres travaux s'intéressant à ce sujet particulier (23-25).

Cependant, pour clarifier les termes utilisés dans cette étude, nous nous limiterons à définir les formes et utilisations suivantes :

- **Aromathérapie** : il s'agit d'une branche de la phytothérapie consistant en l'utilisation d'huiles essentielles. Ces dernières sont considérées comme des « préparations » à base de plantes dans l'article R.5121 du Code de Santé Publique (CSP) et définies par la Pharmacopée Européenne comme des « *produits odorants, généralement de composition complexe, obtenus à partir d'une matière première végétale botaniquement définie, soit par entraînement par la vapeur d'eau, soit par distillation sèche, ou par un procédé mécanique approprié sans chauffage* ». D'après l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), une huile essentielle est considérée comme un médicament si elle est présentée comme ayant des propriétés pour soigner ou prévenir des maladies humaines ou lorsqu'elle a une action pharmacologique, immunologique ou métabolique (26).

- **Gemmothérapie** : autre branche de la phytothérapie, consistant en l'utilisation de macérats glycinés, qui sont des préparations liquides obtenues à partir de bourgeons végétaux ou autres tissus végétaux en voie de croissance (jeunes pousses, racines) et recueillis frais, par l'action d'un mélange de glycérol et d'alcool de titre approprié. Le macérat est préparé au 1/20^e dans un mélange alcool/glycérine, puis délivré dilué au 1/10^e dans un mélange eau/alcool/glycérine (soit une dilution au 1/200^e, équivalent à une première dilution hahnemannienne). Ces préparations sont souvent élaborées par des laboratoires d'homéopathie, et sont d'ailleurs considérées comme préparations homéopathiques par la Pharmacopée Européenne (27).

- **Extrait de Plante Standardisé (EPS)[®]** : procédé de préparation breveté, consistant en cryobroyage de plante fraîche après congélation, puis en un pressage des parties hydrophiles et des extractions successives par lixiviation dans un mélange d'eau et d'alcool à des degrés de concentration croissante. Les deux extraits sont ensuite mélangés et évaporés sous vide, puis glycinés. On obtient ainsi un ensemble complet des principes actifs, allant des molécules hydrosolubles jusqu'aux molécules liposolubles (lipophiles), comme les huiles essentielles (28,29).

- **Tisanes** : d'après la Pharmacopée Française, préparation aqueuse buvable obtenue à partir d'une ou plusieurs drogues végétales. Les tisanes peuvent être obtenues par infusion, décoction ou macération de ces plantes (30).

Toujours dans ce même souci de clarté, nous résumerons ici les subtilités existant autour de certains termes utilisés dans ce travail, en apparence similaires, mais pourtant bien différents, puisque régis par un cadre réglementaire bien défini. Nous ne reviendrons pas non plus sur le détail de ce cadre réglementaire autour des produits à base de plantes, dont l'exposé mériterait un travail de présentation à part et a déjà été repris dans plusieurs études sur la phytothérapie (22,23,31), mais dont la synthèse est établie dans un tableau présenté en Annexe III (14).

Dans un esprit d'uniformisation, les termes utilisés dans notre étude correspondent ainsi aux définitions suivantes :

- **Médicament** : l'article L.5111-1 du CSP définit comme médicament « *toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.* » (32).

- **Médicament de synthèse ou médicament conventionnel** : médicament composé d'un ou plusieurs principe(s) actif(s), obtenu(s) soit par synthèse, soit par extraction et purification de plantes. Ce type de médicament nécessite une autorisation de mise sur le marché (AMM) dite classique, attribuée par l'ANSM en fonction de l'évaluation de son bénéfice et de ses risques.

- **Médicament à base de plantes ou phytomédicament** : « *Tout médicament dont les substances actives sont exclusivement une ou plusieurs substances végétales ou préparations à base de plantes, seules ou en association (article L.5121-1 du CSP). Il peut se présenter sous la forme d'une spécialité pharmaceutique, d'une préparation pharmaceutique (magistrale ou officinale), ou de drogues végétales.* » (33). Ces médicaments sont généralement soumis à une AMM en cas d'usage médical bien établi, ou à une AMM dite « allégée », sur la base de la tradition d'usage et/ou de leur innocuité/efficacité relative. Les monographies publiées par le *Committee on Herbal Medical Products* (HMPC) à l'*European Medicines Agency* (EMA) servent de référentiel pour distinguer l'usage traditionnel de l'usage médical bien établi lorsque cela est possible.

- **Compléments alimentaires** : Un décret de 2006 relatif aux compléments alimentaires les définit ainsi : « *Denrées alimentaires dont le but est de compléter le régime alimentaire normal et qui constituent une source concentrée de nutriments ou d'autres substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique seules ou combinées* » (34). Leur vente ne relève pas du monopole pharmaceutique (art. L.4211-1 du CSP). Ces compléments ne nécessitent pas d'AMM mais une déclaration préalable obligatoire de mise sur le marché auprès de la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF). Leur statut ne garantit ni la composition ni la qualité de leur préparation. Toute mention d'allégation faisant état de propriétés de prévention, de traitement ou de guérison d'une maladie est interdite sur ce type de produits (35). Ces compléments alimentaires peuvent être composés de plantes ou de préparation de plantes. Celles qui peuvent être employées dans leur fabrication sont des « *plantes ou parties de plantes traditionnellement utilisées dans l'alimentation* », ou des plantes dites « *libérées* » du monopole pharmaceutique français (148 plantes). Les plantes ou préparations de plantes « *possédant des propriétés pharmacologiques et destinées à un usage exclusivement thérapeutique* » y sont expressément interdites. Toutefois, au nom de la libre circulation des marchandises dans l'Union Européenne, ces compléments peuvent inclure de nouvelles substances, ni autorisées ni interdites en France, mais fabriquées ou commercialisées dans un autre état de l'espace économique ou européen, sur simple déclaration administrative auprès de la DGCCRF. Du fait de cette réglementation particulièrement peu contraignante, ils peuvent ainsi finalement contenir des plantes médicinales (36).

- **Médecine conventionnelle** : la littérature emploie souvent des termes différents pour désigner la médecine reconnue par nos instances gouvernementales et scientifiques ; souvent caractérisée de médecine « officielle », « classique » ou même « allopathique » dans différentes études, nous nous sommes restreint ici à utiliser le terme de médecine « conventionnelle ». Ce terme, en plus de rappeler celui de la « convention » médicale passée entre médecins et Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), nous semble moins clivant et sous-entend une certaine forme de consensus. Le ministère des Solidarités et de la Santé, sur une page d'information au public sur les pratiques de soins « non conventionnelles » (PSNC), en donne la définition suivante : « *La médecine "conventionnelle" s'appuie sur des traitements qui ont obtenu une validation scientifique, soit par des essais cliniques, soit parce qu'ils bénéficient d'un consensus professionnel fort obtenu avec l'accord et l'expérience de la majorité des professionnels de la discipline concernée. Les consensus professionnels, quant à eux, sont obtenus après plusieurs années de recul, avec l'accord et l'expérience de la majorité des professionnels de la discipline concernée. Les conditions d'utilisation des techniques y sont définies avec précision. En s'appuyant sur cette méthodologie rigoureuse, l'efficacité de la médecine conventionnelle est prouvée. La médecine conventionnelle est enseignée dans les*

facultés de médecine. Les études de médecine conduisent à l'obtention de diplômes de niveau national : le doctorat en médecine et des diplômes dans une des spécialités médicales existantes. Pour obtenir le diplôme et le titre de médecin, les seules matières enseignées sont les pratiques "conventionnelles". » (37).

- **Pratiques de soins non conventionnelles (PSNC)** : les pratiques de soins n'entrant pas dans le cadre de la médecine conventionnelle sont souvent caractérisées de « médecines alternatives et/ou complémentaires » (MAC). Le terme « médecine non conventionnelle » avait été retenu par la Commission Européenne de Bruxelles du 29 mai 1997 pour qualifier ces médecines alternatives (20). L'OMS parle plutôt de médecines traditionnelles et/ou complémentaires (MT/MC) (11). Le terme « médecine » emprunté dans ces appellations pouvant faire débat, nous avons préféré choisir celui de « pratiques de soins non conventionnelles », également définies sur la même page du Ministère de la Santé (37) : « *Dans la très grande majorité des cas, les pratiques de soins non conventionnelles n'ont pas fait l'objet d'études scientifiques ou cliniques montrant leurs modalités d'action, leurs effets, leur efficacité, ainsi que leur non-dangerosité. [...]. Ces pratiques se développent parallèlement à la médecine "conventionnelle", en France et partout dans le monde. Elles sont également en progression dans le champ du bien-être, de la nutrition et de l'apparence esthétique. »*

Chapitre 3 Objectifs de l'étude

1. Objectif principal

Évaluer les perceptions, les motivations et les facteurs aboutissant à formation et à la prescription de phytothérapie chez les médecins généralistes formés à cette discipline et se définissant comme phytothérapeutes.

2. Objectif secondaire

Obtenir des conseils de la part de ces médecins généralistes phytothérapeutes, à destination des médecins généralistes non formés en phytothérapie et souhaitant intégrer cette discipline dans leur pratique médicale.

MÉTHODES

Chapitre 1 Type d'étude & population étudiée

1. Type d'étude

L'étude que nous avons réalisée était une recherche sur les motivations à une pratique donnée chez des médecins généralistes. Il s'agissait d'une étude qualitative, menée par l'intermédiaire d'entretiens semi-dirigés.

2. Population de l'étude

2.1. Critères d'inclusion

Pour la constitution de l'échantillon, les critères d'inclusion étaient les suivants :

- être médecin généraliste, en activité, exerçant dans les soins primaires,
- se déclarer comme phytothérapeute ou avoir une orientation en phytothérapie, et en prescrire régulièrement,
- avoir eu au moins une formation en phytothérapie ou dans le domaine des plantes médicinales.

Aucune limite d'âge, aucune durée d'expérience en phytothérapie et aucune durée d'ancienneté d'exercice n'ont été fixées. L'installation n'était pas un critère indispensable pour être inclus : les médecins-remplaçants remplissant les critères précédents étaient éligibles à l'inclusion.

Médecin généraliste

D'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (38) ce critère regroupait les médecins généralistes qui, selon leur âge, étaient :

- des médecins qualifiés en médecine générale selon le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) ouvert en 2004,
- ou des médecins ayant obtenu un titre qualifiant de médecine générale via les commissions de qualification,
- ou des médecins ayant un titre plus ancien, non qualifiant, de médecine générale.

Les médecins répondant à un de ces critères devaient également être en activité régulière

lors de la période des entretiens.

Leur exercice devait se situer dans le cadre des soins primaires, c'est-à-dire être constitué d'une activité de médecine générale, par exemple en cabinet libéral, maison de santé pluridisciplinaire, pôle de santé ou centre de santé, etc. (39).

Orientation en phytothérapie

Pour ce critère, le simple fait de se considérer comme phytothérapeute était suffisant ; il n'était pas nécessaire que les médecins se déclarant comme tels affichent publiquement leur orientation en phytothérapie.

Les médecins devaient prescrire régulièrement de la phytothérapie ; cet aspect de régularité était laissé à l'appréciation des médecins recrutés.

Formation en phytothérapie ou en plantes médicinales

Les médecins devaient avoir eu une formation en phytothérapie, ou plus largement, dans le domaine des plantes médicinales. Aucune certification ni aucun diplôme n'étaient exigés. Ces formations n'étaient donc pas uniquement limitées aux formations universitaires comme les diplômes universitaires (DU) ou interuniversitaires (DIU), mais pouvaient comprendre d'autres formations dispensées par des organismes tiers.

2.2. Critères de non-inclusion

Homéopathie

Le fait de se déclarer homéopathe, d'avoir une approche de type homéopathique ou un exercice particulier en homéopathie constituait un critère de non-inclusion. *De facto*, les médecins publiquement référencés comme phytothérapeutes, mais affichant publiquement cette orientation supplémentaire n'ont pas été contactés ou inclus.

2.3. Recrutement & échantillon

Le recrutement des participants à cette étude a été effectué dans la recherche d'une variation de profil maximale. Ce recrutement s'est fait de juillet 2019 à novembre 2019, par différents moyens :

- Échantillonnage de volontaires par contact e-mail au sein d'une liste de diffusion, constituée de personnes ayant passé le diplôme universitaire « Phytothérapie, aromathérapie et plantes médicinales » de la faculté de pharmacie de Lyon, dont nous faisons partie.

- Échantillonnage raisonné par contact téléphonique à partir de coordonnées de médecins généralistes phytothérapeutes, obtenues :
 - o après recherche en ligne dans les Pages Jaunes® et autres annuaires spécialisés de professionnels de santé, tels que Doctolib®,
 - o auprès de l'Institut Européen des Sciences Végétales (IESV)^a,
 - o par bouche-à-oreille au cours des entretiens.

Un premier échange d'e-mail ou contact téléphonique individuel nous ont permis de nous assurer que les médecins remplissaient tous les critères d'inclusion. Lors de ces échanges, un rendez-vous a été proposé à chacun d'entre eux pour réalisation d'un entretien.

Le recrutement a été mené jusqu'à obtention d'un échantillon hétérogène dit en variation maximale et jusqu'à saturation des données des entretiens (voir Chapitre 2 – 2.3 Nombre d'entretiens).

^a Institut Européen des Sciences Végétales (IESV) : association loi 1901 créée en 2007, œuvrant auprès des professionnels de santé de l'espace francophone, afin de renforcer et améliorer les bonnes pratiques en phytothérapie clinique individualisée.

Chapitre 2 Méthodologie

1. Grille d'entretien & questionnaire

1.1. Conception de la grille d'entretien

Un script (ou grille) d'entretien (voir Annexe I) a été élaboré avant la phase de recrutement, à partir du contexte et des objectifs de l'étude.

Cette grille comportait une série de questions ouvertes ayant servi de fil conducteur lors des entretiens. Ces questions ne nécessitaient pas d'être posées dans l'ordre, mais constituaient uniquement une trame. Il était donc possible de s'entretenir autour d'une thématique de cette grille à n'importe quel moment de l'entretien, si celle-ci était spontanément abordée par le sujet interrogé. Chacune des questions était enrichie de relances optionnelles, afin de faire préciser les propos d'un sujet ou de relancer la discussion en cas d'absence de réponse de sa part.

Trois grands thèmes y étaient abordés :

- Les motivations générales : raisons de formation, définition/perception de la phytothérapie,
- Les motivations à la prescription de la phytothérapie,
- Les conseils apportés aux médecins généralistes pour tenir compte de la phytothérapie, convaincre de son utilisation et aider à sa prescription.

Les questions ont pu être modifiées et enrichies en fonction des réponses apportées par les praticiens interviewés lors des premiers entretiens.

1.2. Questionnaire

Préalablement à chaque entretien, un questionnaire rattaché à la grille d'entretien (voir Annexe I) a permis de recueillir certaines caractéristiques des participants.

Ces données comprenaient :

- L'âge et le sexe des participants,
- Le lieu et la durée d'exercice, et le cas échéant, la durée d'installation et le secteur d'activité,
- La ou les formation(s) en phytothérapie et leur(s) année(s) de réalisation, le nombre d'années de mise en pratique de la phytothérapie,
- Les autres formations ou exercices particuliers éventuels.

2. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été menés de manière individuelle et semi-structurée à l'aide de la grille d'entretien.

2.1. Lieux & conditions d'entretien

Les entretiens ont été réalisés en tête à tête dans un endroit calme, tel que le cabinet des médecins participants, ou à leur domicile en cas de convenance personnelle. Ils ont été préférentiellement menés à des moments permettant une meilleure attention des interviewés : en début ou en fin de journée, ou, dans le cas d'une journée de consultations, lors d'une pause prolongée comme à la mi-journée.

2.2. Investigateur

L'ensemble des entretiens ont été menés par nous-même, interne en médecine générale et médecin remplaçant. Nous avons veillé à ce que notre attitude lors de ces entretiens soit la plus empathique, la plus neutre et la plus objective possible. Les thèmes abordés et leur enchaînement ont été adaptés à chaque entretien, afin de ne pas entraver la spontanéité et la fluidité de la discussion, dans le but de mieux saisir les motivations des médecins interrogés en laissant libre cours à l'expression de leur ressenti .

2.3. Nombre d'entretiens

Les entretiens ont été menés d'août 2019 à décembre 2019. Ils ont été conduits au-delà de la saturation des données, donc après-même que l'analyse des réponses n'apportait plus de nouveaux éléments ou concepts sensiblement différents de celles préalablement recueillies (40,41).

3. Recueil & exploitation des données

3.1. Recueil des données

Chaque entretien a été intégralement enregistré au moyen d'une application d'enregistrement audio sur smartphone, après accord oral du médecin interviewé. Le questionnaire a été rempli par l'investigateur d'après les informations fournies par le participant au début de chaque entretien.

3.2. Transcription

Les pistes audio au format m4a ont été transférées sur ordinateur et enregistrées au nom du médecin interrogé, avant d'être totalement retranscrites sur logiciel de traitement de texte.

Les propos énoncés par les interviewés ont été reproduits dans leur intégralité (*verbatim*), incluant éventuellement les rires ou soupirs, notés entre parenthèses.

Les caractéristiques relatives aux interviewés ont été entrées dans un logiciel tableur.

Les différents participants ont été anonymisés au cours de la transcription. À cette fin, chaque participant s'est vu attribuer un nom de code « Mx », où x était un nombre entier se référant au numéro de l'entretien dans l'ordre chronologique de leur réalisation. Les lieux d'exercice ont été anonymisés par des lettres alphabétiques et classés par tranches d'unité urbaine telles que définies par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) (42).

3.3. Méthode d'analyse

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel NVIVO 12 (version 12.6.0), un logiciel de référence dédié à l'analyse de données non structurées et qualitatives (41). Pour ce faire, chaque entretien transcrit a été importé dans le logiciel puis analysé manuellement par l'investigateur.

Chaque partie du verbatim s'articulant autour d'un thème de la grille d'entretien a d'abord été affectée à un « nœud » nommé d'après ce thème. Ce premier codage dit « ouvert », ou analyse transversale, a permis de structurer les réponses en fonction des objectifs et des thèmes que nous avons souhaité aborder pour cette étude. Cette structuration a permis une meilleure lecture des verbatim pour leur analyse plus approfondie.

Il a ensuite été procédé à une analyse thématique ou codage axial : chaque partie du verbatim a été encodée à des nœuds plus spécifiques, représentant les idées véhiculées par les interviewés. L'émergence de nouveaux nœuds de ce type à chaque entretien témoignait de l'apport de nouveaux concepts chez les participants. Au fur et à mesure des entretiens, les nœuds ont pu être affinés en sous-catégories en fonction de la diversité des idées apportées. L'analyse de l'émergence de nouveaux nœuds par le logiciel a permis de définir à quel moment les données étaient arrivées à saturation.

Pour finir, il a été réalisé un codage sélectif : ces nœuds ont été regroupés en thèmes plus généraux, eux-mêmes structurés de sorte à former un arbre de concepts répondant aux objectifs de notre étude.

RÉSULTATS

Chapitre 1 Population & entretiens

1. Échantillon

Au total, 10 médecins remplissant les critères d'inclusion ont pu être recrutés :

- 7 médecins appartenant à la liste de diffusion des diplômés du DU de phytothérapie de Lyon s'étaient manifestés suite à notre appel à participation. Parmi eux, 5 ont été inclus, mais pas les 2 autres : 1 était homéopathe, 1 médecin n'était pas disponible au moment réalisation de cette étude.
- Les coordonnées de 7 médecins nous ont été fournies par l'IESV. Sur les 7 contactés, 1 seul a été inclus et les 6 autres ne l'ont pas été : 4 étaient homéopathes, 2 médecins n'étaient pas joignables malgré plusieurs appels.
- 5 médecins ont été trouvés à l'aide d'annuaires. Sur les 5 contactés, 2 ont été inclus, 3 ne l'ont pas été : 1 médecin était retraité, 1 médecin était injoignable après plusieurs appels, 1 médecin s'avérait être homéopathe.
- Les coordonnées de 5 autres praticiens nous ont été fournies par bouche-à-oreille auprès des premiers participants : 2 ont été inclus, les 3 autres ne l'ont pas été : 1 n'exerçait plus, 1 était pharmacien, 1 n'était pas disponible au moment de l'étude.

2. Entretiens

Tous les médecins de l'échantillon ont accepté de réaliser un entretien : 10 entretiens ont donc été menés entre août 2019 et décembre 2019. Leurs durées respectives étaient de l'ordre de 30 minutes à 1 heure et 45 minutes, avec une moyenne d'une heure environ (61,5 minutes).

La saturation des données a été obtenue dès le 7^{ème} entretien, mais les entretiens ont tout de même été poursuivis jusqu'au 10^{ème}.

3. Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des médecins participant à l'étude sont récapitulées dans un tableau en Annexe II.

Les 10 participants aux entretiens étaient des médecins âgés de 29 à 62 ans (en moyenne 46,7 ans) ; il s'agissait de 6 femmes et de 4 hommes.

Ces médecins exerçaient dans 7 villes différentes, réparties dans 2 régions et 6 départements différents. Trois de ces villes avaient moins de 10 000 habitants et 7 avaient plus de 100 000 habitants. Parmi les 10 médecins de l'échantillon, 8 praticiens étaient conventionnés en secteur 1 ; les 2 autres n'étaient pas conventionnés (secteur 3).

Leur durée d'exercice était de 2 à 37 ans (en moyenne 18,6 ans) et la durée de leur pratique de la phytothérapie était de 2 à 18 ans (en moyenne 8,3 ans). Le délai entre le début de leur exercice et leur formation en phytothérapie était de 0 à 30 années (en moyenne 10,9 années).

Tous les médecins sauf 1 étaient titulaires d'un diplôme universitaire de phytothérapie. Quatre praticiens avaient reçu 2 formations dans ce domaine, contre une seule formation pour les 6 autres.

Chapitre 2 Analyse des entretiens

N.B. Seuls les résultats issus de l'analyse des verbatim sont présentés ici. Les verbatim complets ne sont pas exposés dans cette thèse ; ils peuvent néanmoins être communiqués par l'auteur sur demande.

1. Représentations & motivations générales à la formation en phytothérapie

Dans cette partie, nous avons recueilli tous les éléments se rapportant aux représentations des médecins interrogés ainsi qu'aux facteurs qui les ont amenés à vouloir se former en phytothérapie.

1.1. Perception de la médecine conventionnelle

La perception de la médecine conventionnelle était un élément prépondérant dans la motivation à se former à la phytothérapie. Tous les médecins faisaient le constat de limites dans le système médical conventionnel : un enseignement incomplet à la faculté, des insuffisances ou son inadéquation aux soins primaires. Ce système leur inspirait globalement de la méfiance ; la relation médecin-malade y serait dégradée. Ils y apportaient la critique de ce qui leur paraissait constituer un dogme résolument trop scientifique, trop axé sur la santé publique et pas assez au service de la santé individuelle. Cette perception plutôt négative de la médecine conventionnelle constituait ainsi une thématique récurrente chez tous les praticiens interrogés et fondait la motivation principale à se former en phytothérapie.

M3 : « J'ai perdu confiance en la médecine conventionnelle, en les traitements dont on ne pèse pas toujours tous les effets secondaires. »

1.1.1 Enseignement

Pour la majorité des médecins interrogés (M1/M2/M4/M5/M6/M10), l'enseignement de la médecine – dans son approche conventionnelle – ne serait soit pas assez complet, soit inadapté à la médecine générale. Cette inadaptation vaudrait tant pour l'enseignement universitaire que pour les formations continues, élaborées en partie par des pairs.

M4 : « [...] tout ce qu'on nous apprend à la fac n'est pas du tout adapté à ce qu'on pratique en médecine générale. »

M6 : « [...] quand j'ai fait mon stage de médecine générale de premier niveau, je me suis rendu compte qu'il y avait des situations pour lesquelles on n'était pas vraiment formés à la faculté, qui ne rentraient pas dans des cases, dans des items, et pour lesquelles on n'avait pas de solutions thérapeutiques à proposer dans ce qu'on avait appris pour l'ECN et à l'internat. »

M1 : « J'ai beaucoup plus appris avec ces formations [de phytothérapie] qu'avec mes études de médecine. »

1.1.2 Approche clinique

Pour l'ensemble des praticiens, c'était également l'approche clinique – diagnostique et thérapeutique – de la médecine conventionnelle qui poserait problème. Celle-ci serait notamment trop segmentée en sous-systèmes et ne s'interrogerait pas suffisamment sur le fonctionnement global du corps humain, et notamment sur l'étiologie de la maladie. Sa nosographie, quant à elle, limiterait par essence l'intégration et la compréhension de pathologies aussi variables que les individus qui en sont porteurs.

1.1.2.1 Organicité & symptomatologie

La moitié des interviewés (**M1/M4/M5/M7/M10**) décrivait l'approche clinique conventionnelle comme trop « organique » ou trop « symptomatique », c'est-à-dire sectorisée par organe ou par symptôme.

M4 : « [...] en médecine conventionnelle, on aurait tendance à donner un remède pour chaque symptôme [...] »

M7 : « La médecine conventionnelle est uniquement symptomatique. C'est-à-dire qu'on ouvre des tiroirs, le tiroir cardiologique, le tiroir neurologique etc.... »

M10 : « [...] des traitements pour chaque organe : un cachet pour l'estomac, un cachet pour le transit, un cachet pour les douleurs articulaires, un cachet parce qu'il y a tous les cachets ... »

1.1.2.2 Étiologie

Quelques participants (**M1/M2/M8**) regrettaient notamment que cette approche ne s'intéressât pas suffisamment à l'origine de la maladie, donc à son étiologie. Elle n'intégrerait pas le fonctionnement du corps humain dans sa totalité et dans son contexte, et se restreindrait en grande partie à traiter – ou plutôt à « bloquer » – les seules conséquences d'une maladie. La notion de blocage était par ailleurs souvent attribuée aux médicaments conventionnels par une partie des intervenants (**M1/M2/M5/M8**).

M1 : « Mon autre terme pour la médecine allopathique, c'est la médecine "anti". En fait c'est basique, il n'y a pas besoin de grandes études, hein ! Il faut juste savoir quoi mettre. Mais la question c'est "pourquoi ?". Pourquoi ça c'est là ? Et quand on va chercher le "pourquoi", la médecine classique, celle qu'on nous a enseignée, répond "eh ben c'est comme ça... parce qu'il est malade." (rires) [...] Donc on est devenu très bon dans l'aigu,

dans l'urgence, dans le symptôme, dans l'organe, en médecine conventionnelle, mais on est très très mauvais dans le chronique, dans l'ensemble, dans le fait de comprendre l'ensemble du corps. »

M2 : « *Il y a un certain nombre de situations où je sais que le médicament conventionnel va bloquer le symptôme, mais ne touchera en rien à la situation de fond. Imaginons un champ de maïs malade, et que le problème vient de la terre : on peut couper le maïs, le traiter, mettre un "anti" quelque chose, mais la terre en elle-même n'aura pas été modifiée. Les mêmes causes auront les mêmes conséquences. »*

M8 : « *[...] cela ne m'a jamais satisfait de me dire que telle maladie, on la bloque, point. »*

1.1.2.3 Nosographie

Pour certains d'entre eux (**M1/M6/M7**), une des limites de la médecine conventionnelle serait liée au cadre nosographique inhérent à son système médical. Ainsi, il existerait des difficultés diagnostiques lorsque le tableau clinique ne ferait partie d'aucune classification connue, ne s'intégrerait pas dans les critères cliniques définissant une entité nosologique prédéfinie, ou les dépasserait même. Il en découlerait ainsi une absence de diagnostic, et par conséquent, l'absence de proposition thérapeutique adaptée.

M1 : « *[...] des personnes qui ne savent comment traiter, qu'à partir du moment où le symptôme rentre dans un tableau, puis traitent et en attendent une guérison. C'est un peu ça, le fonctionnement en médecine conventionnelle. Lorsque le patient a des symptômes qui ne rentrent pas dans un syndrome qu'on leur a enseigné, le patient fabule forcément, il somatise. Donc déjà, ils ne savent pas ce qu'il a. »*

1.1.3 Thérapeutiques médicamenteuses

La plupart des considérations sur la médecine conventionnelle étaient en lien avec son pan thérapeutique. Aux yeux des médecins interrogés, quand celle-ci ne manquerait tout simplement pas de propositions thérapeutiques, elle se fourvoierait dans des solutions médicamenteuses soit inefficaces, soit inadéquates en regard du ratio bénéfice-risque.

1.1.3.1 Absence de solution thérapeutique

L'absence de solutions thérapeutiques conventionnelles dans certains tableaux cliniques, pourtant fréquemment rencontrés en soins primaires, était souvent évoquée par les médecins (**M1/M2/M5/M6/M7/M8/M1**).

M2 : « *C'est le manque d'outils dans beaucoup de situations de médecine générale ; c'est-à-dire en médecine de premier recours, dans les pathologies fonctionnelles,*

simples, peu graves et/ou récurrentes dans lesquelles l'allopathie ne répond plus au bout d'un moment, ne donnait pas d'outils. »

M8 : *« Je pense que je ne voulais pas me mettre d'ocillères devant des symptômes débutants d'une maladie, c'est-à-dire dans une situation infra-clinique, où l'on voit la maladie arriver et où l'on se dit que l'on n'a rien dans le VIDAL®. [...] Dans de nombreuses situations, on voit le truc arriver, on sait que le patient va développer sa maladie, mais on n'a aucun moyen, à part de l'éducation thérapeutique, de le prévenir. »*

M1 : *« On va nous apprendre à traiter un ulcère à l'estomac, une maladie de Crohn etc. ... Donc la personne qui a mal au ventre, on n'a toujours pas de réponse. »*

1.1.3.2 Inadaptation thérapeutique

Lorsque des solutions existaient en médecine conventionnelle, certains praticiens les jugeaient parfois comme démesurées, inadaptées à la situation. Cette impression d'inadéquation résulterait selon eux de plusieurs constatations : d'abord une efficacité limitée des médicaments utilisés, puis d'une escalade thérapeutique et donc d'une surmédicalisation.

Inefficacité ou efficacité limitée

M1 et **M6** dénonçaient l'inefficacité ou l'efficacité limitée de certains médicaments conventionnels.

M6 : *« Pourquoi donner un sirop antitussif, surtout que ça ne marche pas et que c'est plein d'effets secondaires »*

M1 : *« On va nous parler du reflux œsopharyngé, nous dire que les IPP ne marchent pas, et quand on arrive au moment du traitement, on nous dit : IPP. "Mais vous n'avez pas dit que les IPP ne marchaient pas ?" "Ah si, mais faute de mieux, il faut bien prescrire quelque chose." Et ça, c'est de la médecine conventionnelle [...] »*

Escalade thérapeutique & surmédicalisation

La plupart des médecins (**M1/M2/M3/M4/M5/M6/M7/M9**) estimaient que le raisonnement en médecine conventionnelle donnait globalement lieu à une escalade thérapeutique, voire à une surmédicalisation de certaines pathologies qui ne le nécessiteraient pas.

M1 : *« Quand on prescrit de l'allopathie, et que le patient rappelle pour dire qu'il a mal à l'estomac après une prescription d'AINS, et qu'on lui ajoute un IPP, à la suite desquels il présente des crampes musculaires... On est dans une escalade perpétuelle »*

M3 : *« La moindre angine est sous cortisone, c'est quand même hallucinant ! Mais ils n'ont plus que ça ! C'est dangereux, c'est délétère ! »*

M7 : « J'ai des confrères, et qui sont plus jeunes que moi, et c'est le tiroir cortisone - antibiotiques systématique quoiqu'il arrive ... »

M9 : « Il y a des situations relevant du sociétal où je trouve que certains médicaments sont très durs et ne vont certainement pas aider le patient. »

1.1.3.3 Iatrogénie & antibiorésistance

Les praticiens interrogés s'inquiétaient de la iatrogénie consécutive à l'utilisation des médicaments conventionnels. Les jugeant dangereux dans certains cas, ils seraient à minima pourvus de nombreux effets secondaires. Dans le cas particulier des antibiotiques, souvent évoqués, leur utilisation trop fréquente serait source d'antibiorésistance.

Dangerosité

M3, **M4**, **M7** et **M9** ont exprimé leurs craintes vis-à-vis de la dangerosité de certains médicaments de synthèse, qu'elle soit potentielle – de par leur composition – ou avérée, notamment à travers les révélations de certains scandales sanitaires.

M3 : « La raison majeure, c'est que j'ai développé une grande anxiété à prescrire de la médecine conventionnelle. Parce qu'il y a eu tous les scandales [...] »

M7 : « [...] l'éconazole, j'ai lu la composition, et dedans il y a quand même un dérivé de toluène ! Je trouve ça insupportable, que l'on se tartine de toluène en se mettant de l'éconazole. Vous prenez les ampoules d'Uvedose®, que je ne prescris plus jamais, il y a aussi du toluène. C'est inacceptable !

M9 : « [...] je voyais ces jeunes personnes qui n'avaient pas vraiment besoin de médicaments étaient en quelque sorte potentiellement mises en danger par certains médicaments... »

Effets secondaires

Lorsqu'ils n'étaient pas considérés comme dangereux, certains médicaments seraient en revanche dotés de trop nombreux effets secondaires, d'après **M3**, **M4**, **M6**, **M7** et **M10**.

M4 : « [...] prendre des bêtabloquants pour une migraine, franchement ! Pour donner des troubles de l'érection, une dyspnée, une fatigabilité à l'exercice... on n'y pense pas, ce n'est pas nous qui les prenons ! »

M7 : « [...] on a quand même une allopathie qui a énormément d'effets secondaires. »

M10 : « [...] j'ai tout de suite pris conscience des effets secondaires des médicaments qu'on prescrivait. »

Antibiorésistance

Enfin, les antibiotiques ont souvent été évoqués lors des entretiens. Selon **M7**, **M9** et **M10**, leur utilisation abusive serait source de plus en plus de résistances.

M7 : « On a des résistances aux antibiotiques à cause desquelles on va se retrouver face à un problème majeur. Si vraiment on pouvait limiter l'utilisation des antibiotiques [...] »

M9 : « Quand je pense aux enfants qui sont systématiquement mis sous antibiotiques ET corticoïdes, et que les infections sont devenues résistantes aux antibiotiques, c'est scandaleux. On entretient ce phénomène-là, avec les corticoïdes et les antibiotiques. »

1.1.4 Relation médecin-patient

La majorité des interrogés (**M1/M3/M4/M5/M9/M10**) faisait le constat d'une relation médecin-patient altérée en médecine conventionnelle. A l'origine de cette dégradation : l'absence de diagnostic et/ou de réponse thérapeutique, dont les conséquences amèneraient consécutivement à rejeter la faute sur les patients et ainsi à les « abandonner ».

M1 : « Parfois je discute avec des amis médecins généralistes, qui se plaignent que les patients ne sont jamais contents, etc. [...] tous les jours, on a des patients qui arrivent en détresse par maltraitance médicale, et je pèse mes mots, parce qu'ils ne rentrent pas dans les cases, parce qu'ils ne répondent pas aux traitements, et donc à partir de là, sont casés dans une espèce de case d' "emmerdeur". »

Absence de réponse diagnostique ou thérapeutique

Pour **M1**, **M4**, **M5**, **M9** et **M10**, certains patients devraient faire face à une absence de réponse diagnostique ou thérapeutique adéquate de la part du corps médical conventionnel.

M10 : « [...] généralement, les personnes [nous] consultent quand elles ont accumulé pas mal de problèmes, et qu'elles n'ont pas eu de réponses. »

M9 : « [...] ils n'ont plus de solution pour eux, à part les soins palliatifs... »

M1 : « Ils ont fait tous les examens, ils ne savent pas ce qu'il a, ne savent pas où le classer, donc c'est un fibromyalgique. Donc il n'y a pas de traitement, donc il faut qu'il aille voir le psy... »

Faute placée sur le patient

M1, **M3** et **M5** déploraient que l'absence de réponse menât souvent à un renvoi de la faute au patient.

M5 : « Les médecins mettent souvent la faute sur le patient, parce qu'ils ne savent pas répondre. »

M3 : « [...] on renvoie souvent les choses au patient. Il faut pouvoir gérer notre impuissance. Si, quand on est médecin, on n'a pas conscience de ça, l'impuissance est impossible à gérer, et on va renvoyer ça en culpabilité sur le patient. »

M1 : « [...] s'ils ne savent pas ce qu'il a, c'est que le patient est un emmerdeur. [...] parce qu'ils ne répondent pas aux traitements, et donc à partir de là, sont casés dans une espèce de case d'"emmerdeur". »

Abandon des patients

Selon **M3**, **M4**, **M8** et **M9**, les patients seraient alors simplement délaissés par les praticiens conventionnels.

M3 : « Et surtout, ce qu'on a à faire, c'est de ne pas abandonner le patient. Parce que c'est ce qui arrive, et c'est pourquoi les patients arrivent chez nous. »

M9 : « [...] il y a un désengagement total de l'hôpital. Ils pourraient les revoir à intervalles réguliers, voir comment vont les patients, mais ils affirment ne plus avoir besoin de les voir, ne plus pouvoir rien faire pour eux. »

M4 : « [...] quand une personne se dit fibromyalgique, on lui répond "on ne peut rien faire pour vous". »

1.1.5 Dogme scientifique

Les interviewés estimaient que la médecine conventionnelle s'enfermait dans une sorte de dogme scientifique. Elle serait trop hermétique aux techniques de soin non prouvées ou n'intégrerait pas suffisamment la dimension psycho-émotionnelle de certaines pathologies dans son approche.

Médecine scientifique & hospitalière

Pour trois des omnipraticiens interrogés (**M1/M5/M9**), la médecine conventionnelle était perçue comme trop scientifique. Bien qu'adaptée au milieu hospitalier, elle ne serait pas adaptée aux soins primaires. Selon eux, la rigueur scientifique des études cliniques ne suffirait pas pour exercer une médecine générale efficace, en ce qu'elle nécessiterait d'intégrer – entre autres – la dimension humaine, et donc, le récit des patients.

M5 : « [...] la médecine fondée sur des preuves : il faut la connaître, mais il faut aussi être capable de passer outre. Et si on écoutait les hospitaliers, et qu'on faisait que de l'EBM, on n'aurait pas beaucoup de gens qui iraient mieux, croyez-moi ! [rires] » / « Le gros problème de nos confrères [...] c'est de singer quelque part la pratique des spécialistes

en se fondant sur une médecine fondée sur des preuves. La richesse de la médecine, ce n'est pas ça. »

M1 : « *Réécouter les gens. Plutôt que d'en rester simplement aux études cliniques. »*

M9 : « *On a une médecine conventionnelle qui est très bien dans le milieu hospitalier. Mais sorti de là ... »*

Dimension sociale & psycho-émotionnelle

M4, M7, M8 et **M9** attribuaient justement une place importante à l'environnement social et à la part psycho-émotionnelle dans la pathologie et sa prise en charge. Celle-ci serait parfois trop laissée de côté en médecine conventionnelle, selon eux.

M4 : « *Finalement, on oublie toute la dimension spirituelle et émotionnelle de la personne. Si j'ai un message pour les médecins généralistes, c'est que si on se restreint à un cadre physique, matériel, concret, mesurable, alors on passe à côté de la vie. Parce que la vie est bien plus vaste que tout ça. Pourtant le médecin généraliste a complètement conscience que les deux tiers des consultations en médecine générale sont liés à des causes psycho-émotionnelles »*

M7 : « *On se rend bien compte en médecine générale que dans plus d'un cas sur deux, le psychisme est en cause. C'est le principal truc qui ne va pas bien ; celui qui mène la danse, c'est le psychisme ! »*

1.2. Motivations à la formation en phytothérapie

Les raisons principales ayant motivé les praticiens à se former en phytothérapie ont été catégorisées en deux parties : les motivations d'ordre professionnel et celles d'ordre personnel.

1.2.1 Motivations professionnelles

Les motivations professionnelles principales résidaient en la recherche de solutions médicamenteuses ou d'alternatives à celles déjà existantes en médecine conventionnelle. L'objectif visé était notamment de parvenir à des thérapeutiques avec une meilleure balance bénéfice-risque qu'en médecine conventionnelle. Pour d'autres, elle s'inscrivait aussi dans la volonté d'une indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.

1.2.1.1 Recherche de solutions thérapeutiques

Pour **M1, M5, M6** et **M10**, cette formation était ainsi motivée par la recherche d'une réponse thérapeutique aux situations cliniques pour lesquelles il n'en existerait pas vraiment.

M6 : « C'est là que je me suis dit que la phytothérapie pouvait avoir une place : pour toutes les pathologies pour lesquelles on n'a pas forcément de réponse thérapeutique. »

Interviewer : « Donc si j'ai bien compris, c'est [...] l'envie de combler les lacunes dans lesquelles la médecine conventionnelle n'avait pas de réponse thérapeutique [qui a motivé votre formation] ? »

M5 : « Oui voilà. »

1.2.1.2 Recherche d'alternatives thérapeutiques

M2, M3, M7, M8 et **M10** recherchaient des alternatives aux médicaments jugés inadéquats aux situations rencontrées dans leur pratique.

M7 : « Pour avoir un outil supplémentaire ; [...] pour avoir d'autres armes, d'autres moyens que l'allopathie. »

M10 : « Je me suis donc intéressée à d'autres alternatives, [...] je voyais les effets secondaires, donc il fallait quelque chose qui remplace ça. »

1.2.1.3 Recherche d'une meilleure balance bénéfico-risque

Pour **M3, M7, M8** et **M10**, cette formation était finalement motivée par la recherche d'une pharmacopée dont le ratio bénéfico-risque serait plus favorable qu'en médecine conventionnelle.

M10 : « Pour ne pas nuire aux patients [...], être fidèle à mon premier principe, celui d'Hippocrate, "Primum non nocere". [...] C'est le fait d'avoir une balance bénéfico-risque plus avantageuse en diminuant le risque. »

M7 : « C'était pour être moins délétère au niveau des effets secondaires »

1.2.1.4 Recherche d'une indépendance pharmaceutique

Pour un des médecins (**M4**), il s'agissait également de trouver une forme d'indépendance face à l'industrie du médicament.

M4 : « L'indépendance ; cela veut dire pouvoir faire de la médecine avec peu de choses, mais avec des choses simples et indépendamment des pressions qu'on pourrait dire industrielles, lobbyistes, etc. [...] C'est le pouvoir d'exercer la médecine sans avoir à compter sur l'industrie. »

1.2.2 Motivations personnelles

Les motivations ayant contribué au désir des médecins à se former en phytothérapie étaient aussi personnelles : il pouvait s'agir d'une simple curiosité intellectuelle, de son inscription dans un mode de vie, de la volonté de préserver une tradition, ou bien du fait d'affects modifiant le rapport à leur propre profession.

1.2.2.1 Curiosité intellectuelle

Chez quelques généralistes (**M1/M5/M6**), on retrouvait une simple curiosité intellectuelle ou un besoin de renseignement sur quelque chose qu'ils ne connaissaient pas.

M5 : « [...] je me suis dit "pourquoi est-ce que dans tel produit, on va mettre, certes des micro-nutriments, mais par exemple aussi du Ginseng ?". Alors je suis allé me renseigner [...] »

M6 : « Ce qui a participé aussi, c'est que j'ai découvert des huiles essentielles, que je ne connaissais pas [...], j'ai découvert une fabrique d'huiles essentielles pas loin de chez moi, et j'ai pu aller la visiter. Ils proposaient des petites formations destinées au grand public, ce qui m'a permis de découvrir des choses que je ne connaissais pas. Et je me suis dit que ça pouvait être intéressant »

1.2.2.2 Mode de vie & écologie

Pour certains d'entre eux (**M3/M4/M6/M7**) il s'agissait d'une aspiration s'inscrivant dans un mode de vie en rapport avec une attitude écologique.

M3 : « C'est certainement grâce à ma fille qui est devenue maraîchère bio. [...] Ça s'est finalement inscrit dans une philosophie de vie, qui s'est développée à ce moment-là. »

M4 : « J'aime aussi le fait que ce soit une médecine respectueuse de l'environnement. Les médicaments conventionnels, ou l'allopathie, terminent dans les WC sans que rien ne les filtre, donc cela pollue tout le reste. »

M7 : « Et puis par souci écologique, d'être plus sur des choses dites "naturelles" que des choses "chimiques". »

1.2.2.3 Tradition & héritage

Pour **M7**, il s'agissait également d'une volonté de perpétuer une tradition ancestrale.

M7 : « [...] c'est pour ne pas perdre l'héritage que nous ont laissé nos anciens [...] »

1.2.2.4 Condition personnelle

Enfin, d'autres facteurs tels que les affects personnels – ici, une désadaptation aux changements de l'environnement professionnel – ont pu inciter des médecins comme **M3** à entreprendre une formation en phytothérapie.

M3 : « La raison majeure, c'est que j'ai développé une grande anxiété à prescrire de la médecine conventionnelle. Parce qu'il y a eu tous les scandales, et un changement très important de l'exercice en médecine conventionnelle, tout du moins pour moi. »

1.3. Représentations de la phytothérapie

Tous les omnipraticiens que nous avons interrogés faisaient une différence conceptuelle entre phytothérapie et médecine conventionnelle.

Interviewer : Faites-vous une distinction conceptuelle entre la phytothérapie et la médecine conventionnelle ?

M4 : « Oui effectivement. »

M6 : « Je pense que c'est différent. »

M9 : « Oui, bien sûr. »

Seuls **M5** et **M8** ont d'abord apporté une réponse nuancée à cette question. La suite de leur discours rejoignait toutefois l'idée d'une différence de concept.

M5 : « Alors oui et non. Il y en a une, mais les choses ne s'opposent pas. La plupart du temps d'ailleurs, sur mes ordonnances j'associe les deux [...] »

M8 : « Tout dépend comment on l'utilise. »

En développant leur réponse, les praticiens évoquaient les caractéristiques des médicaments utilisés en phytothérapie, qui les distingueraient des médicaments de synthèse ; d'autre part, la phytothérapie était également définie comme une approche clinique à part entière, dont les démarches diagnostiques et thérapeutiques différencieraient également de l'approche conventionnelle. La plupart des médecins y voyaient une médecine holistique, s'intégrant dans la médecine générale en cohabitation avec la médecine conventionnelle.

1.3.1 Des médicaments particuliers

Les médecins ont précisé leurs représentations sur la composition et les attributs pharmacodynamiques des phytomédicaments, qui seraient ainsi différents des médicaments de synthèse.

1.3.1.1 Composition

Molécules multiples

Pour **M3**, **M5** et **M6**, les phytomédicaments seraient caractérisés par la multiplicité de leurs composants.

M5 : « [...] la phytothérapie, ce sont des extraits globaux, plus ou moins totaux, avec un mélange de principes actifs, que l'on appelle des principes utiles [...] »

M3 : « Ce n'est pas la même chose. [...] de par la composition en molécules multiples ... »

Faible concentration

D'après **M5** et **M6**, une autre caractéristique des produits de phytothérapie serait leur faible teneur en principes actifs.

M5 : « [...] la plupart des produits de phytothérapie sont moins dosés en termes de quantité de principes actifs que des médicaments allopathiques, qui ont la particularité d'être des extraits purs et concentrés [...] »

M6 : « Je pense que c'est [...] moins dosé en termes de principes actifs. »

1.3.1.2 Pharmacologie

Le concept pharmacologique attribué à la phytothérapie pouvait varier selon les médecins. En revanche, les propriétés pharmacologiques de la phytothérapie se rejoignaient globalement sur trois principes : sa capacité de régulation physiologique, ses actions multiples sur l'organisme et la synergie entre les phytomédicaments.

Concept pharmacologique

Quatre des interviewés (**M3**, **M5**, **M8** et **M9**) se sont exprimés au sujet du mode d'action pharmacodynamique en phytothérapie. Un de ces médecins y voyait une action semblable aux médicaments conventionnels, caractérisée d'allopathique. Pour les trois autres, cette action pouvait éventuellement différer du concept allopathique.

- Proche de l'allopathie

M5 évoquait une action moléculaire de ces médicaments, faisant allusion à un concept allopathique, et faisait également référence à la médecine orthomoléculaire^b, dont le principe est proche.

***M5** : « [...] en phytothérapie le raisonnement est relativement plus proche de l'allopathie, qu'en homéopathie. En phytothérapie on est quand même sur de l'action moléculaire, ou orthomoléculaire [...] »*

- Autre

M3, **M8** et **M9** étaient d'avis que le mécanisme d'action des phytomédicaments différait des médicaments de synthèse, mais n'y apportaient pas plus de précision. **M3** et **M8** faisaient un parallèle avec le concept homéopathique, sans pour autant l'y rattacher.

***Interviewer** : « Et en termes de mode d'action, s'agit-il de la même chose pour vous ? »*

***M9** : « Comme on ne va pas prescrire pareil, je pense qu'il y a une distinction au niveau du traitement. »*

***Interviewer** : « Est-ce que, finalement, vous faites une différence fondamentale entre mode d'action d'une plante et celui d'un médicament de synthèse ? »*

***M3** : « [...] Ce n'est pas la même chose. [...] ce sont des choses où l'on va plus être dans l'énergétique, un peu comme l'homéopathie, pas dans le moléculaire. [...] On n'est pas dans le même concept ; il n'y a pas que la molécule qui compte. »*

***M8** : « C'est donc en fonction de comment on utilise la plante, qu'elle soit très dosée ou un peu diluée, voire même dans des petites dilutions homéopathiques, que cela peut différer. »*

Régulation & soutien physiologique

La moitié des généralistes (**M1/M2/M3/M5/M8**) considérait qu'une capacité de la phytothérapie était de réguler l'organisme, à le soutenir avant que la pathologie ne se développe réellement. Ce principe de régulation physiologique s'opposait généralement au principe de blocage de la maladie et de l'organisme, attribué aux médicaments de synthèse par ces médecins.

^b Médecine orthomoléculaire : approche thérapeutique se fondant sur l'apport optimal de substances naturellement connues de l'organisme, par opposition à l'utilisation thérapeutique de molécules synthétisées par l'humain.

M2 : « Globalement, je placerais la phytothérapie comme un outil de soutien fonctionnel pour aider l'organisme à reprendre sa physiologie, à sortir de la physiopathologie. Si l'organe n'est pas dépassé, la phytothérapie va vraiment permettre de rattraper la situation. »

M8 : « [...] l'intérêt supplémentaire de la plante est sa capacité à réguler l'organe, c'est-à-dire à faciliter le drainage etc., où il n'y a pas que l'aspect symptomatique de la plante qui va jouer, mais aussi son aspect de régulation. »

M5 : « [...] une action qui parfois module un peu plus un phénomène physiopathologique plus qu'elle ne le bloque [...] »

Effets multiples

Pour **M4**, **M7** et **M10**, certains médicaments utilisés en phytothérapie auraient une efficacité multiple, c'est-à-dire sur plusieurs appareils, organes ou symptômes, là où un médicament conventionnel aurait un seul but, donc une efficacité unique.

M4 : « [...] en phytothérapie il y a [...] des plantes qui vont pouvoir travailler à la fois sur deux symptômes différents. »

M7 : « C'est incomparable, puisque la molécule de synthèse a une seule efficacité. Alors que la plante en aura plusieurs. Elle va s'intéresser à plusieurs étages. »

Synergie

Enfin, **M3**, **M4** et **M10**, étaient d'avis que les phytomédicaments avaient un potentiel synergique, c'est-à-dire la capacité à renforcer leur action commune dans leur association.

M10 : « [...] Il y a des synergies, des effets beaucoup plus globaux. »

M3 : « Le problème n'est pas de savoir si on va trouver une plante, mais de choisir laquelle pour un patient donné à un moment donné. Laquelle, ou lesquelles, d'ailleurs, grâce à leur synergie. »

1.3.2 Une approche médicale particulière

Parmi les interrogés, la phytothérapie pouvait également correspondre à une approche médicale complète, plutôt que de se définir uniquement par l'utilisation thérapeutique de plantes médicinales. Dans cette approche, le patient était replacé au centre d'une prise en charge dite holistique, et l'approche diagnostique et thérapeutique ne seraient pas les mêmes qu'en médecine conventionnelle.

1.3.2.1 Approche clinique centrée sur le patient

Dans la description de cette approche médicale, les interviewés se rejoignent sur une thématique commune : la démarche générale plaçait le patient au centre de la prise en charge. La phytothérapie était considérée comme une approche holistique, dans laquelle l'écoute et l'implication du patient avaient un rôle primordial. L'aboutissement de cette approche résiderait en la possibilité d'un traitement personnalisable à chaque patient.

M4 : « [...] l'intérêt du patient c'est ce qui est au centre. »

1.3.2.1.1. Approche holistique

Plusieurs médecins (**M2/M3/M4/M7/M10**) décrivaient la phytothérapie comme une approche holistique. Dans cette approche, le patient serait considéré comme un tout, et ses divers aspects et parties ne pourraient se comprendre que par sa globalité.

M4 : « Mon approche de la phytothérapie c'est de penser à la personne dans sa globalité. »

M3 : « L'intérêt pour moi, en faisant de la phytothérapie [...] c'est de faire de la médecine holistique. C'est ça la différence. »

1.3.2.1.2. Écoute du patient

M3, M4, M9 et **M10** partageaient l'idée primordiale de l'écoute du patient et donc du temps attribué à chaque consultation. **M3** et **M4** soulignaient également l'importance laissée à l'expression du patient et au respect de son ressenti, en indiquant suspendre leur jugement lors de la consultation.

M4 : « [...] je vais être à l'écoute, et j'accepte tout. Je ne me dis pas que c'est bien ou pas bien. »

M9 : « Moi, j'attribue une demi-heure à tous mes patients. »

M3 : « [Je prends] le parti de faire des consultations longues - 1h30 par patient - [...] »
« [...] je respecte le ressenti du patient. Je ne discute pas son ressenti. [...] »

Un médecin (**M4**) précisait également que cette écoute proactive du patient permettrait de faire émerger des éléments qui ne seraient habituellement pas intégrés en médecine conventionnelle.

M4 : « La différence émane déjà de l'interrogatoire, de l'accueil de la personne, qui va laisser la place à l'expression de tout un panel de symptômes, de problèmes, de difficultés, qui ne vont pas forcément avoir besoin de rentrer dans des cases, comme en médecine occidentale, où il faut faire un diagnostic et prescrire quelque chose. »

1.3.2.1.3. Implication du patient

Pour **M3**, **M6** et **M10**, la phytothérapie sous-tendrait également une plus grande implication du patient dans sa prise en charge.

M3 : « [...] il y a aussi une démarche différente pour le patient. Parce que c'est une médecine qui implique que le patient se prenne en charge. »

M6 : « [...] il y a une implication du patient dans son traitement. »

1.3.2.1.4. Individualisation du traitement

M6 et **M9** introduisaient la notion d'individualisation du traitement ; en phytothérapie, celui-ci serait ainsi personnalisable à chaque patient, et se distinguerait du caractère uniforme des médicaments de synthèse.

M6 : « [...] c'est beaucoup plus personnalisé. La phytothérapie, en elle-même, ce n'est pas une réponse toute faite, ce n'est pas quelque chose de tout près, c'est adapté au patient, à ses antécédents et à son métabolisme. »

M9 : « [La phytothérapie] est bien autant efficace qu'en médecine conventionnelle, tout en étant personnalisée. »

1.3.2.2 Démarche diagnostique

Dans l'approche médicale que constituerait la phytothérapie, les médecins interrogés caractérisaient la démarche diagnostique de plus analytique. Celle-ci serait globale, car se focalisant notamment sur l'étiologie et sur la notion de terrain. Elle serait aussi plus précise, car allant jusqu'à s'intéresser aux mécanismes physiologiques en cause.

1.3.2.2.1. Terrain & étiologie

Une partie des généralistes (**M1/M2/M7/M8/M10**) soulignait avoir recours à une étude plus approfondie du terrain du patient en phytothérapie. Cet examen approfondi du terrain permettrait de comprendre et de déterminer la (les) cause(s) et/ou les facteurs de risques

d'une maladie.

M2 : « [...] on vient travailler sur le fond, le terrain. Cette médecine de terrain, c'est d'essayer de comprendre le fonctionnement de la personne, où elle en est au jour même, qui a conduit à la problématique. »

M7 : « [...] la phytothérapie est déjà beaucoup plus dans une médecine globale, où l'on va se poser la question [...] de l'origine de la maladie. [...] [c']est une porte d'entrée sur une prise en charge plus globale et plus analytique, qui prend en charge le fonctionnement de l'organisme dans sa totalité. »

M9 : « [...] j'essaie [...] surtout, surtout, de trouver la cause du problème. »

1.3.2.2.2. Physiologie

La compréhension et l'analyse des mécanismes physiologiques occuperaient également une place importante dans la démarche diagnostique, d'après **M1**, **M3** et **M10**. La maladie était vue comme la conséquence d'un déséquilibre physiologique, pour lequel les mécanismes de régulation seraient dépassés.

M1 : « [...] on va s'interroger un peu plus loin, on ouvre d'autres portes, et notamment celle de la nutrition, du fonctionnement "profond" du corps [...]. Et effectivement, l'approche – et c'est ça que je trouve génial – on part dans le fonctionnement de la cellule, dans la recherche du déséquilibre sous-jacent. On comprend le corps et on fait marcher son cerveau, plus qu'en médecine conventionnelle. »

M10 : « Avec la phytothérapie, même si mon examen clinique se fait organe par organe, j'ai quand même l'approche du système hormonal et neurovégétatif, et donc implicitement du système immunitaire, que je n'ai pas appris en médecine conventionnelle. »

1.3.2.3 Démarche thérapeutique

Pour l'ensemble des médecins interviewés, la démarche thérapeutique en phytothérapie était également différente de la médecine conventionnelle.

Interviewer : « Vous faites donc une différence en termes de thérapeutique ? »

M7 : « Oui, l'approche est différente. »

M3 : « Ce n'est pas la même chose. De par la façon de prescrire »

1.3.2.3.1. Traitement étiologique

Pour les participants, le concept général de cette démarche thérapeutique s'articulerait notamment autour du traitement ou du soutien du terrain afin d'enrayer l'origine de la pathologie ; la phytothérapie y jouerait un rôle de régulation physiologique.

Terrain & étiologie

D'après **M1**, **M2**, **M3**, **M5**, **M6** et **M9**, la démarche thérapeutique serait orientée vers la résolution de la cause la maladie en soutenant ou en traitant le terrain.

M2 : « [...] la phytothérapie va être un outil de choix, parce que l'on est dans l'accompagnement de l'organisme, et pas dans un blocage ou une substitution [...] L'idée va être de travailler sur le patient dans sa globalité [...] il faut s'occuper de la cause qui a amené cette conséquence. »

M8 : « [...] on va aider à la source du problème [...] »

M3 : « On traite un terrain, de manière holistique. »

Physiologie & régulation

Pour **M1**, **M2**, **M3**, **M4**, **M8** et **M10**, la phytothérapie aurait une action régulation physiologique : elle permettrait de soutenir l'organisme dans la correction d'un déséquilibre physiologique précurseur de la pathologie.

M2 : « Globalement, je placerais la phytothérapie comme un outil de soutien fonctionnel pour aider l'organisme à reprendre sa physiologie, à sortir de la physiopathologie. Si l'organe n'est pas dépassé, la phytothérapie va vraiment permettre de rattraper la situation. »

M3 : « Pour tout ce qui est régulation neurovégétative – les systèmes sympathiques et parasympathiques – c'est la clé de plein de choses ! »

M1 : « [...] en phytothérapie on est plutôt dans un mode rééquilibrant, c'est-à-dire que dans un déséquilibre on va rééquilibrer, et la maladie va disparaître. »

M8 : « Je ne vais pas la donner de façon symptomatique, je vais la donner de façon régulatrice. »

1.3.2.3.2. Traitement préventif

Cette approche s'intéressant essentiellement à l'origine de la maladie, elle constituerait un outil de prévention primaire et secondaire idéal selon plusieurs médecins (**M1/M2/M6/M8/M9**).

Interviewer : « Quelle place/position donnez-vous à la phytothérapie dans les soins primaires ? »

M1 : « [...] en prévention primaire, secondaire également. »

M2 : « Ma réflexion a d'abord été de traiter du symptôme jusqu'à la pathologie grave, mais petit à petit, je fais un travail de fond pour garder la personne en bonne santé. »

M9 : « L'une intervient avant l'autre. On va lutter pour que les enfants ne tombent pas malades, on va renforcer l'immunité, on va lutter vis-à-vis du cholestérol, de la sédentarité, on va lutter contre la dépression ... la phytothérapie intervient en amont. »

1.3.2.3.3. Traitement symptomatique

Dans la pratique, d'après **M1**, **M4**, **M7** et **M8** la phytothérapie pourrait également être utilisée à visée symptomatique, que l'on s'intéresse ou non aux causes sous-jacentes. La plante était alors vue comme option de substitution à un médicament de synthèse.

M4 : « Il y a des plantes "symptomatiques", c'est-à-dire que l'on peut utiliser de manière symptomatique [...] » / « [...] on peut en avoir une utilisation allopathique [...] »

M8 : « Tout dépend comment on l'utilise. Il y a [...] la phytothérapie substitutive, qui consiste à remplacer un médicament par une plante, par exemple un anti-inflammatoire par de l'Harpagophytum. »

Aromathérapie

Les huiles essentielles, dont la composition et la puissance les rendraient comparables à certains médicaments conventionnels, constitueraient une forme pharmaceutique particulière liée à une utilisation symptomatique, selon **M1**, **M3**, **M4** et **M5** :

M1 : « [...] l'aromathérapie je l'utilise comme de l'allopathie. J'utilise rarement l'aromathérapie pour le terrain. Je trouve que c'est trop puissant. »

M3 : « Moi, les huiles essentielles, je les rapproche plus de l'allopathie. »

M5 : « Un patient qui a une angine virale inflammatoire, on ira prescrire des huiles essentielles anti-inflammatoires. »

1.3.2.3.4. Accompagnement & soins de supports

La phytothérapie était aussi considérée par **M1**, **M3**, **M4** et **M10** comme un moyen d'accompagner les patients dans leurs soins conventionnels, en tant que soin de support.

M3 : « [...] on peut juste être dans une démarche d'accompagnement. [...] pour les accompagner quand il y a défaillance au niveau de l'accompagnement. »

M1 : « [...] en oncérologie. Les patients ont leur traitement oncologique auquel je ne touche pas – jamais – et après moi je les accompagne. »

M4 : « En chimiothérapie, mais aussi chez les diabétiques. Ou même lorsque les antidépresseurs ne suffisent pas, ou que les patients hésitent à les arrêter, on trouve autre chose et on les stabilise, ou on descend un peu. »

M10 : « Oui, beaucoup. Beaucoup en diabétologie, beaucoup en oncérologie. Ce sont des demandes qui sont très difficiles. »

1.3.2.3.5. Prise en charge psycho-émotionnelle

Pour **M1** et **M8**, la phytothérapie permettrait également d'intervenir au niveau psycho-émotionnel, en se servant notamment des huiles essentielles comme stimulus sensoriel olfactif.

M8 : « [...] les huiles essentielles peuvent servir à plein de choses, en psycho-émotionnel [...] »

M1 : « [...] sur quelque chose de très dilué, dans le cadre de l'émotionnel, dans l'olfactif, mais là on est encore sur autre chose. »

1.4. Relations entre phytothérapie, médecine conventionnelle & médecine générale

Les perceptions et représentations autour de la phytothérapie des médecins interrogés ont mis en lumière les rapports qu'ils concevaient entre cette discipline et la médecine conventionnelle. Elles ont également permis de recueillir le positionnement qu'ils lui attribuaient dans les soins, ainsi que leur conception de son intégration en médecine générale.

1.4.1 Rapports avec la médecine conventionnelle

Les praticiens se sont exprimés sur la complémentarité de la phytothérapie avec la médecine conventionnelle ; la plupart souhaitaient leur coopération et la communication de leurs acteurs respectifs.

1.4.1.1 Complémentarité, synergie ou égalité

Complémentarité

La moitié des médecins (**M1/M5/M6/M9/M10**) qualifiait la phytothérapie de complémentaire : celle-ci comblerait certaines situations non couvertes par la médecine

conventionnelle.

M10 : « *Moi j'aimerais qu'on travaille main dans la main avec la médecine conventionnelle. On est complémentaires. »*

M6 : « *Je pense que c'est super complémentaire, qu'utiliser l'une ne veut pas dire qu'on n'utilisera jamais l'autre. »*

M5 : « *Je pense qu'elles se complètent. »*

M1 relevait toutefois que le terme « *alternatif* » ne serait pas applicable à la phytothérapie : elle ne serait pas un choix alternatif, mais une réponse à des problématiques différentes. L'avis **M2** rejoignait également cette notion de sectorisation des rôles entre phytothérapie et médecine conventionnelle.

M1 : « *Intégratif et complémentaire. Pas alternatif. Il y a une première étape, et une deuxième étape. On ne répond pas aux mêmes problématiques. »*

M2 : « *[...] elles ont chacune leur place [...] »*

Synergie

M2 et **M4** ne préféreraient pas utiliser le terme « *complémentaire* » mais employaient plutôt la notion de « *synergie* ». Les deux approches concourraient au même but, par la mise en commun de leurs actions.

M4 : « *[...] ce n'est pas une médecine complémentaire, pas parallèle, mais je dirai synergique. »*

M2 : « *A l'heure actuelle, avec la façon dont je l'utilise, je ne pourrais plus dire que c'est une médecine complémentaire, parce qu'elle peut répondre à énormément de situations. [...], elles peuvent travailler en synergie. »*

Égalité

Enfin, **M3**, **M7** et **M8** considéraient que la phytothérapie avait les mêmes capacités que la médecine conventionnelle et se situerait donc au même niveau qu'elle.

M3 : « *Ce n'est pas une médecine complémentaire, c'est une médecine à part entière. »*

M7 : « *Pour moi, elles sont sur un pied d'égalité. »*

1.4.1.2 Coopération & correspondance

Coopération

M4 et **M10** affichaient ouvertement le souhait de collaborer avec les acteurs de médecine conventionnelle, dans l'intérêt commun du patient.

M10 : « [...] je pense que si on travaille main dans la main on fera un meilleur travail. »

M4 : « Il s'agit de travailler ensemble pour l'intérêt du patient, et non pas faire de lutte entre ceux qui utilisent l'une ou l'autre. [...] Il faut une ouverture sur les autres, que ce soit des médecins, des pharmaciens, des naturopathes ... un réseau de soin ! »

Correspondance

Ils étaient d'ailleurs plusieurs médecins (**M4**, **M8**, **M9** et **M10**) à affirmer correspondre par écrit avec leurs confrères non phytothérapeutes.

M4 : « J'essaie de faire des courriers médicaux pour tenir informés mes confrères de ce que je fais, de l'évolution etc., pour faire de l'éducation d'ailleurs aussi [...] »

M8 : « [...] ce que j'ai essayé de mettre en place, c'est le courrier entre confrères, comme ça les patients sont dans le parcours de soin, ils sont remboursés, il y a un courrier qui revient, et du coup, les médecins savent ce que le patient fait et ce que l'on pense, nous. On peut donner une indication au médecin traitant, en disant qu'il serait intéressant de faire tel ou tel examen, plutôt que de le prescrire nous-même dans son dos. Et être dans une entente cordiale. »

M9 : « Moi j'insiste là-dessus, quand je fais une ordonnance à un patient, je lui dis d'aller voir son médecin traitant et lui montrer ce que j'ai prescrit. »

1.4.2 Positionnement dans les soins

Première intention

La majorité des généralistes (**M1/M2/M3/M4/M8/M10**) était d'avis que la phytothérapie devait être utilisée en première intention, avant d'avoir recours à la médecine conventionnelle.

M1 : « Je pense que tout médecin généraliste devrait d'abord prescrire de la phytothérapie, et en cas d'échec, basculer sur de la médecine conventionnelle. Bon, pour des choses simples, pour réguler un terrain. [...] Il y a une première étape, et une deuxième étape. On ne répond pas aux mêmes problématiques. »

M8 : « Elle a toute sa place dans la médecine conventionnelle, en première intention. Ça c'est clair. »

M3 : « L'une intervient avant l'autre, clairement [...] ».

Exceptions

Cependant, ils étaient également une majorité (**M2/M3/M5/M7/M8/M9**) à considérer qu'il fallait avoir recours à la médecine conventionnelle quand la gravité de la pathologie le nécessiterait.

M9 : « *Toujours la phytothérapie en première intention. Sauf dans certains cas graves, dans lesquels j'oriente auprès de spécialistes ou dans lesquels je prescris ce qu'il faut.* »

M2 : « *[...] chez un patient à qui le médecin traitant a prescrit de l'amlodipine, mais qui ne veut pas se traiter avec, je vais lui dire de déjà prendre ce traitement-là avant de discuter.* »

1.4.3 Intégration en médecine générale

Les praticiens considéraient finalement la phytothérapie comme un outil thérapeutique au même titre qu'un autre. De ce point de vue, ils estimaient que la phytothérapie faisait partie de la médecine générale.

1.4.3.1 Un outil thérapeutique comme un autre

Certains généralistes (**M1/M2/M3/M7/M8**) faisaient référence à la phytothérapie d'abord comme outil thérapeutique. Sa pratique ne serait ainsi pas perçue comme une finalité, mais comme recours à un outil comme à un autre.

M2 : « *Pour moi la phytothérapie n'est pas un but en soi, mais vraiment un outil. [...] je l'intègre plutôt dans une boîte à outils globale, où chaque chose a un peu sa place, même s'il y a des niveaux où ça se chevauche. Parce que les deux peuvent très bien travailler ensemble.* »

M8 : « *La phytothérapie est un outil, qui s'intègre dans plein de choses. Elle a un spectre très vaste, ce n'est vraiment pas une fin en soi. Elle a sa place dans tout ce que l'on fait.* »

M3 : « *[...] si tous les généralistes avaient cet outil-là, dans trois quarts des cas ils prescriraient de la phytothérapie.* »

En conséquence, pour **M2**, **M6** et **M9**, la phytothérapie leur apporterait des solutions thérapeutiques là où il n'y en aurait pas en médecine conventionnelle.

M6 : « *Pour moi c'est plus un support pour les pathologies auxquelles on n'a pas de réponse thérapeutique.* »

M9 : « Je pense que la phytothérapie [...] va venir combler ces situations. »

M2 : « [...] souvent, il y a des choses que l'un fait et que l'autre ne peut pas faire. [...] il y a des choses que je peux faire avec, que je ne n'arrive pas à faire avec le médicament conventionnel. Et inversement. »

1.4.3.2 La phytothérapie comme partie de la médecine générale

Certains praticiens (**M1/M9/M10**) concluaient que la phytothérapie était partie intégrante de la médecine générale.

M1 : « C'est de la médecine de médecine générale. »

M9 : « C'est la même spécialité, à savoir la médecine générale [...] »

M10 : « Pour moi c'est ça, la médecine générale. »

M5 et **M8** affirmaient que la médecine générale était par essence de nature intégrative puisqu'elle recourait simultanément à la médecine conventionnelle et aux pratiques de soins non conventionnelles ; si nécessaire, elle réunirait ainsi plusieurs approches complémentaires dans une situation clinique donnée. Ceci sous-entendait que la phytothérapie ferait ainsi partie de la médecine générale.

M8 : « La médecine générale EST une médecine intégrative. »

M5 : « [...] pour pouvoir, à mon avis, être un bon praticien, il faut se tenir au courant : d'abord de ce que la médecine fondée sur les preuves et l'université préconisent [...] et après, ce qu'on va faire en micronutrition, en ostéopathie, en phyto-aromathérapie, en acupuncture, en homéopathie ... Bref, d'autres abords. »

2. Déterminants de la prescription

Dans cette partie, nous avons rassemblé les éléments aboutissant à la prescription de la phytothérapie, c'est-à-dire les paramètres incitant les généralistes à recourir à la phytothérapie au moment de prendre une décision thérapeutique. Parmi les réponses apportées, la situation clinique, le contexte thérapeutique et les préférences liées au patient définissaient les thèmes principaux évoqués par les médecins dans leur démarche décisionnelle.

M2 : « Il y a plusieurs éléments : le premier point, c'est d'abord la clinique du patient : à chaque situation son outil, et il faut choisir celui qui est plus à même de répondre à la situation, avec le moins de risques possibles, donc la meilleure balance bénéfice-risques. Le deuxième point, c'est la motivation du patient [...] Donc le choix et les finances du patient rentrent aussi en compte. »

M7 : « [...] c'est plutôt plurifactoriel. Ça va dépendre de qui j'ai en face de moi, de ses convictions, de son remboursement ou non, et puis la situation clinique aussi. »

M5 : « Il y a un tas de raisons qui peuvent être dues au patient, qui peuvent être dues à sa propre conviction, à son terrain [...] »

M9 : « Je prescris ce que je pense être le plus adapté pour le patient, ce qui va plus lui convenir. »

2.1. Situation clinique

La situation clinique était généralement mentionnée comme premier élément pris en compte dans la démarche décisionnelle des médecins interrogés. La décision thérapeutique était ainsi portée par l'intégration et par l'évaluation, par ces praticiens, des éléments relatifs à la pathologie elle-même, mais également au terrain – c'est-à-dire aux autres caractéristiques de santé et de vulnérabilité – du patient.

2.1.1 Résultat de consultation & position diagnostique

2.1.1.1 Incertitude diagnostique

L'incertitude diagnostique était évoquée par **M3** et **M9** comme inductrice d'une prescription de phytothérapie, qui était alors vu comme une solution d'attente avant l'établissement d'un diagnostic.

M3 : « Pour quelque chose [...] dont je ne suis pas sûre du diagnostic, ou de l'évolution [...] »

M9 : « Quand le diagnostic n'est pas vraiment encore établi, [...] en attendant d'avoir un diagnostic de certitude. »

2.1.1.2 Syndromes ou situations poly-symptomatiques

Sans évoquer forcément l'incertitude diagnostique, **M1** et **M10** exprimaient cette même idée : la confrontation à des symptômes, syndromes ou tableaux de maladie – c'est-à-dire des situations cliniques ouvertes à plusieurs diagnostics ou évolutions – favorisait chez eux la prescription de phytothérapie.

***Interviewer** : « Est-ce que les situations [...] poly-symptomatiques ou syndromiques favorisent la prescription de phytothérapie que de médicaments de synthèse ? »*

***M1** : « Oui [...] dans les tableaux cliniques compliqués. Dans ces cas-là, on va parfois trouver la solution grâce à la phytothérapie »*

***M10** : « Alors, beaucoup dans mon activité. Parce que généralement, les personnes consultent quand elles ont accumulé pas mal de problèmes, et qu'elles n'ont pas eu de réponses, ou alors que les réponses ont été des traitements pour chaque organe [...] »*

2.1.2 Criticité

L'évaluation du risque avait une part importante dans la démarche décisionnelle des médecins interrogés. Ainsi, les particularités de la pathologie et du terrain étaient des éléments pris en compte par les praticiens dans leur décision à prescrire ou non en phytothérapie.

2.1.2.1 Pathologie

La prescription dépendait des critères d'évaluation du risque inhérent à la pathologie. Ces critères s'articulaient ainsi autour des notions de stade, de gravité, de pronostic et/ou de temporalité de cette dernière.

2.1.2.1.1. Stade

Certains praticiens (**M1/M5/M8/M9/M10**), affirmaient avoir recours à la phytothérapie dans les situations dites « *précliniques* » ou « *limites* », c'est-à-dire avant même l'apparition de la pathologie ou lors de ses prémices .

***Interviewer** : « [...] vous utilisez donc la phytothérapie dans les situations précliniques ? »*

***M10** : « [...] effectivement, on intervient en pré-pathologie, en quelque sorte [...] »*

M1 : « Si maintenant il a un petit 140/150 mm Hg, que ça dépend des jours, eh bien ça va dépendre de la phytothérapie. On va rééquilibrer pour justement ne pas avoir à basculer dans les médicaments. » »

Interviewer : « On serait donc plutôt sur les situations précliniques ou limites ? »

M1 : « Oui voilà, sur celles de médecine générale ! [Rires] Sur celles où on ne va pas chercher le spécialiste, ou l'on va se dire "ça, c'est dans mes cordes, c'est tranquille" ».

M5 : « [...] s'ils ont 150 mm Hg, on peut y arriver, on va mettre certaines plantes, des sels minéraux comme du potassium etc. ... On peut faire baisser d'un point, par exemple avec de l'ail hyper-critique, un demi-point avec du potassium, un demi-point avec la perte de poids. » »

2.1.2.1.2. Gravité ou sévérité

Pour l'ensemble des médecins, l'absence de gravité de l'affection était un critère préalable à la prescription de phytothérapie.

Interviewer : « Qu'est-ce qui vous motive à prescrire un phyto-médicament plutôt qu'un médicament de synthèse dans une situation clinique donnée ? »

M1 : « Le fait que la situation ne soit pas trop grave. »

M3 : « Ce qui fait que je choisirais la phytothérapie ... ? Je vais inverser le raisonnement : la situation dans laquelle je prescrirais un médicament conventionnel, c'est une situation que je jugerai grave, ou qui peut le devenir, et pour laquelle j'ai besoin de quelque chose dont je sois sûr de l'action rapide. Pour l'instant, là-dessus, je n'oserai pas prescrire de phytothérapie. Cela dépend de la gravité de la situation. »

Pathologies bénignes

Ainsi, le caractère bénin de la pathologie favorisait la prescription de phytothérapie (**M3/M6**).

M3 : « [chez les patients qui] ont des choses bénignes sur lesquelles la phytothérapie va être supérieure à la médecine conventionnelle. »

M6 : « Pour moi, l'idéal serait que, quand les traitements ne servent à rien et que ce sont uniquement des traitements de confort, ce soit possible d'utiliser la phytothérapie. [...] par exemple, [...] tout ce qui est bénin. »

Certains médecins indiquaient par exemple y recourir dans les viroses bénignes

(M1/M5/M7/M9/M10), ou également dans des affections psychosomatiques (M7).

Interviewer : « Y a-t-il des situations cliniques dans lesquelles vous y avez recours plus facilement ? »

M10 : « Oui, les viroses. Tout ce qui est viral, j'en mets d'emblée. »

M7 : « [...] là où j'utilise le plus la phytothérapie, c'est dans les pathologies infectieuses qui ne nécessitent pas d'antibiotiques, et tout ce qui touche au stress. »

Pathologies graves

Au contraire, la gravité de la maladie serait un frein à la prescription (M3/M7/M8) et déboucherait plutôt sur le recours à un médicament conventionnel (M1/M2/M3/M5/M6/M7/M9).

M3 : « [...] une situation que je jugerai grave, ou qui peut le devenir [...]. Pour l'instant, là-dessus, je n'oserai pas prescrire de phytothérapie. »

M9 : « Toujours la phytothérapie en première intention. Sauf dans certains cas graves, dans lesquels j'oriente auprès de spécialistes ou dans lesquels je prescris ce qu'il faut. »

M5 : « Si vous avez un diabète de type 1, il vous faut évidemment de l'insuline ; si vous avez une hypothyroïdie profonde, il vous faut des hormones thyroïdiennes. Et vous n'allez pas donner de l'avoine à quelqu'un qui a une hypothyroïdie, cela ne suffira pas. »

Ils étaient par exemple plusieurs médecins (M6/M7/M8) à y renoncer dans certaines infections bactériennes, ou dans un cadre oncologique (M3) :

M8 : « Sur certaines infections, on ne joue pas. Ce n'est pas qu'on n'aura pas d'efficacité avec des huiles essentielles etc. ... Mais on sait très bien qu'une infection, ça fait des dégâts. »

M6 : « Une infection bactérienne comme une angine ou une pneumopathie ou une infection urinaire, j'aurai beaucoup de mal à ne pas mettre d'antibiothérapie et à utiliser de la phytothérapie. »

M3 : « [...] depuis peu, j'ai des patients porteurs de cancer qui viennent me voir. Et là j'ai je suis embêtée. Je ne pense pas guérir des cancers. Bien que j'ai fait des formations avec des phytothérapeutes qui vont dans ce sens. Mais je n'ose pas y aller, moi. »

2.1.2.1.3. Pronostic & complications potentielles

Chez M3 et M8, le risque d'évolution péjorative et/ou les complications potentielles de l'affection limitaient également la prescription de phytothérapie en favorisant celle de

médicaments conventionnels.

M3 : « [...] la situation dans laquelle je prescrirais un médicament conventionnel, c'est une situation que je jugerai grave, ou qui peut le devenir [...] »

M8 : « [...] si on estime que la cystite est trop forte, les antibiotiques ne sont pas la question. Et ça va être la même chose sur d'autres infections, a fortiori un érysipèle, ou le risque de sepsis est plus important. »

2.1.2.1.4. Durée & temporalité

Les caractéristiques temporelles de la pathologie influençaient également la décision thérapeutique de la majorité des praticiens interviewés.

Affections aiguës & chroniques

M3, **M6** et **M8**, affirmaient avoir tendance à prescrire de la phytothérapie dans des pathologies chroniques.

M3 : « Sur quelque chose qui est chronique, qui a été bilantée, pour laquelle il n'y a pas de solution en médecine conventionnelle, j'aurais recours à la phytothérapie. »

Interviewer : « Il y a donc quand même une notion d'utilisation dans [...] des pathologies chroniques [...] ? »

M6 : « Oui [...] plutôt que dans de l'aigu [...] »

Interviewer : « Donc si j'ai bien compris, vous avez tendance à prescrire en phytothérapie sur des pathologies de type chronique ? »

M8 : « [...] c'est en fonction des pathologies chroniques [...] »

À l'inverse, une partie des généralistes (**M5/M6/M7/M8/M10**) s'accordait sur le fait que le caractère aigu d'une pathologie les incitait généralement à recourir aux médicaments conventionnels plutôt qu'à la phytothérapie.

M5 : « Alors en général, en aigu, donc quelque chose de plus patent pour le patient, plus durement ressenti, on ressent plutôt l'envie de marteler, alors on met en général plutôt de l'allopathie. Sauf quand on n'a pas d'alternative. »

M10 : « Si j'ai une situation qui est aiguë, par exemple une crise d'asthme, je ne vais pas me poser de question, je vais utiliser de la Ventoline® [...] »

M8 : « En aigu, on n'a pas le temps de savoir pourquoi c'est arrivé, il faut traiter [avec des médicaments de synthèse]. »

M1/M5/M7/M9/M10 avaient toutefois recours à la phytothérapie dans certaines affections aiguës bénignes comme les infections virales bénignes (voir [2.1.2.1.2 Gravité ou sévérité](#))

Affections récidivantes

M2 et M6 disaient y avoir recours dans les affections récidivantes, mentionnant notamment certaines pathologies infectieuses, qu'elles soient virales ou bactériennes.

M6 : « J'y pense en général dans les pathologies récidivantes parce que je me dis que les antibiotiques ne m'apportent pas de solution adéquate ou acceptable. [...] Quand ils ont eu une angine ou une cystite à répétition [...] »

M2 : « [...] les affections ORL à répétitions, chez les enfants [...] »

Urgences

Pour M4, l'absence d'urgence était une condition préalable au recours à la phytothérapie.

M4 : « Cela va notamment être guidé par l'urgence : quand il n'y a pas d'urgence, on peut essayer avec des plantes. [...] »

En cas d'urgence, en revanche, ils étaient plusieurs médecins (M2/M3/M10) à préférer les solutions conventionnelles à la phytothérapie.

M10 : « [...] je vais garder la médecine conventionnelle pour l'urgence, même si en aromathérapie je vais pouvoir être très rapide. [...] dans une situation d'urgence, ce sera la médecine conventionnelle que j'utiliserai, par réflexe. »

M2 : « Dans cette situation [urgente], j'ai toute l'indication d'utiliser le traitement conventionnel, le médicament classique en première ligne, pour travailler de manière sécurisée derrière. »

2.1.2.2 Terrain

D'autre part, les particularités du terrain entraient également en considération dans l'évaluation du risque. Ainsi, les comorbidités du patient avaient une influence sur la décision des praticiens de recourir à la phytothérapie.

Comorbidités & fragilité

Pour M7, les comorbidités, ou d'autres critères de fragilité comme un âge avancé, étaient

plutôt un frein à la prescription de la phytothérapie. Toutefois, celle-ci serait modulable en fonction du type de comorbidités.

M7 : « Après, je ne vais pas forcément y avoir recours chez quelqu'un qui est fragile, qui a plusieurs comorbidités, ou qui a déjà un certain âge, en gériatrie. Mais ça dépend aussi des comorbidités... »

Pour **M5**, en revanche, la présence de plusieurs comorbidités incitait à utiliser la phytothérapie, afin de traiter le terrain.

Interviewer : « Un terrain poly-pathologique peut-il motiver la prescription d'un produit phytothérapeutique ? »

M5 : « Oui, on peut chercher une plante qui va agir dans plusieurs domaines. Un homme de la soixantaine avec un syndrome poly-métabolique, un peu d'arthrose, à risque athéro-thrombotique [...] »

2.2. Contexte thérapeutique

Un autre paramètre pris en compte par les praticiens dans leur démarche décisionnelle était le contexte thérapeutique, c'est-à-dire les éléments se référant au traitement lui-même. Après analyse de la situation thérapeutique, les médecins asseyaient leur choix de prescription en fonction de critères d'efficacité, de remboursement et de délai d'obtention de la solution choisie.

2.2.1 Situation thérapeutique

Chez les généralistes interviewés, la prescription succédait à l'analyse de la situation thérapeutique. L'emploi de la phytothérapie était ainsi motivé par l'inexistence de thérapeutiques conventionnelles dans la situation clinique, de leur échec ou de leur inadéquation, ou si la balance bénéfice risque leur paraissait plus favorable qu'avec des solutions conventionnelles. La présence d'une polymédication chez un patient donné pouvait également moduler la prescription.

2.2.1.1 Absence de solution thérapeutique conventionnelle

Pour une partie des omnipraticiens (**M3/M5/M10**), la motivation à prescrire en phytothérapie était déclenchée par l'absence de solution thérapeutique conventionnelle pour la situation clinique.

M10 : « *Tout ce qui est viral, j'en mets d'emblée. Parce qu'on n'a pas de solutions dans la palette de la médecine conventionnelle. »*

M5 : « *[...] cela peut être parce qu'il n'y a pas d'alternative thérapeutique. »*

M3 : « *Sur quelque chose [...] pour laquelle il n'y a pas de solution en médecine conventionnelle, j'aurais recours à la phytothérapie. »*

2.2.1.2 Échec de solutions thérapeutiques conventionnelles

Certains médecins (**M1/M3/M4/M5/M8/M9**) affirmaient avoir recours à la phytothérapie en cas d'inefficacité des médicaments conventionnels pour une situation donnée.

M5 : « *[...] si en donnant de l'allopathie, cela ne marche pas. »*

M1 : « *[...] on va parfois trouver la solution grâce à la phytothérapie, alors qu'on avait épuisé nos recours en médecine conventionnelle. »*

M3 : « *[Quand les patients] auront tout essayé dans ce qui a fait ses preuves, donc dans tous les cas on n'y a rien à perdre. »*

Pour **M6**, c'était l'inadéquation d'un médicament conventionnel, habituellement prescrit pour certaines pathologies, qui l'amenait à prescrire de la phytothérapie. Ces médicaments seraient alors considérés comme inadaptés, car n'apportant pas de réponse suffisante ou convenable.

M6 : « *J'y pense en général dans les pathologies récidivantes, parce que je me dis que les antibiotiques ne m'apportent pas de solution adéquate ou acceptable. »*

2.2.1.3 Survenue d'effets secondaires ou indésirables

Seul **M8** mentionnait que la survenue d'effets secondaires ou indésirables successifs à l'utilisation d'un médicament conventionnel pouvait également aboutir à la prescription d'un médicament de phytothérapie.

M8 : « *[...] l'aspirine, le Kardégic®, parce que parfois cela leur fait mal à l'estomac, [...] auquel cas on peut substituer. »*

2.2.1.4 Balance bénéfice-risque moins favorable

Enfin pour **M2, M7** et **M9**, une motivation à prescrire de la phytothérapie résidait dans la

volonté d'instaurer un traitement dont la balance bénéfice-risque serait plus favorable qu'une médication conventionnelle existante. La phytothérapie leur permettrait ainsi de diminuer le risque, en évitant notamment les effets secondaires et indésirables engendrés par l'emploi d'un médicament conventionnel équivalent.

Interviewer : « *Qu'est-ce qui vous motive à prescrire un phyto-médicament plutôt qu'un médicament de synthèse, dans une situation clinique donnée ?* »

M7 : « *Le fait de ne pas avoir les effets secondaires de l'allopathie, déjà.* »

M9 : « *La première chose, ce sont les effets indésirables. En général, les plantes sont bien tolérées, et il y a rarement d'effets secondaires.* »

M2 : « *[...] à chaque situation son outil, et il faut choisir celui qui est plus à même de répondre à la situation, avec le moins de risques possibles, donc la meilleure balance bénéfice-risques.* »

Pour **M4**, cette réduction importante du risque permettrait même de s'affranchir de certaines précautions d'emploi, constituant une motivation *per se* à prescrire de la phytothérapie.

M4 : « *La facilité d'utilisation et le peu de précautions que l'on a à prendre par rapport à un médicament classique. D'autant que les médicaments classiques ont une tonne d'interactions, d'effets indésirables.* »

2.2.1.5 Polymédication

La polymédication modulait également l'utilisation de la phytothérapie de **M1** et **M9**. Ils évitaient ainsi d'ajouter d'autres principes actifs en présence d'autres traitements, à moins de les substituer ou de soutenir l'organisme dans l'élimination de ces derniers.

M9 : « *Soit il a déjà trop de médicaments, et dans ce cas je ne vais pas lui en rajouter. Soit il en a déjà pas mal, et je vais soutenir au niveau hépatique pour qu'il les supporte mieux. Personnellement, quand il y en a trop, j'essaie de ne pas en rajouter en plus.* »

M1 : « *[...] parce que rajouter des plantes sur une polymédication, on ajoute encore d'autres principes actifs. Donc si on remplace un médicament, ça va, mais si on en rajoute en plus ...* »

2.2.2 Coût & remboursement

D'après **M5** et **M10**, le coût pour le patient était également un facteur modulant la

prescription de phytomédicaments ; la prescription serait donc limitée par le coût final de l'ordonnance.

M10 : « Dans le choix du traitement, le médecin est aujourd'hui obligé de tenir compte des finances du patient, et donc on est obligé de faire un choix thérapeutique idéal, et ensuite de le ramener à la réalité. Moi d'emblée, je vais préférer la phytothérapie tant que ça marche, et si je peux, tant mieux, mais je vais aussi tenir compte du coût de l'ordonnance. »

M5 : « [...] j'associe les deux, dans l'intérêt du patient : il y a des problématiques financières [...] »

Ainsi, à efficacité et composition équivalente les médecins préféraient prescrire un traitement remboursé, ce qui revenait le plus souvent à prescrire un médicament conventionnel (**M5/M8/M10**).

M5 : « Si j'avais pu – y compris pour le portefeuille de la famille, puisque la phytothérapie n'est pas remboursée par la collectivité – lui donner des produits remboursés, c'est toujours ce par quoi je commence quand j'ai une efficacité comparable. »

M8 : « Je vais plutôt prescrire en médecine conventionnelle parce qu'elle est remboursée, si j'estime que la composition est bonne. »

M10 : « Le remboursement : si le médicament est remboursé ou non. Si j'ai un équivalent allopathique sans trop d'effets secondaires et qui est remboursé, j'irai vers celui-là. »

2.2.3 Délai de préparation

Enfin, **M8** évoquait le temps de préparation de certaines préparations magistrales en pharmacie comme étant un frein à la prescription de phytothérapie.

M8 : « [...] on pourrait parfois se passer des médicaments de synthèse, c'est juste que le temps de préparation d'un traitement en phytothérapie par le pharmacien peut être trop long. Si le pharmacien appelle quinze jours après pour dire que le mélange est prêt, le patient avec son affection aiguë n'aura pas tout ce temps, voire même n'en aura plus besoin. Donc un facteur limitant, c'est quand la préparation prend trop de temps [...] »

2.3. Préférences du patient

D'autres éléments pris en considération dans la démarche décisionnelle des médecins se référaient aux préférences du patient. Celles-ci s'articulaient notamment autour des notions de demande et d'acceptation vis-à-vis du traitement de phytothérapie, puisqu' *in fine*, le

patient était le principal intéressé par cette décision médicale.

M9 : « Je prescris ce que je pense être le plus adapté pour le patient, ce qui va plus lui convenir. »

M2 : « [...] le choix et les finances du patient rentrent aussi en compte. »

2.3.1 Demande & choix du patient

Raisons idéologiques ou médicales

D'après **M2**, **M4**, **M5**, **M6**, **M7**, **M8** et **M9**, la prescription de phytothérapie pouvait être liée à la demande du patient, que ce soit pour des raisons idéologiques ou des raisons médicales diverses, telles qu'un échec thérapeutique ou une intolérance à un traitement conventionnel (voir 2.2.1. Situation thérapeutique).

M6 : « C'est surtout le fait que les patients soient demandeurs [...] »

M5 : « Donc cela peut être la demande du patient [...]. Il y a un tas de raisons qui peuvent être dues au patient, qui peuvent être dues à sa propre conviction, à son terrain [...] »

M8 : « [...] en général, ce sont ces patients qui viennent nous voir pour ça. Très souvent ils nous disent que la médecine conventionnelle ne peut rien pour eux. »

Demande directe de phytothérapie

Dans certains cas, la demande d'être soigné par phytothérapie serait formulée directement par les patients : ceux-ci exprimeraient leur volonté de se soigner « naturellement », généralement par méfiance vis-à-vis de la médecine conventionnelle (**M2/M4/M5**).

M2 : « Il y a des patients qui veulent tout en "naturel" »

M5 : « [...] certains patients viennent me voir parce que je fais de la phytothérapie, et parce qu'ils ont un peu d'hypertension artérielle et veulent des produits naturels pour la traiter. »

M4 : « [...] surtout le désir des patients. C'est clair qu'il y a une très grosse demande. Il y a un retour à la nature, et surtout une méfiance générale vis-à-vis des médicaments. En tout cas chez ceux qui viennent me voir. »

Refus de médicaments conventionnels

Dans d'autres cas, cette demande se retrouverait d'ailleurs indirectement dans le refus d'une médication conventionnelle de synthèse (**M2/M4/M5/M7/M8**).

M5 : « Cela peut être la demande du patient : “je ne veux pas de médicaments” [...] »

M2 : « Il y a des patients qui [...] ne veulent pas du tout prendre de médicaments [de synthèse] [...] »

Respect du choix du patient

En outre, **M4** considérait que les choix thérapeutiques du patient devaient absolument être respectés.

M4 : « [...] si le patient a l’envie et la motivation de passer par des plantes, alors c’est ce qu’il faut. »

2.3.2 Acceptation par le patient

Une fois le choix thérapeutique porté sur la phytothérapie, la décision finale de prescription était prise après avoir confronté ce choix à l’acceptation du patient. Celui-ci devait en effet adhérer à son principe, mais également en accepter le coût, pour que le praticien parachève sa prescription.

2.3.2.1 Adhésion thérapeutique

Pour **M2**, **M3**, **M6** et **M7**, la prescription de phytothérapie était soumise à l’acceptation de ce traitement par le patient : son adhésion au principe, sa volonté et sa motivation à y recourir figuraient comme condition *sine qua non* de la prescription.

M3 : « Il y a aussi l’alliance thérapeutique : je ne prescris jamais quelque chose contre la volonté du patient [...] »

M2 : « Le deuxième point, c’est la motivation du patient : [...] c’est plus contraignant à prendre, souvent en plusieurs fois ... »

M7 : « Il y a aussi des gens qui vont être complètement fermés, qui ne vont pas vouloir, donc je ne vais pas forcément insister, je ne vais pas les obliger, sinon ils ne le prendront pas. »

2.3.2.2 Acceptation du coût ou capacités financières

Pour **M2**, **M3**, **M5**, **M6**, **M7** et **M10**, c’était également l’acceptation par le patient du coût financier du traitement, qui entrait en compte dans la décision finale d’utiliser ou non la phytothérapie. À l’unanimité, ces médecins voyaient le coût de l’ordonnance comme un frein à l’acceptation par le patient.

M2 : « D'autres veulent du moins cher. Donc le choix et les finances du patient rentrent aussi en compte. »

M6 : « [...] quelqu'un qui n'est pas habitué à utiliser de la phytothérapie, cela ne va pas lui plaire de payer quelque chose de non remboursé... »

M3 : « [...] il y a des sacrées différences de prix. Ça peut parfois être rédhibitoire. J'ai parfois eu des patients qui n'ont pas suivi les traitements parce que ça revenait trop cher. »

3. Apports de la phytothérapie & recommandations aux praticiens

Dans cette dernière partie, nous avons réuni les éléments de réponse des médecins sur ce que leur apportait la pratique de la phytothérapie, et sur ce qu'ils considéraient comme des arguments en faveur de son utilisation. Nous avons ensuite regroupé ici les conseils et recommandations que ces derniers ont pu émettre pour des omnipraticiens non formés à la phytothérapie.

3.1. Apports de la phytothérapie & arguments en faveur de son utilisation

Les apports de cette pratique et les arguments pour son utilisation ont été déclinés en trois thèmes principaux : les apports professionnels, personnels, mais aussi sociétaux.

3.1.1 Apports dans la pratique professionnelle

M5, **M6** et **M9** verbalisaient clairement l'apport de la phytothérapie dans leur pratique professionnelle comme étant une valeur ajoutée.

Interviewer : « Que vous apporte la prescription de la phytothérapie dans votre pratique professionnelle ? »

M9 : « Certainement un plus ! »

M5 : « [...] cela m'apporte une plus-value. »

M6 : « Je trouve que j'ai quelque chose en plus. Une valeur ajoutée. »

Parmi tous les interviewés, ces apports dans le domaine professionnel se répartissaient en différentes catégories : l'apport de connaissances, d'approches ou d'outils supplémentaires, une meilleure balance bénéfice-risque dans les soins qu'ils prodiguaient, une amélioration de leur relation médecin-patient, ou encore un certain épanouissement dans leur profession.

3.1.1.1 Connaissances, approches & solutions nouvelles

Certains praticiens considéraient que la phytothérapie leur avait apporté des connaissances et compétences supplémentaires, leur avait permis de revoir leur approche, mais également d'apporter des solutions thérapeutiques nouvelles.

3.1.1.1.1. Connaissances médicales & compétences diagnostiques

M5 estimait que la phytothérapie lui avait non seulement apporté des connaissances scientifiques supplémentaires, mais lui avait aussi permis de réactualiser ses acquis.

M5 : « Cela m’a apporté des connaissances intellectuelles. Cela m’a obligé à vérifier mes connaissances, à remettre sur le métier des choses que j’avais apprises et que j’avais oubliées. Refaire de biochimie, refaire de la physiologie. Et puis, la refaire à la lumière de ce qu’on sait en 2019, et que l’on ne savait pas quand j’ai fait mes études. »

Pour **M2**, **M5**, **M7** et **M8**, les connaissances acquises en phytothérapie leur apportaient plus de précision dans la compréhension des mécanismes physiopathologiques et de l’étiologie, permettant ainsi d’affiner leurs diagnostics.

M2 : « Avec la formation en phytothérapie, j’arrive à intégrer un tableau beaucoup plus fin en termes de physiopathologie. »

M5 : « J’y ai vu que [...] [c’était] plus intéressant et plus précis que ce que j’avais appris pendant mes études [...] »

3.1.1.1.2. Nouvelle approche & changement de paradigme

M8 et **M10** considéraient avoir revu leur démarche clinique, intégrant plus d’éléments qu’auparavant.

M10 : « Ce que cela m’apporte à moi, c’est une approche beaucoup plus globale, intégrative. »

M8 : « [...] d’être dans une démarche “intégrative”, et surtout, surtout, de trouver la cause du problème. »

Pour **M3** et **M5**, la phytothérapie leur avait ouvert des perspectives nouvelles ou fait changer leur paradigme sur le soin médical.

M3 : « [...] j’ai changé mon “arsenal” thérapeutique pour une “mallette” thérapeutique ! »

M5 : « [...] vous rencontrez des personnes intéressantes, qui elles-mêmes vous ouvrent des perspectives que vous n’aviez pas [...] »

3.1.1.1.3. Outils thérapeutiques supplémentaires

M1, **M2**, **M5**, **M6**, **M7** et **M10** estimaient disposer de plus d’options thérapeutiques grâce à la phytothérapie.

M6 : « Je me dis que, par rapport à quelqu'un qui ne s'est pas formé, je me sens plus complète, capable d'apporter d'autres réponses, de proposer des choses différentes, et du coup, de faire une prise en charge plus globale. Le principal argument, c'est que cela donne des propositions thérapeutiques beaucoup plus larges que ce que l'on a appris à la fac [...] »

M5 : « [...] je peux faire des choses en plus, puisque j'ai dans mon arsenal thérapeutique, dans mon carquois, des flèches supplémentaires qui vont agir autrement. Comme on dit souvent, qui peut le plus, peut le moins. »

M10 : « Cela m'apporte des solutions thérapeutiques [...] »

En cas d'absence de réponse thérapeutique conventionnelle

Ces alternatives thérapeutiques supplémentaires permettaient à **M1**, **M2**, **M3**, **M6** et **M10** de répondre aux situations cliniques sans réponse en médecine conventionnelle.

M6 : « Cela me permet d'avoir une réponse, d'avoir quelque chose à proposer quand on n'a rien à proposer en traitement conventionnel. »

M1 : « [...] les situations dans lesquelles on n'a pas de réponse en médecine allopathique [...] »

En cas de réponse thérapeutique inadaptée

Pour **M3**, la phytothérapie était également perçue comme une alternative aux médicaments conventionnels disponibles mais inadaptés à certaines situations cliniques.

M3 : « En médecine conventionnelle, cela m'apportait des solutions là où il n'y en avait pas, ou là où les solutions étaient inadaptées. »

En cas d'échec thérapeutique

M6 y trouvait aussi une solution en cas d'échec des médicaments conventionnels.

M6 : « [...] quand quelque chose n'a pas fonctionné, proposer quelque chose de nouveau, de non conventionnel. »

3.1.1.2 Amélioration de la balance bénéfice-risque

Une part des généralistes (**M1/M3/M4/M8**) rapportait avoir une meilleure balance bénéfice-risque dans les soins qu'ils apportaient, de par l'utilisation de la phytothérapie.

M1 : « Efficacité, sécurité ; ça marche, et il y a moins d'effets secondaires ... Et ça marche ! »

Interviewer : « [...] son apport serait donc une utilisation dont la balance bénéfice risque serait plus favorable ? »

M3 : « Pour moi, oui ! »

Amélioration de l'efficacité

En effet, **M1**, **M3**, **M6** et **M8** considéraient que la phytothérapie contribuait à améliorer l'efficacité de leurs soins.

Interviewer : « Concrètement, ce que cela vous apporte dans votre pratique professionnelle, c'est [...] ? »

M8 : « [...] à terme, une meilleure efficacité. »

M6 : « [...] c'est de pouvoir proposer des choses qui sont efficaces. »

Réduction de la iatrogénie

Chez **M1**, **M6** et **M7**, l'utilisation de la phytothérapie se traduisait aussi par la diminution de la iatrogénie, c'est-à-dire des effets secondaires et indésirables liés aux soins.

M7 : « Il y a beaucoup moins d'effets secondaires, je trouve. Beaucoup moins de risques. »

M6 : « [...] cela donne des propositions thérapeutiques [...] qui limitent les effets indésirables. » / « Cela permet de limiter l'utilisation de molécules qui sont quand même toxiques. »

3.1.1.3 Amélioration de la relation médecin-patient

La plupart des praticiens interrogés (**M1/M3/M4/M5/M6/M7/M9/M10**) estimaient que la phytothérapie permettait d'améliorer leur relation médecin-patient.

M3 : « Cela m'apporte beaucoup dans ma relation médecin-patient [...] »

Interviewer : « Donc cela permet d'améliorer aussi votre relation médecin-patient ? »

M6 : « Oui. »

3.1.1.3.1. Réponse thérapeutique au patient

Chez **M3**, la phytothérapie donnait la possibilité d'apporter une réponse thérapeutique au patient, dans la mesure où l'absence de réponse serait difficilement vécue des deux côtés.

M6 : « Cela me permet d'avoir une réponse, d'avoir quelque chose à proposer quand on n'a rien à proposer en traitement conventionnel. C'est important, même si ça ne devrait pas ; cela permet d'apporter quelque chose au patient, pour qu'il sente qu'il a été écouté, qu'il a été compris, qu'on a vu qu'il y avait un problème. Et parfois, c'est difficile de dire : "désolé, il faut attendre que ça passe". »

3.1.1.3.2. Réponse à une demande spécifique

Pour **M4**, **M5**, **M6**, **M7** et **M9**, la phytothérapie permettait de répondre à une demande spécifique des patients, et ainsi de respecter leur choix de se soigner de cette manière.

M4 : « [...] répondre aux attentes. La médecine est un commerce, qu'on le dise ou non : on nous paie pour un service qu'on donne. »

M9 : « [...] je trouve que c'est franchement satisfaisant de pouvoir répondre à cette demande des patients [...] »

M6 : « C'est sûr que c'est quelque chose qui est payant, mais pour lequel les gens sont finalement contents d'avoir une réponse. »

3.1.1.3.3. Temps de consultation & écoute du patient

Pour **M1**, **M3**, **M7**, **M8** et **M10**, l'approche en phytothérapie favoriserait l'écoute du patient et augmenterait ainsi leur temps de consultation. Cette écoute serait appréciée et recherchée des patients, et serait finalement commune à d'autres pratiques dites complémentaires.

M10 : « Mes consultations sont plus longues, car j'ai une démarche qui m'oblige à prendre en compte beaucoup d'éléments. »

M7 : « J'ai plein de patients qui sont venus me voir parce qu'ils savent que je ne vais pas uniquement prescrire de l'allothérapie, mais pas que pour ça : parce qu'ils savent que je les écoute, que je prends mon temps etc. »

M1 : « Je pense qu'un grand point commun des médecins qui font de la phytothérapie, de l'homéopathie, de l'acupuncture, des médecines complémentaires, c'est que ce sont des personnes qui écoutent les patients et qui les croient. Et non pas des personnes qui ne savent comment traiter, qu'à partir du moment où le symptôme rentre dans un tableau, puis traitent et en attendent une guérison. »

3.1.1.4 Implication du patient

Selon **M1**, **M4** et **M6**, le recours à la phytothérapie permettrait également d'impliquer le patient dans le soin et de le rendre acteur de sa santé. Le patient passerait d'une situation passive à une situation active, perçue comme essentielle dans le processus thérapeutique par ces médecins.

M1 : « [...] on replace le patient en tant qu'acteur de sa santé. Je trouve que dans la médecine conventionnelle, on se retrouve avec une attitude où le patient attend du médicament qu'il le soigne. Alors que dans la démarche que l'on utilise, le patient est lui-même acteur dans le traitement. C'est encore plus vrai lorsque l'on prescrit de la tisane parce que le patient se préparera sa tisane. Il y a quelque chose de différent. »

M6 : « Proposer quelque chose, qui va être efficace, qui va faire que le patient fait quelque chose pour sa santé, ça me paraît une bonne solution. [...] je trouve que le fait de se promener, de ramasser et faire sécher des plantes participe à une thérapeutique, dans le sens où il y a une implication du patient dans son traitement. »

Pour **M4**, la phytothérapie serait d'ailleurs un bon moyen pour éduquer et rendre les patients indépendants face à des situations ne nécessitant pas de recourir à un médecin.

M4 : « Un autre argument c'est l'éducation pour les patients, pour leur éviter de venir vous voir pour un oui ou pour un non. S'ils ont un rhume ou une grippe, ils essaient de prendre leurs plantes. On leur montre pour qu'ils soient indépendants [...] »

3.1.1.5 Épanouissement professionnel

Pour la plupart des médecins interrogés, la phytothérapie apportait un certain épanouissement, un équilibre dans leur pratique professionnelle. Le recours à cette discipline leur offrait en effet de la satisfaction à exercer leur métier et/ou leur procurait le sentiment de prodiguer des soins sans nocuité.

3.1.1.5.1. Satisfaction

La majorité des praticiens (**M1/M2/M4/M5/M6/M7/M8/M9**) ressentait de la satisfaction, de la joie ou du plaisir à exercer depuis qu'ils utilisaient la phytothérapie.

M2 : « D'un point de vue intellectuel, personnel, en tant que médecin, c'est une médecine beaucoup plus satisfaisante, dans le sens où, intellectuellement, on commence à faire de la physiologie et de la physiopathologie. Prendre le corps comme une globalité, c'est intellectuellement satisfaisant. Je me sens médecin. »

M5 : « On y trouve beaucoup plus de satisfaction à faire ce type de médecine là. Et on retrouve du plaisir à faire notre métier, que lorsqu'on ne fait que de l'allopathie. Quand on ne fait que de l'allopathie, on est extrêmement frustré, parce qu'on est très vite limité dans un certain nombre de pathologies. »

Interviewer : « Donc, en résumé, ce que vous apporte la phytothérapie dans votre travail ? »

M1 : « Du plaisir ! Du plaisir dans le travail, la satisfaction [...] »

3.1.1.5.2. Sentiment d'innocuité

Chez **M1**, **M7** et **M9**, l'emploi de la phytothérapie apportait le sentiment de ne pas nuire, leur permettant ainsi de respecter le précepte « *primum non nocere* ».

M9 : « [...] l'impression de ne pas intoxiquer les patients. »

M1 : « Et ça me satisfait de prescrire des médicaments, des plantes, qui ne nuisent pas. »

M7 : « De la satisfaction, avec le sentiment de donner des choses meilleures à mes patients. »

3.1.2 Apports dans la vie personnelle.

Dans le domaine personnel, les médecins interrogés évoquaient différents apports : la phytothérapie leur permettait de rester en phase avec leurs convictions ou croyances, d'entretenir un centre d'intérêt ou une curiosité intellectuelle, d'être en accord avec leur mode de vie, de perpétuer une tradition. Dans une certaine mesure, elle leur permettait aussi de tendre vers certains fantasmes.

3.1.2.1 Accord avec des convictions ou croyances personnelles

M1 et **M4** affirmaient que leur recours à la phytothérapie leur permettait de rejoindre une conviction ou une croyance personnelle, d'être en phase avec celles-ci.

Interviewer : « [...] Que vous apporte la prescription de la phytothérapie sur le plan personnel ? »

M1 : « D'être en accord avec mes convictions personnelles. »

Interviewer : « [...] Si j'ai bien compris, cela vous permet de renouer avec une croyance ? »

M4 : « Oui, c'est ça, une croyance, une connexion à un grand tout : à l'univers, à la nature, aux saisons aussi ; [...] »

3.1.2.2 Entretien d'un centre d'intérêt ou d'une curiosité intellectuelle

Pour ces mêmes médecins (**M1/M4**), le recours à la phytothérapie contribuait à entretenir un centre d'intérêt, à satisfaire une curiosité intellectuelle.

M1 : « [...] c'est une vraie passion. D'ailleurs, j'embête tout le monde avec ça à la maison, où je n'arrête pas d'en parler. [...] C'est un centre d'intérêt, c'est au cœur de ma vie. »

Interviewer : « Cela contribue aussi à satisfaire une curiosité, à un épanouissement ? »

M4 : « Oui, ma curiosité intellectuelle, sur la vie, sur la nature, sur le regard que je porte aux choses [...] »

3.1.2.3 Inscription dans un mode de vie

Pour une majorité d'interrogés (**M1/M2/M3/M4/M6/M7/M9/M10**), elle permettait également d'être en accord avec leur mode de vie, qu'ils affirmaient être proche de la nature.

Interviewer : « Donc cela s'inscrit dans une certaine philosophie de vie ? »

M1 : « Oui, complètement ! Phytothérapie, permaculture, commerce de proximité, tout cela va ensemble. »

M10 : « Je renoue avec mon environnement. On a un écosystème fabuleux, et qu'on s'est complètement coupé de tout ça en allant vers la modernité, vers la chimie... donc j'ai l'impression d'aller effectivement vers une médecine naturelle. Je réintègre l'individu dans son environnement originel. »

M6 : « [...] cela rentre un peu dans une philosophie. Je mange bio, je suis très écologiste. J'essaie d'éviter les déchets et de préserver la nature. Peut-être que la phytothérapie rentre dans ce cadre. »

3.1.2.4 Perpétuation d'une tradition

Pour **M4** et **M10**, cette pratique permettait également de perpétuer une tradition, un savoir-faire ancestral.

M10 : « [...] cela m'apporte la satisfaction de perpétuer un exercice, quelque chose qui est ancestral [...] »

M4 : « C'est un peu de renouer avec la tradition médicale ; les plantes sont ce sur quoi on s'est reposé pendant des millénaires. Perpétuer un art millénaire, être dans la lignée de nos prédécesseurs, ça me rend joyeux. [...] Cela raccroche aussi un peu le passé au présent, le fait de se dire que ça continue, et c'est super. »

3.1.2.5 Réalisation de fantasmes ou de projections mystiques

Enfin, pour **M1**, **M3** et **M10**, l'utilisation de la phytothérapie était le moyen de se projeter ou de réaliser l'ébauche d'une forme de fantasme.

M3 : « Et il y a un côté sorcière qui me plaît aussi. Si j'avais pu, je pense que j'aurai préféré être une espèce d'image d'Épinal, dans mon arrière-boutique d'herboristerie à faire mes petits mélanges. Il y a un peu une espèce de jouissance à me projeter là-dedans. »

M10 : « [...] je me mets souvent à la place des personnes qui allaient autrefois dans leur champ, prenaient leurs plantes et allaient prendre leur tisane. »

M1 : « [...] parfois, cela a un côté magique aussi. (rires) »

3.1.3 Intérêts sociétaux

Selon les praticiens, certains apports de la phytothérapie relevaient des intérêts sociétaux comme la réduction du coût des soins pour la collectivité et la diminution de l'impact environnemental. Elle constituerait également un moyen de lutte contre l'antibiorésistance.

3.1.3.1 Réduction du coût des soins

Coût pour la collectivité

M1, **M4** et **M5** estimaient que le recours à la phytothérapie permettrait de diminuer le coût des soins, du fait notamment d'un ratio coût/efficacité favorable.

M5 : « [...] la phytothérapie-aromathérapie est justement un domaine qui fait faire des économies à la collectivité [...], qui coûte peut-être un peu plus au malade mais pas à la sécurité sociale. [...] je coûte bien moins cher [...] »

M1 : « La sécurité sociale a tout à y gagner ! Le déclic pourrait venir de la sécurité sociale, si elle se rendait compte que les patients pris en charge par nos soins coûtent moins cher... »

M4 : « L'apport, son intérêt par rapport aux médicaments, c'est qu'il y a des solutions simples, peu onéreuses, bonnes pour l'environnement et efficaces. »

Pour **M1**, la fabrication d'un médicament à base de plantes reviendrait toujours plus chère que celle d'une molécule de synthèse, du fait des procédés et aléas de production. Mais le contraste avec certains médicaments de synthèse bien plus onéreux lui permettait de nuancer cette réalité.

M1 : « Une plante, c'est comme pour le vin, il faut déjà qu'elle pousse au bon endroit, qu'elle développe ses principes actifs, il faut la faire sécher comme il faut, la réduire en poudre, extraire le principe actif pour le concentrer... ce n'est pas aussi simple ! Et sans parler des aléas. D'où la différence de coût. La plante coûtera toujours plus cher. Donc c'est sûr que si j'ai besoin de 4 boîtes de mon médicament à 25 € en 1 mois, cela fait déjà 100 € pour le patient. Mais bon, un tas de molécules de synthèse coûtent 1000 € ! Par mois ! »

Coût pour le patient

En revanche, plusieurs médecins (**M1/M3/M5/M6/M7**) étaient d'avis que le coût individuel pour un patient était plus important, en raison de l'absence de remboursement.

M7 : « [...] c'est assez cher [...] »

M3 : « [...] en aigu, ça peut revenir cher. »

M6 : « [...] cela coûte cher pour le patient [...] »

3.1.3.2 Préservation de l'environnement

Certains praticiens (**M2/M4/M7**) estimaient que l'utilisation de la phytothérapie permettrait de préserver l'environnement, en limitant par exemple les déchets mais aussi le relargage des résidus de médicaments dans la nature. Recourir à sa pratique équivalait pour une partie d'entre eux à une forme d'écoprescription^c.

M7 : « Et puis j'ai l'impression d'être plus respectueuse de l'environnement [...] »

M2 : « [...] cela m'a permis d'être en accord avec une forme d'écologie de la santé, si l'on prend en compte par exemple l'impact des perturbateurs endocriniens, le secteur de la pétrochimie etc. ... Cela me permet de m'aligner dans l'ère actuelle : l'élimination d'une plante dans le réseau d'eau n'en fera pas un perturbateur endocrinien, a priori. »

M4 : « J'aime aussi le fait que ce soit une médecine respectueuse de l'environnement. Les médicaments conventionnels, ou l'allopathie, terminent dans les W.C. sans que rien ne les filtre, dont cela pollue tout le reste. [...] souvent, le patient qui va chez le pharmacien pour un rhume, il repart avec un sac plastique entier ! Qu'il va jeter d'ailleurs... Des trucs pour le nez, des trucs pour la gorge en flacon pressurisé, des comprimés sous blister... »

^c Néologisme, du nom de l'opération de sensibilisation et d'analyse de l'impact des médicaments sur l'environnement et la qualité des eaux, créé par l'association *Améliorer la Qualité des Soins* (ASOQS) réunissant des médecins généralistes libéraux lorrains. (<http://sesoignersanspolluer.com>)

M6 n'était cependant pas du même avis, estimant par exemple que les emballages étaient tout aussi présents en phytothérapie pour certaines formes pharmaceutiques.

***M6** : « Au début, je pensais ça. Mais finalement, ce sont aussi des produits industrialisés. Il y a un peu de tout comme qualité, il faut quand même faire attention. Ce n'est pas parce qu'on se soigne avec des produits de phytothérapie que l'on limite forcément l'impact environnemental. »*

3.1.3.3 Lutte contre l'antibiorésistance

Pour **M1**, **M5** et **M7**, la phytothérapie serait une solution pour diminuer le recours aux antibiotiques et ainsi lutter contre l'antibiorésistance. Dans ce contexte, l'aromathérapie était toujours citée comme une alternative thérapeutique prometteuse.

***M7** : « On a des résistances aux antibiotiques à cause desquelles on va se retrouver face à un problème majeur. [...] Si vraiment on pouvait limiter l'utilisation des antibiotiques, en utilisant des huiles essentielles qui ont des propriétés anti-infectieuses. On les connaît, on sait comment les utiliser ! »*

***M5** : « [...] la phytothérapie-aromathérapie est justement un domaine [...] qui évite les résistances d'antibiotiques [...] »*

***M1** : « L'hiver, je n'utilise presque pas d'antibiotiques. On est d'ailleurs bientôt en échec en infectiologie, tous les antibiotiques commencent à montrer leurs limites. Et en plus, on arrive à faire des aromatogrammes ! »*

3.2. Conseils & recommandations aux praticiens

Les médecins interviewés nous ont finalement apporté des conseils et des recommandations pour les praticiens non formés à la phytothérapie, que nous avons abordés en deux parties : d'abord leurs réflexions autour de son intégration en médecine générale, puis des éléments d'aide à la prescription.

3.2.1 Intégration en médecine générale

Certains conseils des participants s'articulaient autour de la nécessité, pour les généralistes, de s'approprier la phytothérapie. Dans ce cadre, la communication avec les patients était considérée comme une des clés indispensables pour son intégration en médecine générale. Enfin, leurs conseils pour intégrer cette discipline dans la pratique s'articulaient autour de l'exigence commune d'une formation en phytothérapie.

3.2.1.1 Nécessité de l'appropriation médicale

Pour certains médecins, le recours aux plantes médicinales et la demande en phytomédicaments seraient en augmentation auprès dans la population, dont une grande partie s'automédiquerait. S'agissant de médicaments, l'encadrement de ce moyen thérapeutique serait souhaitable selon d'autres. Se former à la phytothérapie permettrait à la fois de répondre à cette demande en vogue, mais aussi de mieux l'encadrer.

Demande croissante

D'après **M4**, **M7** et **M9**, la demande en médicaments à base de plantes se ferait grandissante.

M4 : « C'est clair qu'il y a une très grosse demande. »

M7 : « [...] de ce que me disent les pharmaciens, ils ont énormément de demandes, de plus en plus. »

Automédication

Selon **M7**, **M8** et **M9**, les patients avaient beaucoup recours à l'automédication.

M7 : « Souvent c'est même eux qui le prennent déjà. »

M8 : « Il y a beaucoup d'automédication, et parfois c'est du grand n'importe quoi. »

M9 : « C'est vrai que maintenant il y a de plus en plus de plantes sous forme de comprimés, en libre accès sans ordonnance ... »

Encadrement médical

Pour **M9** et **M10**, la phytothérapie ne devrait pas être accessible sans encadrement médical.

M9 : « Le problème, c'est que c'est comme tout médicament : il faut que ce soit encadré. C'est tout. »

M10 : « Je suis assez inquiète par la vente libre. Je suis professionnelle de santé, et je ne cautionne pas l'automédication. »

Appropriation par le corps médical

Selon **M1**, **M4** et **M7**, les médecins devraient donc s'emparer du sujet pour l'encadrer, puisqu'à défaut, les patients y auraient tout de même recours malgré le risque que représenterait l'automédication sans avis professionnel médical.

M7 : « Si les médecins généralistes ne s'emparent pas de ça, ce n'est pas grave, les patients le feront eux-mêmes. Et en plus, ils ne viendront pas voir leur médecin. »

M4 : « [...] les médecins disent de ne rien prendre, que c'est interdit, que c'est dangereux. C'est dommage, car de toute manière, le patient lui va le faire, c'est sûr. »

M1 : « [...] ça ne va pas de dire "les patients peuvent faire ce qu'ils veulent, faire de l'automédication, si ça ne fait pas de bien, cela ne fera de toute façon pas de mal". »

3.2.1.2 Communication avec le patient

Pour plusieurs praticiens, la prise en compte et l'intégration de la phytothérapie en médecine générale devraient se faire au moyen d'une meilleure communication avec le patient. L'amélioration de ce dialogue permettrait de mieux rechercher les traitements alternatifs comme la phytothérapie, parfois gardés sous silence par le patient en crainte d'être jugé par le médecin. Le rétablissement de l'écoute du patient et de la confiance en son discours seraient ainsi nécessaires pour permettre une communication transparente sur ce sujet.

Recherche des traitements alternatifs

M1, **M4**, **M6**, **M7** et **M8** préconisaient d'approfondir l'interrogatoire à la recherche de traitements non conventionnels comme la phytothérapie, souvent omis par le patient. Cette recherche se voudrait plus proactive, et ciblant particulièrement l'automédication et les traitements alternatifs comme la phytothérapie.

M6 : « Déjà, il faut demander au patient s'il en utilise, s'il utilise autre chose, parce que les patients ne le disent pas spontanément. [...] Donc bien creuser à l'interrogatoire, parce que l'on se rend compte que les patients prennent des choses sans nous le dire. »

M8 : « Et de bien savoir poser les questions à leurs patients, parce qu'ils font beaucoup d'automédication. »

M1 : « Et poser les bonnes questions aux patients, c'est-à-dire lors de l'interrogatoire sur le traitement en cours, demander s'ils prennent autre chose, en termes de plantes, de compléments alimentaires ... Les pousser à s'exprimer sur ce qu'ils prennent ! »

Crainte du jugement

D'après **M4** et **M10**, les patients omettraient volontairement de mentionner l'utilisation de médicaments à base de plantes, de peur de se faire juger par leur médecin.

M4 : « Moi je vois les patients, ils n'osent pas dire à leur médecin. Le patient n'a pas envie de se faire juger, donc il ne va pas le dire. [...] Beaucoup ne le disent pas. »

M10 : « [...] les patients aujourd'hui ont peur. Ils ont peur de leur médecin, ils ont peur de leur dire qu'ils prennent autre chose [...] »

Écoute et confiance

Ainsi, il paraissait nécessaire pour **M1**, **M4** et **M10** de rétablir l'écoute et la confiance dans le discours du patient, en suspendant son jugement, en le croyant et en respectant à la fois ses choix et ses retours d'expérience.

M10 : « Je pense, s'il y a un message à faire passer, c'est de respecter le choix de leurs patients. [...] Je pense que la confiance, c'est quand même la base de notre métier. S'ils savent que leur médecin accepte qu'ils prennent autre chose, ils le diront, et le pharmacien sera informé, et puis le médecin généraliste aussi. »

M1 : « Le retour des patients est très important. Pareil en médecine conventionnelle ! [...] Réécouter les gens. Plutôt que d'en rester simplement aux études cliniques. [...] Et le croire. Je pense qu'un grand point commun des médecins qui font de la phytothérapie, de l'homéopathie, de l'acupuncture, des médecines complémentaires, c'est que ce sont des personnes qui écoutent les patients et qui les croient. »

3.2.1.3 Formation

Concernant l'utilisation et la prescription de la phytothérapie en médecine générale, les médecins interrogés étaient du même avis : tous considéraient qu'une formation à la phytothérapie était un préalable indispensable à son intégration dans la pratique professionnelle. À cette fin, ils leur recommandaient certaines formations, auxquelles ils avaient également pu avoir recours.

3.2.1.3.1. Nécessité de formation

Les médecins octroyaient un caractère indispensable à la formation en cas de volonté de prescrire de la phytothérapie. À défaut de formation, certains estimaient préférable l'abstention de prescription ou l'orientation vers un confrère spécialisé dans ce domaine. Plus généralement, ils étaient plusieurs à inviter leurs confrères non formés à suspendre leur jugement en l'absence de connaissances sur le sujet.

Se former

La majorité des praticiens (**M1/M2/M3/M5/M6/M7/M8/M9/M10**) exprimait formellement la nécessité de se former à la phytothérapie comme condition préliminaire à sa prescription.

M5 : « Il faut se former. »

M6 : « [...] il faudrait que les personnes qui l'utilisent soient bien formées. »

M1 : « Il faut qu'ils se forment ! »

S'abstenir

Corollairement, une partie de ces médecins recommandait ainsi de ne pas en prescrire sans y être formé (**M1/M2/M3/M5/M10**).

M3 : « Il ne faut pas en prescrire si l'on n'est pas formé. »

M7 : « Je pense que ça nécessite quand même un minimum de formation. Je ne vois pas comment on peut prescrire de la phytothérapie, sans se former. Déjà que c'est suffisamment compliqué comme ça, alors si on ne s'y connaît pas »

M2 : « J'aurais plusieurs choses à dire. Déjà, que c'est une formation à part entière, et qu'on ne s'improvise pas phytothérapeute, parce qu'on peut faire des bêtises. »

Orienter

D'autres praticiens (**M4/M6/M9**) rappelaient qu'à défaut de formation ou de maîtrise complète sur le sujet, il était également possible et recommandé d'orienter les patients vers des confrères formés à la phytothérapie.

M4 : « [...] le mieux, c'est d'écouter, d'affirmer que l'on ne s'y connaît pas pour diriger la personne vers quelqu'un qui s'y connaît. [...] j'ai des confrères qui m'envoient des patients pour que je les aide dans des situations un peu plus complexes. Il faut réadresser, ouvrir le champ des possibilités ! »

M9 : « Qu'ils n'hésitent pas à orienter ! Tout comme moi je vais orienter dans des spécialités quand ça ne va pas, où j'estime qu'il faut aller voir quelqu'un d'autre, on oriente comme on orienterait auprès d'un spécialiste. »

M6 : « [...] je dirai franchement à quelqu'un qui n'a jamais fait de phytothérapie et qui n'est déjà pas trop pour, de demander conseil aux pharmaciens, qui j'imagine a une formation déjà plus complète, puisque s'il vend de la phytothérapie, il est censé pouvoir donner quelques conseils. »

Suspendre son jugement

Enfin, ils étaient plusieurs (**M4/M5/M8**) à enjoindre leurs confrères à ne pas émettre de jugement sur la discipline en l'absence de connaissances dans ce domaine.

M4 : « Surtout, ce dont j'ai l'impression, c'est que la méconnaissance crée le rejet. Ce n'est pas parce qu'on ne connaît pas que l'on peut permettre de juger. [...] j'ai

l'impression que quand on présente à un professeur ou un médecin hospitalier, spécialiste dans son domaine, quelque chose qu'il ne connaît pas, pour lui c'est comme si on l'insultait. La seule solution qu'il ait, c'est de dire que cela n'existe pas, que ce n'est pas prouvé ou que cela ne marche pas. »

M5 : « [...] qu'ils ne portent pas de jugement sur ce qu'ils ne connaissent pas, et puis c'est tout. »

M8 : « Je pense que les généralistes devraient être un peu plus formés à la phytothérapie, ne serait-ce que pour arrêter d'en avoir peur, ou de dire que ce n'est pas efficace. »

3.2.1.3.2. Formations recommandées

Certains praticiens nous ont donné les options existantes pour se former à la phytothérapie :

Diplômes Universitaires (DU)

M9 et **M10** faisaient référence à la formation par les DU ; **M9** estimait que si ce type de formation posait les bases de la discipline, elle nécessitait tout de même de se former en dehors, en s'appuyant notamment sur la littérature existante (voir 3.2.2.6. Littérature recommandée).

M10 : « [...] si on ne va pas au fond de la démarche, si on ne fait pas formation comme le DU, on ne connaît pas la plante. »

M9 : « Je ne pense pas qu'on puisse se lancer comme ça dans la phytothérapie. En tout cas, personnellement, je ne pense pas. Même cette formation de DU, qui nous donne un cadre, n'était à mon sens pas suffisante. J'ai lu énormément de livres à côté. Il y a toute une littérature à côté, qu'il faut avoir lu. »

Développement Professionnel Continu (DPC)

M5 et **M8** évoquaient les formations disponibles dans le cadre du DPC ; ces formations auraient l'avantage, selon **M8**, d'être moins contraignantes qu'un DU.

M8 : « Il faudrait éventuellement faire des formations DPC. Je pense qu'il y en a qui seraient motivés, c'est plus pratique que de s'inscrire à un DU. »

M5 : « [...] vous avez des propositions de formations professionnelles continues, y compris dans ces domaines-là. »

Formations par les laboratoires

M1 suggérait la disponibilité de certaines formations dispensées par les laboratoires, tout en

étant conscient des conflits d'intérêts qu'elles impliquaient.

M1 : « [...] je pense que ce sont les laboratoires qui font de la phytothérapie qui peuvent les aider à faire des choses simples. Parce qu'il y a un travail de réflexion en amont. Mais c'est de la formation par le laboratoire, et ça, ça me dérange, et c'est assez mal perçu. »

Formations à distance

M9 abordait aussi les formations à distance disponibles sur internet, ayant, pour certaines, des contenus de type universitaire.

M9 : « J'avais aussi beaucoup utilisé hippocratus.com . Ils ont tout un programme d'e-learning universitaire en phytothérapie. Et toutes les semaines, ils sortaient des articles. C'est éventuellement aussi un moyen de formation ! »

Groupes de pairs & Groupes d'Échange de Pratiques

M6 évoquait l'importance d'être entouré de pairs dans la formation et citait ainsi la possibilité de prendre des conseils au sein d'un groupe de pairs. Le principe serait ainsi de parfaire sa formation par l'échange de connaissances et de pratiques entre praticiens.

M6 : « Et faire partie d'un groupe d'échange, d'un groupe de pairs, cela permet de poser des questions et d'avoir des conseils. [...] Le mot d'ordre c'est de se former, et pas tout seul dans son coin. Pas forcément en milieu universitaire, à condition de s'assurer des intervenants. [...] Je pense que l'idéal, c'est d'avoir dans ses contacts quelqu'un qui pratique pour avoir ses conseils. »

3.2.2 Recommandations pratiques & aide à la prescription

Concernant la mise en pratique de la phytothérapie dans l'exercice de la médecine générale, les recommandations des praticiens interrogés portaient d'abord sur la nécessité de restreindre son utilisation à un cadre limité par des connaissances de base. À notre demande, ils nous ont ensuite dressé une liste, non exhaustive, de situations cliniques dans lesquelles leurs confrères pourraient y avoir recours, avant d'édicter certaines mises en garde concernant son emploi dans certains cas. D'autre part, leurs conseils concernaient certaines caractéristiques inhérentes aux phytomédicaments auxquelles ils invitaient à prêter attention. Les praticiens ont pu émettre quelques dernières suggestions à leurs confrères en vue d'obtenir une meilleure adhésion thérapeutique de leurs patients à la phytothérapie. Enfin, ils leur recommandaient l'usage de la littérature, en nous listant des références qu'eux-mêmes utilisaient.

3.2.2.1 Pratique débutante & limitations

Dans le cadre d'une pratique débutante, la plupart des médecins approuvaient la possibilité d'une utilisation sommaire de la phytothérapie, limitée à quelques plantes et indications bien maîtrisées. Dans un premier temps, ils recommandaient également de limiter le raisonnement thérapeutique à une utilisation symptomatique.

Pharmacopée & situations cliniques

Sous condition d'une formation préalable, **M1**, **M2**, **M4**, **M6**, **M8** et **M10** recommandaient de commencer la mise en pratique de la phytothérapie par l'utilisation d'une pharmacopée restreinte, mais maîtrisée, dans des situations cliniques limitées.

M8 : « Je pense que ce serait extrêmement nécessaire qu'ils connaissent les plantes principales, en termes d'interactions. [...] On commence par une petite pharmacopée très simple, avec des formes galéniques simples. Mais je pense qu'il faut que ça fasse partie des basiques. »

M6 : « Je pense que quand on commence, il faut vraiment se limiter à quelques situations et se limiter à quelques produits dont on est sûr. »

M10 : « [...] si on vient de se former, on peut proposer une phytothèque simple, avec les effets secondaires connus. »

Raisonnement thérapeutique

De même, **M1** et **M2** préconisaient à leurs confrères de rester, dans un premier temps, dans une approche thérapeutique symptomatique, afin de se familiariser avec la phytothérapie.

M2 : « [...] il y a certaines plantes avec lesquelles on peut travailler sous forme associée, et des plantes "symptomatiques" avec lesquelles on peut remplacer un certain nombre de médicaments [de synthèse] avec plus de iatrogénie. »

M1 : « [...] on peut avoir des petites connaissances simples, avec un raisonnement allopathique. Par exemple, un patient avec une insomnie, le traiter avec une plante contre l'insomnie, sans pour autant aller chercher le déséquilibre. »

C'était d'ailleurs le cas de **M7**, pour qui la démarche thérapeutique se limitait, du fait de son manque d'expérience, au traitement symptomatique, sans réflexion approfondie sur les mécanismes physiopathologiques.

M7 : « Pour l'instant, j'utilise la phytothérapie de façon allopathique, en quelque sorte, symptomatiquement. Je ne vais pas chercher par exemple les mécanismes endocrinologiques, c'est trop compliqué. »

3.2.2.2 Indications

Les participants nous ont énoncé quelques situations cliniques courantes dans lesquelles leurs confrères médecins pourraient avoir recours à la phytothérapie. S'il était particulièrement fait référence aux viroses et aux troubles mentaux, diverses autres pathologies courantes étaient aussi évoquées ; les affections listées étaient souvent bénignes et considérées comme n'ayant pas de réponse thérapeutique conventionnelle adaptée ou suffisante.

Viroses, pathologies ORL & hivernales

M1, M2, M3, M4, M6 et **M7** préconisaient l'utilisation de la phytothérapie dans les pathologies virales bénignes, notamment celles de la sphère ORL et celles souvent rencontrées en période hivernale. L'emploi de la phytothérapie dans ces situations permettrait d'apporter une réponse thérapeutique souvent inexistante, de limiter le recours aux antibiotiques et de limiter leur récurrence chez les patients.

***Interviewer** : « Y a-t-il des demandes de patients ou des situations cliniques courantes dans lesquelles ils pourraient-ils y avoir recours simplement ? »*

***M1** : « Toutes les maladies infectieuses de l'hiver, déjà. [...] L'hiver, je n'utilise presque pas d'antibiotiques. [...] les maladies virales, pour lesquelles il n'existe pas de réponse en médecine conventionnelle. »*

***M2** : « Oui, les affections ORL à répétitions, chez les enfants. Il y a des traitements de soutien immunitaire, des complexes déjà tout faits, qui peuvent limiter les récurrences. »*

***M3** : « Tout simplement, les viroses. Je le dis à tous mes patients. Les bronchites aussi, dans lesquelles l'origan marche très bien. »*

Troubles mentaux

M2, M6, M7 et **M8** recommandaient son utilisation dans les affections mentales telles que les états de stress, les troubles du sommeil et les syndromes dépressifs mineurs. Dans ce dernier cas, les traitements de phytothérapie permettraient d'apporter une première réponse thérapeutique sans recourir systématiquement aux anxiolytiques conventionnels d'après **M6**.

***M2** : « [...] c'est bien d'avoir quelques plantes que l'on maîtrise, dont on sait les indications etc., notamment les plantes de gestion du stress ou du sommeil. »*

***M6** : « Dans les syndromes dépressifs mineurs [...], cela permet de se donner quinze jours pour voir comment ça évolue, sans pour autant avoir recours aux anxiolytiques, où l'on sait que ça va durer 6 mois. Autrement, les troubles du sommeil, l'anxiété, pour le côté un peu psy. »*

M8 : « [...] dans les troubles du sommeil. »

Autres affections courantes bénignes

D'une manière générale, les médecins indiquaient que le recours à la phytothérapie pouvait se faire dans diverses affections bénignes n'ayant pas de réponse satisfaisante en médecine conventionnelle (**M1** & **M3**). Ainsi, étaient énumérées les situations telles que l'hypotension artérielle (**M1**), l'endométriose ou le syndrome prémenstruel (**M4**), les pathologies rhumatismales (**M6**) ou encore les troubles fonctionnels de l'intestin (**M5**).

M3 : « [...] on peut l'utiliser dans la pathologie du tout-venant, tous les troubles psychosomatiques : c'est-à-dire, lorsque l'on a fait l'examen clinique et qu'on voit qu'il n'y a rien de méchant, que l'examen complémentaire permet d'éliminer les diagnostics différentiels, alors on peut donner des traitements symptomatiques en toute tranquillité [...] »

M1 : « [...] aller chercher les situations dans lesquelles on n'a pas de réponse en médecine allopathique ou dont la réponse est insatisfaisante. Par exemple les hypotensions de la femme, avec la réglisse. »

M4 : « Par exemple dans l'endométriose, il y a des choses qui marchent bien, le syndrome prémenstruel, plutôt que de prescrire directement une pilule œstro-progestative [...] »

M6 : « Les problèmes rhumatologiques, dans lesquels il n'existe pas non plus beaucoup de réponses à part les anti-inflammatoires... »

M5 : « [...] dans le syndrome de l'intestin irritable [...] »

3.2.2.3 Précautions d'emploi

Les interviewés ont également listé certaines précautions d'emploi en fonction de certaines catégories de patients. Ces limitations concernaient globalement les terrains considérés comme « fragiles » incluant les enfants, les femmes enceintes ou allaitantes, les patients à fortes comorbidités, porteurs d'un cancer ou ayant des traitements multiples.

Enfants & femmes enceintes ou allaitantes

M2, **M4**, **M6** et **M10** rappelaient les précautions d'usage des phytomédicaments chez les enfants et femmes enceintes ou allaitantes.

M2 et **M10** rapprochaient ces précautions de celles de tous les médicaments, dont l'utilisation est généralement restreinte – par leur autorisation de mise sur le marché – à une population adulte et aux femmes non enceintes.

M10 : « La loi nous oblige déjà à faire attention aux enfants et aux femmes enceintes. Autrement, les limites sont comme pour tous les médicaments. »

M2 : « Dans tous les cas, les recommandations autour des produits de phytothérapie, notamment des huiles essentielles, sont très sécuritaires vis-à-vis des enfants et des femmes enceintes ou allaitantes. »

M4 estimait cependant qu'il n'y avait pas de limitation stricte d'utilisation, et que la bonne connaissance des phytomédicaments permettait tout de même de les employer dans ces populations.

M4 : « [...] il faut éviter les femmes enceintes et les enfants, c'est-à-dire en dessous de 12-13 ans. Ce n'est pas qu'il ne faut pas l'utiliser, mais quand on ne connaît pas, il faut se renseigner. Mais je n'ai pas de restrictions franches. »

Pour ces populations, **M6** préconisait l'emploi de spécialités de gemmothérapie, dont la concentration en principes actifs serait plus faible que d'autres catégories de produits phytothérapeutiques et serait ainsi adaptée aux enfants.

M6 : « Pour les enfants, je prescris de la gemmothérapie. Pour les femmes enceintes, globalement les patientes savent déjà qu'elles ne peuvent pas prendre n'importe quoi. »

Comorbidités, patients oncologiques

M1, **M2**, **M4** et **M6** conseillaient de ne pas recourir à la phytothérapie chez les patients aux comorbidités multiples, notamment chez les patients porteurs de cancer, et *a fortiori* si ces derniers étaient en cours de chimiothérapie.

Interviewer : « Quelles mises en garde feriez-vous concernant leurs prescriptions ? »

M6 : « Ce serait plutôt une mise en garde que je m'applique : les patients polyopathologiques et les patients qui suivent une chimiothérapie, j'ai encore du mal. »

M2 : « Dans des contextes d'oncologie, avec les chimiothérapies, si on ne sait pas trop faire, il vaut mieux ne rien donner, que de faire des bêtises. Les oncologues mettent bien le paquet là-dessus, justement ; Même chez quelqu'un qui a un cancer actif, si on lui donne de la gelée royale – qui est un facteur de croissance – ou certains Ginseng – qui peuvent être des stimulants œstrogéniques – ... »

Polymédication & Interactions

M1 incitait à la prudence chez les patients ayant déjà plusieurs traitements médicamenteux, en raison des principes actifs qu'apporterait un nouveau médicament de phytothérapie. L'idée véhiculée serait de limiter l'apport de principes actifs pour éviter la iatrogénie.

***M1** : « ... et les polymédiqués aussi, parce que rajouter des plantes sur une polymédication, on ajoute encore d'autres principes actifs. Donc si on remplace un médicament, ça va, mais si on en rajoute en plus ... »*

M3 et **M7** alertaient également du risque d'interaction entre certaines plantes et les médicaments de synthèse, l'exemple cité étant un des plus connus : le millepertuis (*Hypericum perforatum*).

***Interviewer** : « Quelles mises en garde feriez-vous concernant leurs prescriptions ? »*

***M3** : « Qu'il y a des plantes à interactions. La plus connue, c'est le millepertuis, mais il en a d'autres. »*

***M7** : « Ce n'est pas du pipi de chat, ce ne sont pas juste des plantes qui poussent au bord des routes. On ne prescrit pas n'importe quoi, ce sont des médicaments à part entière ! Ça peut très bien venir perturber des médicaments allopathiques. »*

3.2.2.4 Caractéristiques pharmaceutiques

Parmi les conseils de prescription formulés par les praticiens, certains concernaient les caractéristiques propres des médicaments de phytothérapie : les recommandations portaient ainsi sur les formes pharmaceutiques employables, l'origine géographique des plantes les constituant, leur lieu de vente et les laboratoires qui les produisaient. Enfin, à notre demande, les participants nous ont donné leur avis sur les compléments alimentaires, souvent constitués d'extraits de plantes.

3.2.2.4.1. Formes pharmaceutiques

Formes galéniques courantes

M2 et **M8** préconisaient que leurs confrères se contentent dans un premier temps de formules galéniques simples, faisant référence aux formes galéniques usuelles en médecine conventionnelle, mais également commercialisées par les laboratoires de phytothérapie.

***M8** : « [...] il faut donc commencer progressivement par des formes galéniques simples tant qu'il n'y a pas un enseignement facultaire correct dans la branche principale de la médecine. »*

Gélules & comprimés

M1 et **M7** conseillaient ainsi de recourir aux comprimés et gélules, dont la forme serait familière aux prescripteurs et utilisateurs de médicaments conventionnels. **M7** appuyait son avis en soulignant l'aspect peu pratique des Extraits fluides de Plantes Standardisés® (EPS®) dans une posologie pluriquotidienne.

***M1** : « [...] je pense qu'il faut commencer avec des comprimés et des gélules, pour qu'ils restent dans leur zone de confort. Ce sont des choses qu'ils connaissent, qu'ils savent prescrire, donc c'est plus facile. »*

***M7** : « [...] c'est vrai que par exemple les EPS® – déjà qu'il faut vouloir les avaler – ne sont pas très pratiques à emmener au travail ... donc les gélules [...] »*

Tisanes

M4 et **M6** proposaient l'utilisation de tisanes, à condition que les patients adhèrent à cette forme. Dans le cas de **M4**, cette utilisation était quasi systématique.

***M4** : « Moi je ne travaille presque qu'avec des mélanges, des tisanes. »*

***M6** : « Les tisanes, le problème c'est que les patients n'en ont pas trop envie, cela dépend beaucoup des gens. Ceux qui adhèrent beaucoup à la phytothérapie, ils vont adorer les tisanes. Ils vont être trop contents qu'on leur propose ça [...] »*

Macérâts glycélinés - Gemmothérapie

M6 évoquait, à travers son expérience, l'utilisation possible de la gemmothérapie au début de la pratique de phytothérapie, en raison de la faible concentration des principes actifs des macérât glycélinés.

***M6** : « Moi j'ai commencé par la gemmothérapie, car j'ai trouvé que c'était bien pratique à utiliser, il y a peu de contre-indications, avec une toxicité moindre. Cela a un côté presque homéopathique, en termes de dilution. Et les prix sont modérés. »*

Huiles essentielles – Aromathérapie

La plupart des praticiens (**M1/M3/M6/M7/M8/M9/M10**) mettaient en garde leurs confrères quant à l'utilisation des huiles essentielles sans expérience solide. Cet avertissement découlait de la puissance attribuée à cette forme pharmaceutique, du fait de sa composition riche et concentrée en principes actifs.

M7 : « On ne peut pas utiliser d'huiles essentielles si on ne connaît pas. Ce n'est pas possible. »

M10 : « [...] il ne faut pas faire d'aromathérapie quand on n'a pas fait de formation, ça, c'est sûr. Parce que c'est plus puissant. »

M3 : « [...] attention aux huiles essentielles, que ce soit en administration orale ou percutanée, notamment en termes de dose. Parfois j'ai des prescriptions de généralistes, avec des huiles essentielles, derrière lesquels le pharmacien a dû passer, avec raison. »

3.2.2.4.2. Origine géographique

M1 et **M7** ont abordé la question de l'origine géographique des plantes utilisées : selon eux, les praticiens devraient s'assurer de l'origine et de la traçabilité des plantes entrant dans la composition des phytomédicaments. **M1** recommandait ainsi de se limiter par exemple aux plantes du territoire français.

M1 : « Une autre chose, c'est aussi de rester en France : utiliser nos plantes françaises, que l'on connaît, qui poussent chez nous et qui ont un historique. Et ne pas partir sur des plantes chinoises, dont on a lu quelque chose quelque part, que l'on ne maîtrise pas, dont on ne connaît pas l'origine, la traçabilité. »

M7 : « Encore faut-il savoir d'où viennent les plantes ! Avec tout le trafic qu'il y a sur internet, on trouve toutes les plantes de la terre ... »

3.2.2.4.3. Lieux de vente

Plusieurs médecins suggéraient de prêter attention au lieu de vente des médicaments de phytothérapie. Les pharmacies étaient privilégiées pour certains d'entre eux ; certains invitaient à se méfier des ventes dans d'autres magasins ou sur internet, cependant avec quelques exceptions.

Pharmacies

M2, **M3**, **M5** et **M7** préconisaient la vente en pharmacie, étant donné que l'encadrement légal et le parcours pharmaceutique des produits vendus en officine permettaient de s'assurer des critères de qualité requis pour les produits à base de plantes.

M2 : « Concernant la provenance, que ce soit des phytomédicaments ou les compléments alimentaires, il convient de se dire que tout ce qui se trouve en pharmacie a suivi un réseau pharmaceutique. Donc en termes de traçabilité, de toxicité, de contamination, etc., le suivi pharmaceutique est très encadré. »

M5 : « Je ne prescrirais que des plantes ayant l'AMM, et ayant une innocuité et une autorisation de délivrance en officine pharmaceutique. »

M7 : « Tout ce que je prescris, ce sont des choses qui ne se trouvent qu'à la pharmacie, et pas n'importe quoi. »

Autres magasins

M6 et **M7** dissuadaient également d'acheter ces produits dans d'autres magasins, tels que les magasins alimentaires, du fait de l'absence de contrôle pharmaceutique.

M6 : « [...] ne pas acheter dans les grandes surfaces ou un magasin dans lequel il ne peuvent pas demander de conseil. Même dans une biocoop, le conseil n'est pas adapté, pas professionnel. »

M7 : « [...] vous allez dans n'importe quel magasin bio, vous avez des tas de plantes, qui ne sont pas contrôlées, qui ne sont pas soumises à des contrôles pharmaceutiques [...] »

Internet

Enfin, **M3** appelait également à la prudence pour les produits vendus en ligne, dont la composition pourrait fortement varier d'un produit à l'autre.

M3 : « [...] il ne faut pas prendre n'importe quoi sur internet. On trouve des compléments alimentaires avec des compositions différentes et variées. »

M8 citait néanmoins l'existence de bons laboratoires dont le modèle financier reposait sur la vente en ligne, et en lesquels il faudrait avoir confiance.

M8 : « Certains bons laboratoires demandent aux gens de commander directement sur internet, parce qu'ils ne vendent pas en pharmacie pour des histoires de prix. Il faut avoir confiance en ces laboratoires [...] »

3.2.2.4.4. Laboratoires

Certains médecins ont évoqué la diversité des laboratoires et de formules de phytothérapie, et donc l'importance de faire un choix parmi ces derniers. La raison de ce choix serait inhérente aux produits de phytothérapie, dont la composition et le dosage en principes actifs varieraient d'un laboratoire à l'autre. Certains laboratoires seraient connus pour la qualité de leurs produits, et la standardisation des procédés de fabrication et formes galéniques étaient considérées comme point positif dans ce choix. De plus, les intérêts financiers en jeu dans ce

domaine devaient inciter à la prudence dans la sélection d'une référence.

Diversité & nécessité de choix

M1 rappelait l'importance du choix d'une référence et de son inscription sur l'ordonnance : chaque produit de phytothérapie serait différent selon l'origine de la plante, la recette et les procédés de fabrication d'un laboratoire donné. La prescription d'un nom de plante seul ne serait donc pas souhaitable, étant donné la diversité de références disponibles et potentiellement différentes.

***M1** : « Prescrire avec un nom de laboratoire est important. On ne peut pas faire de générique en phytothérapie. Ce n'est pas possible. Quand je prescris quelque chose, c'est cela que je veux. Je ne veux pas que le pharmacien substitue par autre chose de soi-disant identique. Il n'y a pas deux produits de phytothérapie, quand ce sont des mélanges, qui se ressemblent. Ils ont tous leurs petites nuances, leurs dosages un peu différents, etc. [...] ne pas juste prescrire un nom de plante ; sinon le pharmacien ne sait pas quoi délivrer. »*

Qualité & standardisation

M1 et **M3** plaçaient leur confiance dans les laboratoires dont les procédés de fabrication seraient de qualité et dont les produits seraient standardisés. Il était fait référence à certains noms de laboratoires remplissant ces critères de qualité : Pileje, Naturactive, Arkopharma, Nutergia, Therascience, Nutravane, Weleda.

***M1** : « [...] on est obligé de passer par les laboratoires dont on est sûr que les produits sont de qualité. [...] On a aujourd'hui des super laboratoires, et puis d'autres qui ne riment à rien. [...] Les laboratoires comme Nutergia, Nutravane, Pileje, Therascience sont des bons laboratoires, qui fournissent des produits de qualité. On peut leur confiance dans les posologies et les choix de plantes qu'ils ont faits, dans leur manière de les transformer et dans la présence de principes actifs. Arkopharma aussi, mais ce n'est pas très dosé. »*

***M3** : « [...] je suis plus en confiance avec des laboratoires qui standardisent leurs médicaments. Selon les laboratoires, il y en a auxquels on a confiance, et il y en a d'autres... [...] Moi je prescris du Pileje, Naturactive et Weleda. »*

Diversification & indépendance

M1 préconisait tout de même de recourir à plusieurs laboratoires dans un souci d'indépendance.

***M1** : « Si possible ne pas rester sur un seul laboratoire, comme ça on n'a pas l'impression d'être dépendants d'eux [...] »*

Intérêts financiers & prudence

M8 rappelait le potentiel financier du marché des plantes médicinales et invitait à la prudence dans le choix des laboratoires.

***M8** : « [...] il faut connaître les laboratoires qui tiennent la route. Parce qu'il y a une manne financière là derrière. Des nouvelles formules, on en découvre tous les jours. »*

3.2.2.4.5. Cas particulier des compléments alimentaires

Concernant les produits vendus sous forme de compléments alimentaires, les praticiens divergeaient dans leur avis : considérés comme médicaments par certains, ils demeuraient de simples compléments nutritionnels pour d'autres. Selon leur composition, leur utilisation pouvait toutefois comporter des risques. Dans ce contexte, quelques médecins appelaient à la prudence lors de leur prescription.

Médicament ou Nutriment ?

Selon le dosage et la composition des compléments alimentaires, ceux-ci étaient considérés comme des médicaments par une partie des médecins (**M3/M8/M10**) :

***M3** : « Je les considère comme des médicaments. »*

***M8** : « Oui, il y en a beaucoup trop. Ils respectent la législation en termes de dosage, mais, globalement, il y a pas mal de formules qui sont complètement des médicaments. »*

M2 et **M5** ne considéraient pas ces compléments alimentaires comme des médicaments en cas de simple complémentation alimentaire et si les doses nutritionnelles (ou Apports Journaliers Recommandés) n'étaient pas dépassées.

***M2** : « Si on est dans des doses nutritionnelles, non. On sera alors plutôt dans du soutien de l'organisme. Cela dépendra donc du type de dosage sur lequel on se situe. »*

***M5** : « Non... alors tout est médicament. Si vous mangez de la salade et que vous êtes carencés en vitamine B9, en mangeant de la salade vous prenez de la vitamine B9. C'est un médicament en quelque sorte. Mais où commence le médicament, où se finit l'aliment, où se trouve l'alicament ? C'est une question de dose. »*

M6 et **M7** n'avaient pas d'avis sur la question. Néanmoins, **M7** ne différenciait pas ces compléments des autres médicaments.

M7 : « Je ne sais pas. C'est vrai que je ne fais pas vraiment le distinguo entre une association de plantes vendues comme complément alimentaire, et ce qu'un laboratoire va vendre comme phytomédicament ... »

M6 : « Pour ma part je ne les utilise pas, je ne les prescris pas. Je préfère recommander certaines marques, en disant aux patients que je la connais, et que je ne connais pas les compositions des autres en termes de quantité de principe actif. »

Risques

Les risques potentiels liés à l'utilisation des compléments alimentaires étaient évoqués par **M2**, **M8** et **M9**, notamment en cas de surdosage, mais également lors de la contre-indication à certaines plantes chez le patient.

M8 : « Le gros problème, ce sont les surdosages en vitamines, dont on ne parle pas assez. Même des bons laboratoires de micronutrition font des formules qui dépassent les seuils au niveau des vitamines, dont les conséquences sont parfois méconnues. Pour certaines vitamines, on ignore ce que ça fait d'en avoir 300 %. On fait justement attention à ne pas dépasser certains plafonds [...] »

M2 : « [...] concernant les vitamines ou oligoéléments, en cas d'excès, on peut obtenir l'effet inverse de celui qui est souhaité, notamment avec des effets pro-oxydants. »

M9 : « Il peut y avoir des contres indications à certaines plantes, comme l'Harpagophytum ou la réglisse ou dans l'hypertension. »

Précautions d'emploi

M1, **M2**, **M6**, **M8**, **M9** et **M10** considéraient donc qu'il ne fallait pas sous-estimer ces compléments alimentaires et incitaient à limiter leur prescription.

M1 : « Je pense qu'il ne faut pas dire qu'on peut tout prescrire les yeux fermés. Cela revient à dire que l'on s'en fiche, que ça ne fera pas de mal. »

M8 : « Donc il faut savoir limiter les compléments alimentaires dans une ordonnance, qui sont à utiliser comme médicaments. »

M2 : « [...] il faut être prudent avec ces compléments alimentaires. »

3.2.2.5 Adhésion thérapeutique

Pour faire accepter le traitement et son coût au patient, les praticiens recommandaient d'informer ce dernier, en amont, de la possibilité d'utilisation de la phytothérapie : offrir ce choix au patient en augmenterait l'adhésion. Pour d'autres, ce choix devait forcément venir de

la demande initiale du patient et était difficile à faire adopter aux patients non demandeurs. Dans le cas où la proposition émanait du médecin, la mise en confrontation avec la balance bénéfice-risque de chaque option thérapeutique permettrait de mieux faire accepter le traitement de phytothérapie. Enfin, l'optimisation du coût de l'ordonnance par le choix de formes thérapeutiques plus abordables permettrait naturellement d'augmenter l'adhésion à la phytothérapie.

Information préalable & décision du patient

M2 et **M6** conseillaient d'éclairer le patient sur les possibilités de traitement en phytothérapie avant la prescription. Le choix reviendrait ainsi au patient et le mettrait dans une position de décision, augmentant de fait l'adhésion thérapeutique.

***M6** : « Je leur demande d'abord s'ils sont d'accord pour essayer quelque chose d'autre, qui ne soit pas de la médecine conventionnelle, et qui ne soit pas remboursé. Ça permet déjà de tâter le terrain. Ou je leur demande s'ils n'ont pas déjà essayé par eux-mêmes. Rien qu'en posant cette question ouverte, je trouve qu'ils sont assez réceptifs. Ils doivent se dire que si on leur demande leur avis, c'est qu'ils peuvent dire non s'ils en ont envie, du coup ils sont assez libres et vont dire oui. »*

***M2** : « [...] il faudrait l'annoncer aux patients, de faire savoir qu'un traitement par phytothérapie est possible. Les patients intéressés se seront penchés sur la question, et sont généralement demandeurs. Comme ça, la demande vient d'eux. »*

M3 stipulait également que la demande devait venir du patient, mais y voyait justement un obstacle incontournable à l'adhésion thérapeutique.

***Interviewer** : « Comment faire pour faire accepter au patient le coût du traitement, l'absence de remboursement ? »*

***M3** : « C'est un gros problème. C'est compliqué. Je pense qu'il faut que le patient soit demandeur, sinon ce n'est même pas la peine. »*

Confrontation à la balance bénéfice-risque

M1 et **M6** suggéraient de faire confronter au patient les bénéfices et le faible risque de la phytothérapie avec ceux de la médecine conventionnelle. La mise en avant de sa balance bénéfice-risque plus favorable favoriserait l'adhésion à la phytothérapie.

M1 : « Je leur dis que certes, ce n'est pas remboursé, mais quand ils verront comment ça marche, ils n'auront guère plus de doute... Je mets l'efficacité en avant, et effectivement, le peu de toxicité. »

M6 : « [...] le fait de leur dire qu'il n'y a pas grand-chose d'autre à proposer, ou alors au risque d'une toxicité sur le long cours, comme pour le rein dans le cadre des anti-inflammatoires. On peut donc essayer ça, même si ça a un coût, mais on n'essaiera pas dix fois si ça ne marche pas. »

Limitation du coût & choix de la forme pharmaceutique

M3, **M4** et **M6** préconisaient de tenir compte du coût du traitement et de recourir à des formes pharmaceutiques moins onéreuses, quand cela serait possible. À titre d'exemple, les tisanes et les macérâts glycélinés étaient cités pour réduire le coût de l'ordonnance, qui serait autrement plus important en cas d'utilisation de comprimés ou gélules.

M3 : « [...] en pratique, j'essaie de ne pas dépasser 50 € de coût de traitement par mois. Mais c'est difficile. »

M4 : « Les produits en tisane sont beaucoup moins cher que les comprimés ou les gélules, qui peuvent vite revenir à 80 € par mois. Une tisane, pour un mois, c'est 25 € maximum. »

M6 : « Moi j'ai commencé par la gemmothérapie [...] les prix sont modérés, et cela ne dérange pas les patients d'utiliser plusieurs macérât glycélinés, d'en acheter plusieurs, et donc on peut faire beaucoup de choses. Et si ça ne marche pas, ce n'est pas grave puisque ce n'est pas trop cher. J'ai essayé d'utiliser les EPS[®], mais ça coûte cher, et la pharmacie avec laquelle je travaille ne les fait pas trop... »

3.2.2.6 Littérature recommandée

Concernant la littérature disponible, les praticiens ont pu lister diverses références qu'il utilisaient et/ou recommandaient. Il s'agissait de différents types de littérature scientifique ou grand public, de supports d'aide à la prescription ou de formation sur la phytothérapie.

3.2.2.6.1. Littérature scientifique

Bases de données, revues & écrits scientifiques

- Medline[®] / Pubmed[®] (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>)

M1 et **M10** avaient recours à la base de données bibliographique biomédicale Medline[®] via l'accès fourni par PubMed[®].

M1 : « PubMed[®] ! Comme les autres ! Peut-être même plus que les autres d'ailleurs ! »

M10 : « J'utilise essentiellement PubMed[®] [...] »

- **Cochrane** (<https://www.cochrane.org>)

M1 utilisait également la librairie de revues scientifiques du réseau de collaboration scientifique Cochrane.

M1 : « [...] Cochrane, je regarde ce qui est fait, en littérature scientifique. »

Revue médicale

M5 et **M10** signalaient l'existence de revues médicales spécialisées en phytothérapie, comme *La Phytothérapie Européenne* (<https://www.phytotherapie-europeenne.fr>).

M5 : « Alors il y a des revues de pharmacologie en phytothérapie, ça existe. Il faut s'abonner. »

M10 : « [...] je suis abonnée à une revue qui s'intitule "La Phytothérapie Européenne" »

Thèses

M3 mentionnait les thèses de pharmacie sur le sujet, disponibles en libre accès sur internet.

M3 : « Sinon, sur internet, il y a des thèses en pharmacie, surtout sur les huiles essentielles. »

Monographies

M3 et **M10** regrettaient l'absence de disponibilité de référentiels comme certaines monographies ou outils d'aide à la prescription, tels que le dictionnaire VIDAL®.

M3 : « [...] on n'a pas de manuel officiel. »

M10 : « Si on pouvait avoir une sorte de VIDAL® pour les plantes, ce serait génial ! »

- **EMA/HMPC** (<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/herbal-products/european-union-monographs-list-entries>)

M7, **M8** et **M9** faisaient en revanche référence à la monographie établie par le Comité pour les médicaments à base de plantes (*Committee on Herbal Medicinal Products - HPMC*) de l'Agence Européenne du Médicament (*European Medicines Agency - EMA*). Son utilisation pratique serait en revanche délicate d'après **M7** et **M8**.

M9 : « Il y a aussi la monographie européenne, qui est aussi une bonne base. »

M8 : « Je recommanderai bien l'EMA, mais elle n'est pas facile à utiliser, ce n'est pas pratique. »

M7 : « Je n'utilise pas l'EMA, parce que je patauge là-dedans et je n'ai pas le temps. »

- **Thériaque**[®] (<http://www.theriaque.org/apps/contenu/accueil.php>)

M10 mentionnait l'utilisation de la base de données médicamenteuse Thériaque[®], gérée par le Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament (CNHIM) et agréée par la Haute Autorité de la Santé (HAS).

M10 : « [...] je vais sur des sites médicaux comme Thériaque[®] [...] »

Documentation des laboratoires

M1 et **M2** rapportaient la possibilité d'utiliser la documentation des laboratoires de phytothérapie. **M1** n'était cependant pas à l'aise à l'idée de s'appuyer sur les travaux fournis par les laboratoires en raison des conflits d'intérêts inhérents à cette documentation.

M1 : « [...] ça m'embête de le dire, je pense que ce sont les laboratoires qui font de la phytothérapie qui peuvent les aider à faire des choses simples. Parce qu'il y a un travail de réflexion en amont. Mais c'est de la formation par le laboratoire, et ça, ça me dérange, et c'est assez mal perçu. »

M2 : « Il existe sinon dans certains laboratoires, comme Pileje, des Extraits de Plantes Standardisés, pour lesquels ils indiquent la prescription avec des règles relativement simples et des tableaux d'indications. »

3.2.2.6.2. Outils d'aide à la pratique

- **Wikiphyto** (<http://www.wikiphyto.org>)

La plupart des praticiens (**M2/M4/M6/M7/M8/M9/M10**) rapportaient l'existence de Wikiphyto, une encyclopédie participative et collaborative en phytothérapie, dédiée aux professionnels de santé, dont les modifications et l'enrichissement ne sont autorisés qu'à des professionnels dont la compétence et la fiabilité sont reconnues.

M7 : « Wikiphyto, que je consulte souvent. »

M4 : « Il y a un site : Wikiphyto. Il faut qu'ils s'y connectent, et ils y trouveront les études démontrant les efficacités dans les indications données, les différentes galéniques

existantes, les dosages, les posologies, les risques, les précautions d'emploi... [...] des critères de qualité, en termes de titration de principes actifs, de poids de plante, etc. ... »

M8 : « Il y a beaucoup d'ouvrages, d'autres sites internet qui font des monographies ou qui les approfondissent un peu plus. J'utilise pas mal Wikiphyto. »

- **Hedrine** (<https://hedrine.univ-grenoble-alpes.fr>)

M10 relatait son utilisation de la base *Hedrine (HErb DRug INteraction DatabasE)*, outil d'aide à la décision pour les interactions plante-médicament, créé par une doctorante en pharmacie en 2013 et déployé par l'Université Grenoble Alpes. Hedrine est d'ailleurs également accessible depuis la page d'accueil de Thériaque®.

M10 : « [...] je vais sur des sites médicaux comme [...] Hedrine »

3.2.2.6.3. Littérature « grand public »

- **VIDAL® - Le guide des plantes qui soignent**

M2 et **M4** recommandaient l'utilisation du guide VIDAL® – *Le guide des plantes qui soignent*. Il s'agit là d'un guide édité pour la dernière fois en 2010, listant des informations de référence pour utiliser les plantes médicinales et distinguer les usages scientifiquement prouvés des usages fantaisistes.

M4 : « Il y a le VIDAL® de phytothérapie. Cela permet déjà de savoir ce qui existe, et à la fin, il y a un index avec les plantes, qui renvoie vers les précautions d'emploi, pour les femmes enceintes, etc. ... »

M2 : « On peut évoquer le VIDAL® des plantes [...] »

- **Santé Nature Innovation** (<https://www.santenatureinnovation.com>)

M1 relatait son abonnement auprès d'une lettre d'information nommée *Santé Nature Innovation*. Il s'agit d'un site se voulant comme référence de la santé naturelle, qui apporterait des conseils pour améliorer le confort de vie et informerait des traitements naturels validés par la recherche scientifique.

M1 : « Après, je suis abonnée à des lettres d'information, et je lis ça, toute la journée. Par exemple comme "Santé Nature Innovation". Il y a des choses que je critique, d'autres qui sont intéressantes, il y a des choses très commerciales, publicitaires, mais je garde un recul, un regard critique sur l'ensemble, parce que je suis formée. »

- **Passeport Santé** (<https://www.passeportsante.net>)

M2 recommandait le site d'information grand public *PasseportSanté*, portant sur la médecine conventionnelle et les médecines non conventionnelles, et lui attribuait une certaine fiabilité du fait d'informations systématiquement sourcées.

M2 : « [...] passeportsanté.net . [...] parce que quand ils écrivent quelque chose, ce n'est pas copié d'un autre site, mais ils citent leur source avec la bibliographie. Ça veut au moins dire qu'ils se donnent la peine d'aller chercher des sources, qu'elles soient de faible ou de haut niveau de preuve. »

DISCUSSION

Chapitre 1 Validité de l'étude

1. Points forts de l'étude

Cette étude nous a permis d'obtenir des informations détaillées sur les perceptions et motivations de médecins généralistes à recourir à la phytothérapie. Ce travail a également permis de recueillir leurs recommandations à destination de confrères souhaitant potentiellement intégrer la phytothérapie dans leur pratique. Notre enquête s'est ainsi intéressée à un domaine thérapeutique en vogue, mais peu étudié dans le cadre de son utilisation chez les médecins généralistes français. La phytothérapie est pourtant un sujet d'actualité : les Français ont de plus en plus recours aux plantes médicinales dont le marché est croissant depuis plusieurs années.

Le recours aux entretiens semi-dirigés est une méthode pertinente pour évaluer la pratique des médecins, en ce qu'ils permettent d'étudier les représentations de ces derniers (40,41). Le choix a été porté sur cette méthode parce que le sujet n'avait pas été étudié auparavant sous cet angle, bien qu'il ait été brièvement abordé dans une thèse de 2014 (23). L'objectif était donc d'élaborer des hypothèses pour comprendre le choix de cette pratique, et non de valider des hypothèses (par exemple à l'aide d'une étude quantitative, et donc d'un questionnaire). En effet, les réponses ne pouvaient être déterminées à l'avance et n'étaient pas quantifiables. L'entretien libre aurait été envisagé si nous n'avions pas disposé d'informations précises sur les caractéristiques du domaine étudié et sur sa perception. Disposant déjà de données issues d'études précédentes, l'entretien semi-dirigé permettait donc de recueillir des informations plus structurées et donc plus simples à analyser.

Le lieu et le moment des entretiens étaient adéquats : ils ont été menés au calme au cabinet ou au domicile des praticiens interrogés. Les entretiens se sont déroulés en tête à tête entre l'investigateur et chaque enquêté, permettant ainsi de laisser libre cours à son opinion, en limitant ses craintes d'être jugé par une personne tierce autre que l'investigateur.

Le caractère modulable de l'entretien en fonction de son déroulement et le recours à des questions directives mais imprécises ont permis de susciter des associations d'idées chez les interviewés, et d'engendrer une certaine liberté dans leur discours. Nous avons d'ailleurs veillé à adopter une écoute bienveillante et empathique pendant ces entrevues. Notre attitude et nos interventions sont demeurées intelligemment critiques et objectives afin que les interviewés produisent un discours complet et cohérent (43) (44).

À cet effet, nous nous sommes assurés de la cohérence interne de leur discours, en utilisant,

à des moments différents de l'entretien, des questions similaires mais abordées sous un angle différent. Cette technique nous a permis de lever les ambiguïtés ou des incohérences dans le discours des interviewés et qui auraient pu subsister au moment de l'analyse des résultats.

Le recours à un enquêteur unique nous a permis d'assurer la reproductibilité des entretiens. Ceux-ci ont été poursuivis au-delà de la saturation des données, obtenue dès le 7^{ème} entretien. La recherche d'une variation de profils maximale nous a incité à réaliser tout de même 10 entretiens, permettant parallèlement de valider la saturation statistique des données, telle que définie en recherche qualitative (45).

2. Limites de l'étude

2.1. Biais liés à l'investigateur, biais d'interprétation & d'analyse

Notre manque d'expérience en recherche qualitative et, plus particulièrement, en réalisation d'entretiens semi-dirigés a pu constituer un biais à la réalisation d'un travail de qualité.

Bien que nous nous soyons efforcé de rester le plus neutre et le plus objectif possible dans la conduction de cette enquête et dans l'interprétation de ses résultats, notre immersion récente dans une formation universitaire en phytothérapie nous a inéluctablement amené à avoir à un positionnement personnel sur le sujet. Cette expérience personnelle a ainsi pu biaiser notre objectivité lors des entretiens, de sorte que nos questions aient ainsi pu être orientées durant ces derniers. Nos relances aux réponses des participants ont pu l'être également, en raison d'une possible interprétation biaisée de leur propos. Cependant, nous pensons que notre expérience personnelle nous a amené à rechercher de manière encore plus approfondie les motivations des médecins participants, ce qui pourrait s'avérer être un point positif.

L'analyse des données a été faite par un seul chercheur : l'investigateur et auteur de cette étude. En l'absence de triangulation par d'autres personnes, il existe donc un risque non négligeable de l'influence des représentations de l'enquêteur sur l'interprétation des verbatim.

Il est utile de préciser que notre formation en phytothérapie a été entreprise face à notre méconnaissance sur ce procédé thérapeutique, dans les suites de plusieurs consultations avec des patients y ayant recours. Cette formation nous a finalement permis d'acquérir les connaissances nécessaires sur le sujet et de découvrir un certain nombre de concepts, dont la plupart étaient repris par les participants à cette étude. La bonne compréhension des éléments abordés par les médecins dans ce travail était donc également un atout pour l'analyse de leur discours.

2.2. Biais de recrutement : biais de sélection & d'autosélection

Le recrutement des médecins généralistes s'est en partie réalisé sur la base de la publicité de leur orientation en phytothérapie : c'est grâce à leur statut public de phytothérapeute que ces médecins ont été recrutés. Pour une partie de l'échantillon, cet affichage public de leur orientation a ainsi pu constituer un biais de sélection. En effet, bien que cette orientation soit un critère d'inclusion indispensable dans notre étude, sa publicité pourrait témoigner chez ces médecins d'une pratique exclusive de la phytothérapie qui s'éloignerait potentiellement de la médecine générale. Considérant ceci, cette étude ne saurait donc refléter la perception d'une population de médecins généralistes français incluant régulièrement la phytothérapie dans leur pratique, mais plutôt le point de vue de médecins généralistes ayant choisi une orientation privilégiée, voire exclusive, en phytothérapie.

Ce mode d'exercice privilégié, caractérisant les Médecins à Expertise Particulière ou Médecins à Exercice Particulier (MEP), est cependant toujours mal défini à ce jour : d'après la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), « *un médecin ayant un mode d'exercice particulier est un médecin dont la spécialité n'est pas reconnue par la Sécurité sociale [...] ou un médecin généraliste exerçant plusieurs disciplines pour lesquelles il a été qualifié* » (46). Cette définition s'appliquerait ainsi à tout médecin ayant une démarche diagnostique et/ou thérapeutique différente des médecins généralistes « traditionnels ». Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) évaluait à 25,4 % les médecins généralistes en exercice ayant déclaré un mode d'exercice particulier au 1^{er} janvier 2014 (47), mais ce chiffre ne tiendrait pas compte de la phytothérapie. En effet, alors que la phytothérapie (tout comme la mésothérapie et l'ostéopathie) répondrait à la définition des MEP, son exercice n'est pas reconnu par la Sécurité Sociale, contrairement à l'homéopathie et l'acupuncture. Elle est néanmoins considérée comme procédé thérapeutique par le CNOM, pour qui le terme de MEP paraîtrait impropre : le CNOM ne souhaiterait pas que cette discipline soit exercée en dehors de la médecine générale ou d'une autre spécialité médicale (47). L'enquête exploratrice d'A.-L. Rathouis sur la pratique de la phytothérapie en médecine générale menée en 2014 (23) avait d'ailleurs montré que certains médecins avaient migré vers une prescription quasi exclusive de phytothérapie, sans maintenir la médecine conventionnelle dans leur pratique. Le risque de ce mode d'exercice est de dichotomiser ces deux possibilités thérapeutiques, alors qu'elles devraient être complémentaires.

C'est pour cette raison que nous avons également choisi d'intégrer des médecins dont la pratique de la phytothérapie n'était pas forcément officialisée : le simple fait de se considérer phytothérapeute était suffisant. Une condition était toutefois d'avoir recours régulièrement à la phytothérapie, afin de mieux cerner les motivations à sa prescription dans une population dont la pratique de cette discipline était déjà bien assise (rappelons ici que l'objectif secondaire

de cette étude étant également de recueillir des conseils de praticiens « expérimentés » dans cette pratique). L'échantillonnage de volontaires au sein d'une liste de diffusion de diplômés universitaires de phytothérapie a ainsi permis de recruter ce type de médecins à la pratique non officialisée.

Cependant, cet échantillonnage de volontaires a également pu constituer un biais d'autosélection. En effet, l'autosélection peut mener à une surreprésentation de certaines populations dans l'échantillon final. Dans notre cas, il aurait pu s'agir, par exemple, de médecins en rupture avec le système médical conventionnel et souhaitant s'exprimer sur leurs divergences avec une population d'omnipraticiens dont l'exercice serait plus conventionnel.

Dans les deux cas, ces biais ont donc pu fortement contribuer à une vision partisane envers la phytothérapie dans le discours des médecins recrutés. Celle-ci nous semble cependant cohérente pour des médecins ayant choisi de se former en phytothérapie. En revanche, cette vision a pu être renforcée par une potentielle connivence intellectuelle entre l'investigateur et les médecins recrutés sur le sujet de la phytothérapie, puisque nous nous sommes présenté comme étant en formation sur le sujet au moment de la réalisation de cette étude.

D'autre part, nous avons choisi d'emblée de ne pas inclure les médecins homéopathes dans notre échantillon. En effet, la phytothérapie est *a priori* définie comme une « *thérapeutique par les plantes* » (1) et est classée par la CNAM dans les médicaments allopathiques, c'est-à-dire « qui apportent dans l'organisme des substances actives, destinées à contrer la maladie. » (48). L'allopathie est considérée comme un « *mode de traitement devant entraîner un effet inverse de celui provoqué par la maladie* » (1). L'homéopathie, elle, repose sur les principes diamétralement opposés de similitude et de dilution, c'est-à-dire sur le traitement des maladies « *à l'aide d'agents qu'on suppose doués de la propriété de produire sur l'homme sain des symptômes que l'on veut combattre [...], administrés à doses infinitésimales* » (1). Le corpus théorique complet de l'homéopathie entre ainsi déjà en opposition avec les connaissances scientifiques modernes sur le plan de la physique, de la chimie, de la physiologie ou de la biologie (49). Cette discipline saurait constituer en elle-même un système médical (50), se définissant par sa philosophie, ses règles diagnostiques et thérapeutiques. D'ailleurs, la distinction de la phytothérapie avec l'homéopathie avait été formulée de manière univoque par des médecins généralistes dans le cadre d'une thèse qualitative au sujet de la phytothérapie (22). Inclure des médecins homéopathes apporterait donc un biais important dans l'étude de la perception et les motivations des médecins phytothérapeutes, puisque ces premiers appuient déjà leur pratique sur une théorie avec une philosophie propre. Si à l'issue de ce travail, nous devions constater que les utilisateurs de la phytothérapie ne limitent pas sa définition à un simple procédé thérapeutique, mais à un système médical, nous pourrions avancer que cette approche ne résulte pas nécessairement d'un mode de pensée lié à

l'homéopathie, mais possède également une philosophie propre. Toutefois, gardons à l'esprit que la phytothérapie demeure à ce jour un mode thérapeutique décliné dans différents systèmes médicaux à travers le monde. Ainsi, entre autres, la médecine traditionnelle chinoise utilise également des procédés phytothérapeutiques.

Nous avons choisi d'inclure les médecins dont la formation n'était pas forcément universitaire, puisqu'il existe en France plusieurs organismes de formations privés en phytothérapie ou plantes médicinales – quoique « *sans aucun contrôle des institutions publiques quant à leur contenu, et sans reconnaissance par l'État des diplômes délivrés* » (37) – dont le contenu peut s'adresser à des médecins. Un critère d'inclusion requérant une formation strictement universitaire en phytothérapie aurait donc pu constituer un biais de sélection puisque certains auraient pu choisir ces autres types de formation. Quatre médecins de l'échantillon avaient d'ailleurs participé à des formations d'organismes privés, et un médecin n'avait jamais eu de formation universitaire dans ce domaine (voir [Annexe II](#) : Tableau des caractéristiques des médecins participants). Ajoutons qu'il est fort improbable qu'un médecin choisissant de pratiquer régulièrement la phytothérapie ne s'y soit jamais formé, et que le choix d'exiger une formation – quelle qu'elle soit – dans les critères d'inclusion était incité par l'objectif secondaire de recueillir leurs conseils avisés.

Il pourrait également exister un biais de sélection lié à la difficulté de recruter les médecins répondant aux critères d'inclusion. En effet, la phytothérapie ne fait pas partie de la liste des titres autorisés à figurer sur les plaques et ordonnances des médecins. L'article R.4127-81 du code de la santé publique précise que seuls les « *diplômes, titres et qualifications reconnus conformément aux 4° et 5° de l'article R.4127-79* » y sont autorisés. Pour un médecin, les titres et mentions autorisés sont donc « *4° La qualification qui lui aura été reconnue conformément au règlement de qualification établi par l'ordre et approuvé par le ministre chargé de la santé ; 5° Ses diplômes, titres et fonctions lorsqu'ils ont été reconnus par le Conseil national de l'ordre* » (51). Or, la qualification en phytothérapie ne fait pas partie des titres et mentions autorisés par le CNOM (52) ; sa mention n'est donc pas autorisée sur les plaques et ordonnances des médecins ayant une orientation en phytothérapie, même de ceux y dédiant un exercice particulier (MEP). Le CNOM précise d'ailleurs explicitement sur son site que « *la possession de diplômes universitaires ou interuniversitaires (DU ou DIU) n'ouvre pas droit à une qualification ordinale, quelles que soient la durée et la valeur de la formation sanctionnée par ce DU ou ce DIU.* » (52). En effet, les DU/DIU sont « *placés sous la seule responsabilité d'une ou de plusieurs universités. Ces diplômes ne signifient pas, ipso facto, que l'efficacité et l'innocuité de la technique sont prouvées. Ce sont des diplômes complémentaires qui, à eux seuls, ne donnent pas le droit à l'exercice d'une profession de santé.* » (37).

Il est donc impossible de faire une recherche de praticiens selon le critère « phytothérapie »

(alors que c'est le cas pour l'homéopathie et l'acupuncture) dans les annuaires officiels, tels que l'annuaire santé de l'Assurance Maladie (<http://annuaresante.ameli.fr>) ou l'annuaire des médecins du CNOM (<https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire>). La recherche de médecins à recruter a donc dû se porter sur des annuaires d'organismes privés, mais souvent incomplets, tels que les Pages Jaunes ou Doctolib, ou ceux d'associations comme l'IESV.

Cette absence d'autorisation de mention sur les plaques a donc également pu biaiser le recrutement, dans la mesure où certains médecins ayant une orientation en phytothérapie pourraient ne pas l'afficher sur leur plaque ou dans les annuaires en ligne. Ceux qui le font sont certainement des médecins à exercice particulier, chez qui la phytothérapie constituerait une majeure partie de leur activité. Dans notre échantillon, seulement la moitié des médecins (soit 5 médecins sur 10) mentionnait une orientation en phytothérapie sur les annuaires en ligne. Cette orientation était généralement annoncée par la mention d'une expertise en phytothérapie, souvent accompagnée par l'affichage de leur DU ou DIU de phytothérapie, éventuellement complété par d'éventuels tarifs de consultations hors nomenclature pour une consultation dédiée à la phytothérapie. De fait, ces mentions de diplômes sont légalement interdites. Concernant les autres médecins : 1 médecin était remplaçant et ne disposait donc pas de référencement en ligne, 3 ne listaient pas leurs orientations ni leurs éventuels diplômes dans les fiches d'annuaires, 1 n'apparaissait dans aucun annuaire en ligne. Par conséquent, il est possible que nous n'ayons pas inclus des médecins s'estimant phytothérapeutes, mais n'osant pas afficher cette mention sur leur plaque ou dans les annuaires, ou dont la pratique de la phytothérapie aurait été débutante ou n'aurait constitué qu'une faible partie de leur activité.

Au total, les biais listés ici ne pourraient cependant avoir qu'une influence limitée sur la validité de cette étude. Le principe d'une étude qualitative par entretiens repose sur le fait que « *tout social serait inclus en chaque individu* » (53). L'échantillon peut donc être caractéristique de la population, sans être forcément quantitativement, mais qualitativement représentatif.

Les avantages tirés de ces difficultés de recrutement étaient d'ailleurs une diversité de lieux d'exercice et de formation universitaire des médecins inclus : à la recherche de participants, nous avons dû élargir notre champ géographique pour les recruter. Dans l'échantillon final, les médecins exerçaient ainsi sur 2 régions et 6 départements différents, ce qui a finalement permis d'inclure des médecins issus de 3 diplômes universitaires et 4 formations privées différents, augmentant ainsi les chances d'une variation de profil maximale.

D'ailleurs, tous les médecins inclus exerçaient en dehors du département d'exercice de l'investigateur. Aucun des participants n'était donc connu personnellement de l'investigateur. Ceci vaut également pour les anciens diplômés du DU de phytothérapie : aucun ne faisait partie

de la promotion de l'investigateur et n'était donc connu de celui-ci. Ce dernier élément nous a donc permis de limiter les biais déclaratifs (voir ci-dessous) liés à des connivences personnelles entre investigateur et participants.

D'un point de vue sociodémographique, l'échantillon nous semble représentatif de la population de médecins généralistes français (bien que ce but ne soit pas recherché) : avec un ratio de 4 hommes pour 6 femmes, et une moyenne d'âge de 46,7 ans, l'échantillon s'approche globalement de démographie médicale actuelle (38). Nous avons donc pu constituer un échantillon avec des profils variés et ainsi caractéristiques de la population générale.

Par ailleurs, nous n'avons pas noté l'éventuel rôle de médecin traitant des médecins recrutés, ni pour quelle proportion de leur patientèle ils ne l'étaient. Dans ces circonstances, il nous est donc impossible de considérer si les témoignages recueillis s'appliquaient à une population de médecins généralistes traitants ou à des consultants ponctuels.

2.3. Biais déclaratif

Les limites inhérentes aux entretiens individuels semi-dirigés sont celles de l'observation indirecte : il peut exister un décalage entre ce que les personnes interrogées déclarent faire ou penser, et ce qu'elles font ou pensent réellement. Ce phénomène constitue un biais dit déclaratif, dont la présence est à suspecter dans le cadre de notre étude. En effet, ce travail ayant lieu dans le cadre d'une thèse, les réponses des participants pourraient avoir été intentionnellement ou inconsciemment adaptées pour s'aligner au caractère officiel que constitue ce travail universitaire.

De plus, nous pensons qu'au moment de la réalisation de ce travail, aborder le sujet de la phytothérapie a pu être un point sensible selon les interlocuteurs. En effet, le débat sur l'utilité et l'efficacité réelle des pratiques de soins non conventionnelles (PSNC), souvent appelées « médecines » alternatives et/ou complémentaires, s'est récemment rouvert dans le monde médical : notre travail de thèse s'est déroulé peu de temps après l'appel du *Collectif Fakemed* – constitué de 124 professionnels de la santé – contre les médecines alternatives, dans une tribune mise en ligne par le journal *Le Figaro* en mars 2018 (54). Le fond de cette initiative rappelait la nécessité, pour les professionnels de santé, de conserver un regard critique sur la validité de tel ou tel procédé thérapeutique ou médecine alternative. Cependant, la forme avait été mal perçue par les praticiens visés par cette tribune, et des sanctions ordinales ont été prononcées pour certains médecins du collectif pour non-confraternité (55). Par la suite, la décision du gouvernement de dérembourser l'homéopathie à partir de janvier 2021 (56) a continué d'alimenter des débats passionnés chez les professionnels de santé sur les PSNC (57). Ce contexte ayant perduré pendant la phase de réalisation des entretiens, les médecins

interviewés pourraient donc s'être méfiés du positionnement de l'investigateur qu'ils ne connaissaient pas. Toutefois, nous estimons que ce phénomène a pu être atténué par une mise en confiance dès le début des entretiens : l'investigateur s'étant présenté comme lui-même récemment formé à la phytothérapie, et ayant insisté sur le caractère anonyme de l'entretien, les interviewés semblaient d'emblée disposés à un entretien décontracté et à une formulation de leurs propos sans retenue. Cette information préalable à chaque entretien aurait en revanche également pu biaiser leurs déclarations en leur faisant adopter un discours partisan avec l'investigateur, comme nous avons déjà pu l'écrire plus haut.

Chapitre 2 Synthèse & comparaison des données avec la littérature

À ce jour, très peu d'études ont été menées sur le thème de la pratique de la phytothérapie en médecine générale, et encore moins en France. Ainsi, lors de notre recherche bibliographique en mai et juin 2019, une recherche de littérature internationale sur PubMed® et incluant les mots-clés ("general practice"[mesh] OR "family practice"[mesh] OR "primary health care"[mesh]) AND ("phytotherapy"[mesh] OR "plants, medicinal" [mesh]) AND ("health knowledge, attitudes, practice"[mesh]) donnait 17 résultats. La plupart étaient d'auteurs sud-américains, aucun n'était réalisé par des auteurs français ou ne concernait les médecins français.

Lors d'une recherche dans la littérature française, l'utilisation des mots clés « phytothérapie » ET « médecine générale » sur l'outil de recherche en santé Doc'CiSMeF (<https://doccismef.chu-rouen.fr/dc/>) aboutissait à 4 résultats : 4 thèses de médecine générale, dont 2 seulement en rapport avec notre sujet ; il existait ainsi 1 thèse sur l'utilisation de la phytothérapie, de l'oligothérapie et de l'homéopathie dans l'anxiété mineure de l'adulte par des médecins généralistes normands, et 1 thèse sur le recours aux plantes médicinales locales en Martinique par médecins et patients.

Plus particulièrement, la recherche de travaux universitaires à l'Université de Lorraine (sur la base de données HAL) avec le mot clé « phytothérapie » donnait 50 résultats : 49 thèses de pharmacie et 1 thèse de médecine ; le sujet de cette unique thèse s'articulait autour de l'attente et du vécu de patientes dans la prise de phytoœstrogènes pour les troubles climatiques de la ménopause.

Le catalogue du Système Universitaire de Documentation SUDOC (<http://www.sudoc.abes.fr/>) répertoriait 31 thèses et 4 articles lors d'une recherche avec les mots clés (« perception » OU « motivation » OU « prescription » OU « utilisation » OU « pratique » OU « médecine générale ») ET « phytothérapie ». La plupart étaient des sujets de pharmacie ou de médecine vétérinaire. Sur ces résultats, seuls 5 concernaient véritablement notre domaine de recherche. Il s'agissait de 5 thèses de médecine générale :

- La première était la thèse déjà retrouvée sur Doc'CiSMeF, concernant l'utilisation de la phytothérapie dans l'anxiété mineure de l'adulte, et était donc déjà orientée vers une indication clinique particulière.
- Une autre thèse étudiait la place de la phytothérapie dans les prescriptions des médecins généralistes, par l'exemple du millepertuis et de la valériane. Cette étude se composait d'une recherche bibliographique sur la pharmacologie et sur les études cliniques concernant le millepertuis et la valériane, et ne s'intéressait donc pas aux motivations ou

perceptions des médecins généralistes les prescrivant.

- Une troisième thèse étudiait les freins à l'utilisation de la phytothérapie chez des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais en 2014 (21). Il s'agissait d'une étude quantitative transversale par questionnaires auprès de 200 médecins généralistes, excluant toutefois les médecins ayant un exercice spécifique (MEP ou orientation affichée) tel que l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie, etc., mais aussi la phytothérapie. Ce travail mettait toutefois en évidence que 21 % des médecins interrogés utilisaient régulièrement la phytothérapie, mais que seuls 4 % possédaient une formation dans cette discipline. Parmi les freins à la prescription chez ces médecins figuraient le manque de temps (73 % des médecins), l'absence de formation en phytothérapie dans les études médicales (66 %), le non-remboursement des produits de phytothérapie (60 %) et la difficulté d'accès à l'information (54 %). L'auteur n'a pas retrouvé d'influence du sexe, de l'âge, du milieu d'exercice ou du nombre de patients consultés sur la prescription de phytothérapie chez les médecins interrogés.

- La quatrième thèse était une enquête exploratrice réalisée en 2014 par A-L. Rathouis, sur la pratique régulière de la phytothérapie en médecine générale (23). Cette étude qualitative, déjà très complète, avait surtout permis de faire un état des lieux sur la pratique de la phytothérapie chez des médecins généralistes formés et y ayant recours régulièrement. Ce travail abordait également la question de leur motivation à la pratique de cette discipline mais ne faisait que survoler brièvement cette thématique. De plus, l'échantillon était majoritairement constitué de médecins homéopathes (6 sur 10 médecins), ce qui nous paraissait constituer un biais dans l'étude des représentations de ces médecins (voir plus haut : 2.2. Biais de recrutement : biais de sélection & d'autosélection).

- Enfin, une dernière thèse de 2015 écrite par L. Taton abordait les perceptions de la phytothérapie par les médecins généralistes, et les facteurs déterminant sa prescription (22). Cependant, cette dernière étude qualitative s'intéressait à la pratique de médecins généralistes non formés en phytothérapie et n'y ayant pas recours régulièrement. Elle mettait ainsi en exergue la méconnaissance globale du sujet par les médecins interrogés, mais permettait toutefois de déterminer leurs motivations à prescrire de la phytothérapie ; leur pratique s'appuyait souvent sur une expérience empirique, souvent motivée par la demande des patients. En quête de sécurité dans leurs prescriptions, ces médecins exprimaient également leur désir de formation.

C'est notamment la lecture de ces trois dernières études qui nous a permis d'affiner le cadre de notre recherche, visant à étudier plus particulièrement les motivations de médecins formés et utilisant régulièrement la phytothérapie et à recueillir secondairement leurs avis pour les généralistes non formés.

1. Représentations & motivations générales à la formation en phytothérapie

1.1. Perception de la médecine conventionnelle

Dans le processus les ayant conduits à se former à la phytothérapie, les médecins interrogés dans notre étude partageaient souvent du constat que l'enseignement universitaire de la médecine générale avait été incomplet par rapport à leurs attentes et à la réalité de leur exercice pratique. Selon eux, de nombreuses situations cliniques en soins primaires ne trouveraient ainsi pas de réponse adaptée à la mesure de leur nécessité.

L'approche clinique conventionnelle était dépeinte comme un système à la logique segmentée et cloisonnée organe par organe, symptôme par symptôme. La compréhension et la prise en compte du fonctionnement global de l'organisme, des interactions psychosomatiques et sociales n'y auraient qu'une place infime, sinon absente. L'origine même de la maladie, son étiologie, ne serait que rarement questionnée ou recherchée. Enfin, le cadre nosographique sur lequel elle s'appuie limiterait la compréhension de pathologies à la variabilité pourtant interpersonnelle.

De plus, d'après les omnipraticiens participants, les moyens thérapeutiques utilisés en médecine conventionnelle ne seraient pas toujours adaptés aux situations cliniques qu'ils rencontraient : jugés tantôt inefficaces, tantôt dangereux, les médicaments de synthèse n'apporteraient pas toujours la solution la plus adéquate en termes de balance bénéfice-risque. Souvent, ces praticiens leur imputaient de nombreux effets secondaires. D'autres rappelaient les scandales récents liés à certains produits de synthèse. L'exemple des antibiotiques a lui aussi souvent été évoqué.

En conséquence, ces médecins estimaient que la relation médecin-malade en médecine conventionnelle était altérée : en l'absence de diagnostic et/ou parfois de réponse thérapeutique adaptée, les acteurs de santé n'ayant recours qu'à la médecine conventionnelle seraient donc démunis devant ces situations et reporteraient la faute sur le patient, contribuant en quelque sorte à une forme d'abandon. Les médecins phytothérapeutes reprochaient également à la médecine conventionnelle d'avoir une approche diagnostique et thérapeutique souvent trop scientifique : celle-ci n'intégrerait pas suffisamment le patient dans son contexte, ne laisserait pas suffisamment de place aux dimensions psycho-émotionnelles de certaines pathologies, et serait imperméable aux pratiques de soins non prouvées.

Le tableau général qui se dépeint de ces résultats est donc celui d'une certaine méfiance envers la médecine conventionnelle. Cette tendance était retrouvée dans la thèse d'A-L. Rathouis (23) dans laquelle les médecins interrogés avaient de moins en moins confiance en la médecine conventionnelle : « *Certains médecins avaient un vécu négatif de la médecine*

classique et craignaient les effets secondaires des médicaments. Ils soulignaient les limites de la médecine classique qui ne pouvait pas tout guérir et qui pouvait avoir des effets indésirables non négligeables. ». Cet antagonisme avec la médecine conventionnelle est également ressenti et décrit par L. Taton dans la discussion de sa thèse (22), bien qu'il ne concerne pas les médecins interviewés dans le cadre de son étude, mais les praticiens participant comme lui à un diplôme universitaire de phytothérapie. Nous n'avons cependant pas spécialement relevé cette attitude dans la promotion de diplôme universitaire de phytothérapie auquel nous avons personnellement participé.

Concernant la classe particulière des antibiotiques, il est vrai que leur utilisation, toujours plus importante en France que dans le reste de l'Europe, est source d'antibiorésistance et demeure au centre de l'attention des instances de santé depuis de nombreuses années. L'OMS considère l'antibiorésistance comme l'une des menaces les plus sérieuses pour la santé publique. Pour lutter contre celle-ci, deux stratégies principales doivent être associées selon elle : la prévention des infections et la limitation des transmissions de bactéries résistantes, et l'utilisation des antibiotiques à bon escient. Après une réduction des prescriptions de ville depuis les campagnes de sensibilisation à ce problème dans les années 2000, la consommation d'antibiotiques reste stable depuis 2008 (58). Dans sa thèse, A-L. Rathouis rapporte également que les praticiens avaient recours à la phytothérapie dans le but d'éviter la prescription excessive d'antibiotiques favorisant les résistances (23).

L'aspect déshumanisé de la médecine conventionnelle est également déjà évoqué dans la thèse de 2013 d' A. Flandrin-Mouallem, qui étudiait le recours aux médecines alternatives et complémentaires en médecine générale (59) : les médecins généralistes y estimaient que la prise en charge en médecine conventionnelle pouvait être moins globale et moins humaine. Chez A-L. Rathouis, elle est décrite comme « *trop technique, objective et fragmentaire.* » (23).

Dans la thèse de J. Martin en 2017 sur les perceptions sociales de la phytothérapie des patients en médecine générale (60), son utilisation par les patients était notamment poussée par une insatisfaction vis-à-vis du corps médical, que l'on pourrait attribuer à l'absence de réponse adaptée (ou satisfaisante), voire à l'altération de la relation médecin-malade consécutive. Cette insatisfaction vis-à-vis de la médecine conventionnelle était également la cause du recours des patients aux médecines complémentaires la plus citée (46,6 %) par les généralistes, dans la thèse de B. Adamo de 2012 sur la perception et l'utilisation des médecines non conventionnelles par les médecins généralistes (20).

1.2. Motivations à la formation

Ce point de vue sur la médecine conventionnelle semblait constituer en soi une motivation suffisante à la formation en phytothérapie des médecins interrogés. Celle-ci avait notamment pour but la recherche d'outils thérapeutiques supplémentaires, et dont la balance bénéfice-risque serait plus favorable que celle des médicaments de synthèse utilisés en médecine conventionnelle. Pour certains, la volonté d'être indépendant de l'industrie pharmaceutique constituait également une motivation à se former à la phytothérapie.

Le souhait d'apporter une thérapeutique plus favorable au patient est retrouvé par A-L. Rathouis (23) et L. Taton (22) dans leur thèse respective : chez L. Taton, elle se traduirait chez les généralistes par la volonté d'« *améliorer le rapport bénéfice risque pour le patient [...] par la diminution du risque encouru, plus que par l'augmentation du bénéfice* ». Chez A-L. Rathouis, le recours à la phytothérapie était motivé par la possibilité d'obtention d'une palette thérapeutique « *plus large et plus douce* » puisque « *la prise de certains médicaments leur paraissait souvent injustifiée par rapport à la bénignité des troubles* ».

La notion de volonté d'indépendance face à l'industrie pharmaceutique – non pas en termes d'influence sur les prescriptions, mais en termes de dépendance à la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique – n'a pas été retrouvée dans d'autres travaux. Cette volonté d'indépendance a du sens, dans un contexte où les tensions d'approvisionnement et ruptures de stocks de certains médicaments sont devenu des événements récurrents et en augmentation dans le quotidien des médecins français (61). Il convient cependant de noter que la majorité des plantes médicinales (398 plantes sur les 546 inscrites à la pharmacopée française) sont encore inscrites au monopole pharmaceutique (14,19) et n'échappent pas au circuit pharmaceutique et donc à son industrie, dont l'expertise garantit la composition et le bon usage. Ceci est d'autant plus vrai que les produits à bases de plantes sont souvent des produits issus d'un processus de fabrication industrielle pour être présentés sous forme de gélules, comprimés, suspensions buvables, etc.

Les éléments d'ordre personnel avaient également une place importante dans les motivations à la formation. Si le désir de formation trouvait parfois son origine dans une simple curiosité intellectuelle, face aux interrogations que ces praticiens pouvaient avoir vis-à-vis d'un mode thérapeutique non enseigné à la faculté, la formation entraînait souvent dans une démarche en phase avec une trajectoire personnelle : elle s'inscrivait par exemple dans un mode de vie proche de la nature et se préoccupant de l'environnement et de l'écologie. L'aspect culturel constituait également une motivation, se traduisant par le désir de perpétuer une tradition, et de se reconnecter ainsi avec cette méthode thérapeutique originelle. Dans certains cas, la formation était motivée par une césure dans la vie personnelle et professionnelle, permettant

au praticien de repartir sur un modèle correspondant à ses attentes.

Encore une fois, ces données sont comparables à la littérature existante. A-L. Rathouis décrit ainsi que le recours des médecins généralistes à la phytothérapie faisait suite à des convictions personnelles ou des préoccupations écologiques, à une transmission familiale, ou à un désir de « *retour aux sources* » ou de rapprochement de la nature (23).

Au total, la motivation à la formation semble résulter de mécanismes de réflexion à la fois positifs et négatifs. D'après le rapport d'information du Sénat sur les plantes médicinales (14), l'anthropologue C. Brousse et le pharmacogyste J-B. Gallé ont également relevé dans une étude que l'approche des consommateurs pouvait effectivement être :

- Négative : par méfiance vis-à-vis des médicaments de synthèse ou par crainte de leurs effets secondaires, ou en raison des situations d'impasse thérapeutique ;
- Positive : par tradition familiale, conseil de professionnels, par constat de leur efficacité, par volonté d'une plus grande autonomie dans la prise en charge de leur santé.

Ces éléments sont également retrouvés dans une étude américaine de référence en termes de PSNC (62) : les patients auraient souvent recours à ces PSNC après l'échec de la médecine conventionnelle (49,2 %), suite à des effets secondaires de médicaments allopathiques (37,7 %) ou suite à des difficultés de communication avec leur médecin (22,0 %) ; à l'inverse, ils y auraient également recours : en raison de l'autonomie laissée au patient dans ces pratiques (76,5 %), pour leur caractère holistique (78,3 %) ou enfin par désir d'essayer toute option possible (45,1 %). Les résultats concernant les soignants semblent donc rejoindre le même modèle que celui des consommateurs de soins.

Au total, les motivations à la formation des médecins phytothérapeutes semblent comparables à celles des médecins généralistes utilisant la phytothérapie mais n'ayant aucune formation.

1.3. Représentations de la phytothérapie

Pour la plupart des phytothérapeutes, la définition de la phytothérapie ne s'arrêtait pas à l'utilisation thérapeutique de plantes médicinales. Au-delà de la différence de composition et de mode d'action des produits utilisés, il s'agirait aussi d'une approche clinique à part entière : les démarches, diagnostique et thérapeutique, se distingueraient de la médecine conventionnelle sur certains points :

La composition moléculaire complexe d'une plante médicinale lui conférerait des attributs

pharmacologiques différents d'une molécule de synthèse unique. Si les concepts théoriques de sa pharmacodynamie pouvaient sensiblement varier d'un praticien à un autre, le concept principal attribué à ce procédé thérapeutique était globalement caractérisé d'« *allopathique* ». Tous les praticiens se rejoignaient sur les capacités de régulation physiologique, la multiplicité d'action et la synergie des phytomédicaments entre eux, inhérents aux multiples molécules qui les constituent.

La phytothérapie était décrite comme une approche clinique en soi, caractérisée d'holistique, et qui replacerait le patient et son vécu au centre de la prise en charge. À cette fin, l'écoute attentive et le respect du discours du patient revêtaient une place encore plus importante qu'en médecine conventionnelle. Cette approche sous-tendrait également une plus grande implication du patient dans le processus thérapeutique. La personnalisation du traitement en fonction des éléments acquis dans ce cadre constitue l'aboutissement de cette médecine holistique.

Cette personnalisation serait notamment permise par une démarche diagnostique similaire, mais plus poussée qu'en médecine conventionnelle, que l'on pourrait caractériser à la fois de plus globale et plus analytique. En tenant systématiquement compte du terrain du patient, en s'intéressant à l'étiologie de la maladie et en appréhendant les mécanismes physiologiques en cause, les phytothérapeutes estimaient ainsi avoir une démarche diagnostique plus fine.

Il en était de même pour la démarche thérapeutique, dont l'attention se porterait fondamentalement sur le traitement étiologique de la maladie, et lui conférerait par ailleurs un excellent rôle de prévention. Son utilisation à visée symptomatique serait pour autant possible, et son utilisation adjuvante à d'autres traitements dits conventionnels en ferait un bon outil de soin de support. Dans une certaine mesure, notamment par le biais des huiles essentielles, quelques praticiens estimaient que le recours aux plantes médicinales permettait de s'intéresser à la prise en charge des affections psycho-émotionnelles. Cette approche vise donc à prendre en charge le patient dans sa globalité, sous l'angle du corps-esprit.

Les concepts et attributs pharmacologiques de la phytothérapie développés ici sont en partie retrouvés chez d'autres auteurs. Dans l'étude d'A-L. Rathouis (23), les médecins évoquaient des effets pharmacologiques différents de ceux de l'allopathie et de l'homéopathie. Il faut cependant garder à l'esprit que cette étude comportait une majorité d'homéopathes. Le mode d'action décrit par les médecins de cette étude était toutefois celui d'une action sur les systèmes neurovégétatifs et d'élimination et semble donc se rapprocher du concept de régulation physiologique retrouvé ici.

La notion de médecine holistique dérive du terme « holisme », développé par

J- C. Smuts (63) et désignant « *la tendance dans la nature à constituer des ensembles qui sont supérieurs à la somme de leurs parties, au travers de l'évolution créatrice* ». Elle désigne une approche fondée sur la notion de soin apporté en tenant compte de la globalité de l'être humain. Ce terme est souvent emprunté par les PSNC, dont la base commune est une approche globale de la vie avec un équilibre entre corps, esprit et environnement (10,20). Cette notion est également retrouvée chez A-L. Rathouis (23), où « *l'accent était aussi mis sur une approche holistique de la vie ainsi que sur l'équilibre entre l'esprit, le corps et son environnement. Dans l'ensemble, les praticiens se concentraient sur l'état général du malade plus que sur une douleur ou une maladie* ».

Toujours chez le même auteur, les phytothérapeutes estimaient également que la phytothérapie leur permettait de proposer un traitement ciblé en fonction des spécificités de chaque individu, grâce notamment à un interrogatoire précis et un examen clinique très minutieux (23). La personnalisation du traitement est une qualité souvent imputée à ce type de pratique et est même recherchée par les patients y ayant recours aux PSNC. Ceux-ci relatent en effet souvent une expérience différente de la médecine conventionnelle en mettant en avant plusieurs points: temporalité, écoute, globalité et personnalisation (59).

On retrouve également la possibilité d'une prescription de phytothérapie à titre préventif ou curatif dans le travail d'A-L. Rathouis (23). D'après L. Simon dans sa thèse (64), les motivations du recours aux médecines alternatives ou complémentaires ne sont cependant pas nécessairement liées à la recherche d'un effet spécifique chez les patients : leur utilisation peut aussi avoir comme objectif de mieux supporter leurs traitements, et donc servir de soin de support, ce qui a aussi été évoqué par les participants dans notre étude.

Les représentations de certains praticiens phytothérapeutes semblent donc aller au-delà de la définition de la simple utilisation de plantes médicinales à des fins thérapeutiques. Ces médecins voient en cette discipline plutôt une approche dont les concepts pourraient être empruntés à d'autres PSNC. La phytothérapie dépasserait chez eux le cadre de sa définition étymologique ou bien même de la classification élaborée par le *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) des États-Unis (50). En effet, cette classification distingue :

- Les systèmes médicaux parallèles : systèmes complets avec fondements théoriques et pratiques (ex. : homéopathie, naturopathie, médecine traditionnelle chinoise, Ayurveda, etc.)
- Les approches corps-esprit : approches utilisant l'esprit comme levier d'action sur les mécanismes de guérison (ex. : thérapies cognitivo comportementales, groupes de soutien, méditation, prière, musicothérapie, etc.)

- Les traitements à fondement biologique : utilisation thérapeutique de substances d'origine naturelle (ex. : plantes médicinales, compléments alimentaires, alicaments, nutriments & vitamines etc.)
- Les systèmes axés sur la manipulation du corps : manipulations ou utilisations du mouvement d'une ou plusieurs parties corporelles (ex. : ostéopathie, chiropraxie, massothérapie, etc.)
- Les traitements énergétiques : utilisation de l'énergie corporelle (ex. : Qi Gong, Reiki, bioélectromagnétisme, utilisation des champs énergétiques, etc.)

Comparé à cette classification, le discours de certains phytothérapeutes interrogés ici témoigne d'une certaine perception de la phytothérapie s'approchant plus d'une approche ou d'un système médical, que d'un simple procédé thérapeutique.

L. Taton ne développe pas les perceptions de la phytothérapie chez les médecins généralistes qu'il interroge dans sa thèse. L'auteur se limite au constat que les médecins généralistes (non-phytothérapeutes) s'accordent à définir celle-ci par l'utilisation de plantes et sont généralement attirés par son côté « *naturel* » (22).

Les médecins formés à la phytothérapie et y ayant recours régulièrement sembleraient donc en avoir une définition plus large que leurs confrères non formés, englobant dans ce terme une certaine philosophie de soin empruntée à d'autres systèmes ou PSNC.

1.4. Relations entre phytothérapie, médecine conventionnelle & médecine générale

Les praticiens interrogés dans notre étude intégraient naturellement la phytothérapie en médecine générale, exerçant de fait une médecine « intégrative » : sous cette notion, ils entendaient pratiquer leur art à l'aide des outils de médecine conventionnelle et ceux d'autres PSNC. La phytothérapie serait un de ces outils, à l'instar de tout autre procédé diagnostique ou thérapeutique. Cette cohabitation des procédés se voudrait complémentaire et synergique. Selon eux, la phytothérapie aurait alors une légitimité au moins égale à celle de la médecine conventionnelle, puisque chacune de ces approches répond à des situations différentes. Les phytothérapeutes étaient convaincus de la complémentarité de leur approche avec la médecine conventionnelle, et souhaitaient d'ailleurs coopérer au mieux avec leurs confrères en restant ouverts à une communication et une transparence sur leur pratique. Cette communication leur paraissait essentielle, étant donné les possibilités d'interactions avec les médicaments de synthèse, et tout particulièrement avec les traitements oncologiques.

Concernant l'intégration de cette discipline avec la médecine conventionnelle, et plus

précisément en médecine générale, la perception des médecins de notre étude rejoint celle généralement observée par les omnipraticiens dans d'autres travaux autour des PSNC. A. Flandrin-Mouallem observe ainsi une dichotomie des concepts « *complémentaire* » et « *alternatif* », ces pratiques pouvant être ressenties comme complémentaires de la médecine conventionnelle, et dans d'autres situations, comme une alternative (59). Cette différence était explicitement formulée par les praticiens de notre étude. Dans une thèse de médecine de 2001 sur l'utilisation des médecines alternatives (dont la phytothérapie) chez les omnipraticiens français, la notion de complémentarité est également mise en avant, principalement par élargissement des possibilités thérapeutiques (65). Pour l'OMS, les termes « médecine complémentaire » ou « médecine alternative » font référence à « *un vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant* ». Dans sa stratégie pour la médecine traditionnelle et complémentaire, elle décrit le recours aux médecines complémentaires comme fréquent « *dans les pays développés où la structure du système de santé est en général mature, par exemple en Amérique du Nord et dans une grande partie de l'Europe* » (11).

Concernant la coopération avec la médecine conventionnelle, A-L. Rathouis décrit également les relations des phytothérapeutes avec leurs confrères comme étant cordiales et entretenues par des courriers expliquant la prise en charge des patients (23).

2. Déterminants de la prescription de phytothérapie

La prescription de phytothérapie au moment de la consultation était déterminée par la situation clinique rencontrée par les praticiens, par le contexte thérapeutique et par les préférences du patient .

Dans la démarche médicale, le choix d'un procédé thérapeutique résulte effectivement d'un processus décisionnel, schématisé par le sablier de Boissault (66), et intégrant tous les éléments rapportés par le patient ainsi que ceux connus du praticien lors du recueil sémiologique. Il était donc logique de retrouver ces éléments dans les réponses des participants.

2.1. Situation clinique

La situation clinique, intégrant les éléments relatifs à la pathologie, au terrain du patient et au résultat de consultation, était un déterminant majeur dans le recours à la phytothérapie. Les praticiens semblaient favoriser l'usage de la phytothérapie en cas d'incertitude diagnostique, en tant que solution temporaire avant l'établissement d'un diagnostic précis.

Les caractéristiques de la pathologie et du terrain s'articulaient autour de la notion de criticité. Les médecins utilisaient ainsi la phytothérapie dans des situations dites « précliniques » ou « limites », en amont d'une intervention thérapeutique conventionnelle. L'absence de gravité était également une condition à respecter : ils prescrivaient de la phytothérapie en cas de maladies bénignes, comme certaines viroses, et préféraient recourir à des traitements conventionnels en cas de gravité, par exemple en cas de certaines infections bactériennes. De même, le risque d'évolution péjorative ou de complications favorisait la prescription de médicaments conventionnels. Le caractère temporel de l'affection était également pris en compte par les praticiens : ils recourraient généralement à la phytothérapie dans des pathologies chroniques ou récidivantes. Les pathologies aiguës et urgentes faisaient généralement appel aux médicaments conventionnels, mais pouvaient être traitées par phytothérapie en cas de bénignité. La présence de comorbidités semblait dans certains cas favoriser la prescription de phytothérapie pour traiter le terrain, mais pouvait aussi être un frein à sa prescription, notamment chez les personnes âgées.

Parmi les situations rencontrées par les omnipraticiens, l'incertitude diagnostique est la plus fréquente : d'après la Société Française de Médecine Générale (SFMG), 70 % des consultations seraient des situations non caractéristiques d'une maladie (66). Il semblerait que la prescription de phytothérapie soit ainsi une solution à ce que ces médecins décrivaient plus tôt : en l'absence de diagnostic précis, la plupart des situations rencontrées en médecine générale ne possèdent pas de réponse thérapeutique adaptée en médecine conventionnelle. D'après

L. Taton, la phytothérapie serait également chez les omnipraticiens non formés « *un moyen permettant de tolérer l'incertitude de certaines situations* » (22).

Dans la thèse d'A-L. Rathouis, il ressort également que la phytothérapie était prescrite dans diverses pathologies de médecine générale, aiguës comme chroniques (23). L. Taton aussi observe dans sa thèse que les médecins semblaient principalement recourir à la phytothérapie dans les situations bénignes, fonctionnelles ou non urgentes. À l'instar des phytothérapeutes de notre étude, les généralistes interrogés y ayant recours semblaient donc également exclure « *les indications où l'efficacité [immédiate ?] est l'objectif thérapeutique essentiel.* » (22).

2.2. Contexte thérapeutique

Le contexte thérapeutique définissait les éléments se référant au traitement lui-même : la situation thérapeutique, les critères d'efficacité, de remboursement, ainsi que le délai de délivrance par la pharmacie. Ainsi, en cas d'inexistence, d'inadéquation (en raison d'une balance bénéfice-risque moins favorable ou de la survenue d'effets secondaires) ou d'échec d'une solution conventionnelle pour la situation clinique, les praticiens avaient tendance à recourir à la phytothérapie. En présence d'une polymédication, les médecins pouvaient être amenés, comme lors des comorbidités, à avoir des raisonnements opposés : certains y voyaient la possibilité d'intervenir avec la phytothérapie pour favoriser l'élimination hépatique ou rénale des traitements conventionnels ; d'autres y voyaient un risque d'interaction et ne préféraient pas ajouter d'autres principes actifs, ou alors préféraient les substituer.

Le coût final de l'ordonnance limitait leur prescription de phytothérapie. À composition ou efficacité similaire, les praticiens indiquaient prescrire un traitement conventionnel, qui serait alors remboursable par la sécurité sociale. Enfin, dans le cas des préparations magistrales, ils se reportaient également sur une médication conventionnelle si le temps de préparation en officine était trop important.

Les principaux déterminants de la prescription de phytothérapie en fonction de la situation thérapeutique venaient ainsi faire écho aux motivations initiales des médecins citées plus haut et retrouvées dans la littérature : la phytothérapie était principalement prescrite en tant que solution thérapeutique alternative ou complémentaire – avec une meilleure balance bénéfice-risque – aux solutions conventionnelles.

2.3. Préférences du patient

Les préférences du patient rassemblaient les notions de demande et de choix du patient, ainsi que son acceptation du traitement proposé. Les médecins avaient préférentiellement recours à la phytothérapie si le patient en faisait la demande directement ou portait son choix

sur elle, si la situation clinique le permettait. Son adhésion au principe même d'un traitement non conventionnel était vue comme indispensable, tout comme celle au coût de l'ordonnance, impliquant une adaptation de la prescription à ses capacités financières.

Pour les médecins généralistes interrogés dans la thèse de L. Taton, la phytothérapie permettait également de répondre à des demandes de patients. (22). Celle-ci est d'ailleurs souvent citée par les médecins comme facteur déclenchant une prescription médicamenteuse ; en 1909, Lebot écrivait déjà à propos du malade : « *Il a appris à avoir un médicament pour chaque symptôme, et sans cela il ne sera pas bien* » (67). Aussi, dans une enquête sur le ressenti et le comportement des médecins face au déremboursement des médicaments, plus de la moitié des praticiens interrogés (62 %) a déclaré ressentir une pression pour que toute consultation motivée par un symptôme débouche sur une prescription (68).

Le coût de l'ordonnance est retrouvé de manière identique dans les travaux de L. Taton (22), de A-L. Rathouis (22) comme étant un frein à l'adhésion par les patients ou à la prescription de la phytothérapie par les médecins. Dans sa thèse de 2014, dont l'étude quantitative portait sur les freins à l'utilisation de la phytothérapie chez les médecins généralistes, R. Bensemida rapportait notamment que 60 % des médecins interrogés sur ce point étaient limités dans leur prescription en raison du non-remboursement des produits de phytothérapie (21).

3. Apports de la phytothérapie & recommandations aux praticiens

3.1. Apports de la phytothérapie & arguments en faveur de son utilisation

3.1.1 Apports dans la pratique professionnelle

Pour les médecins formés à cette discipline, la phytothérapie semblait apporter un certain nombre d'éléments positifs à leur pratique, permettant de rejoindre leurs motivations observées en première partie. D'une part, certains estimaient avoir acquis des connaissances et compétences médicales supplémentaires, et même avoir revu leur approche. D'autre part, les apports majeurs ressortant de leur témoignage étaient l'acquisition d'outils thérapeutiques supplémentaires. À travers cette acquisition, ils estimaient avoir bénéficié d'une amélioration de leur balance bénéfice-risque, en améliorant l'efficacité de leurs soins grâce à la phytothérapie, mais aussi en diminuant la iatrogénie liée aux médicaments conventionnels.

D'autre part, les praticiens trouvaient que leur relation médecin-patient était également améliorée depuis leur pratique de la phytothérapie : l'apport d'une réponse à de nombreuses situations qui en étaient dépourvues, et notamment en cas de demande spécifique du patient, leur éviterait fréquemment de se retrouver démunis. L'importance laissée au choix et au discours du patient contribuait également à l'amélioration de leur relation, et se reflétait généralement dans un temps de consultation plus long. Une plus grande implication du patient semblait également participer à une relation plus équilibrée entre soignant et soigné.

Les phytothérapeutes rapportaient une forme d'épanouissement professionnel, formulé par une plus grande satisfaction à exercer leur métier. Cet épanouissement était renforcé par un sentiment d'innocuité que leur procurait l'exercice de leur discipline, leur permettant de rejoindre l'aphorisme hippocratique « *primum non nocere* ».

Tous ces éléments sont également rapportés dans le travail d'A-L. Rathouis : la plupart des médecins généralistes y témoignaient d'un sentiment de satisfaction et d'harmonie avec eux-mêmes, procuré par le recours à la phytothérapie dans leur exercice. Tous estimaient avoir obtenu des résultats cliniquement mesurables grâce à la phytothérapie tout en gardant une innocuité grâce au respect des contre-indications éventuelles (23). Dans l'étude de L. Taton, les médecins généralistes recourant à la phytothérapie rapportaient également avoir une pratique plus « *équilibrée* » (22).

Toujours chez A-L. Rathouis, les généralistes phytothérapeutes favorisaient aussi le dialogue avec le patient, aboutissant à une relation « *humaine* » avec le patient et leur demandant plus temps de consultation (23). Ces éléments sont d'ailleurs également évoqués dans une thèse de médecine de 2011 sur le recours des patients aux médecines non conventionnelles, dans

lesquelles les patients affirment se sentir plus écoutés et pris en considération. (69).

Cet aspect important de la relation médecin-malade rejoint l'idée d'un échange moins paternaliste que l'approche traditionnelle, telle que Balint la dépeint (70). En effet, dans le modèle développé par ce psychiatre, une meilleure maîtrise de la relation interindividuelle doit permettre au praticien d'établir un échange affectif aux vertus curatives. Bien que dans le cas présent, l'action du praticien soit toujours médiée par un médicament, le réajustement de la relation médecin-malade par ces phytothérapeutes semble aller dans le sens de ce modèle. D'après la thèse d' A. Flandrin-Mouallem sur la perception des médecines alternatives et complémentaires par les médecins généralistes, ces derniers estimaient justement que les patients recherchaient ce type de relation plus empathique (59).

3.1.2 Apports dans la vie personnelle

Dans leur vie personnelle, cet exercice semblait également combler aussi les attentes qui avaient motivé leur formation et qui ont été abordées précédemment. Les omnipraticiens considéraient ainsi être en phase avec leurs convictions ou croyances personnelles. La phytothérapie rejoignait souvent un de leurs centres d'intérêt et nourrissait une curiosité intellectuelle, permettant à certains de perpétuer une tradition et/ou de se projeter dans une forme de fantasme tel que le rôle d'apothicaire. Elle s'inscrivait ainsi généralement dans un mode de vie adopté par ces praticiens.

Ainsi, la pratique de la phytothérapie permet certainement à ces généralistes d'être en accord avec leurs convictions intimes, réduisant probablement une forme de dissonance cognitive dans l'exercice de leur profession avant d'y recourir. Ce phénomène de dissonance, formulé par L. Festinger (71), désigne la tension interne qu'une personne ressent lorsque son comportement entre en contradiction avec ses croyances ou ses idées. En alignant leur pratique sur leurs idées, ces praticiens permettent ainsi une cohérence entre leurs attentes et leur vie effective, et diminuent ainsi toute forme de tension psychologique et de désarroi.

3.1.3 Intérêts sociétaux

D'un point de vue sociétal, les médecins estimaient contribuer de cette manière à une réduction du coût des soins. Le coût pour le patient serait plus élevé du fait de l'absence de remboursement, mais permettrait une économie à l'échelle collective, induite par l'efficacité de ce type de traitement. Selon eux, le coût de production d'un phytomédicament serait dans certains cas plus onéreux, du fait des aléas liés à la récolte et des rendements liés à la transformation de la plante médicinale, mais ce coût serait à contraster avec celui de certaines molécules de synthèse, tout aussi cher, sinon plus. Le recours à la phytothérapie serait également un moyen pour ces médecins de limiter la prescription de médicaments de synthèse

et ainsi donc leur impact environnemental. D'autre part, l'utilisation de la phytothérapie permettait aux praticiens de diminuer le recours aux antibiotiques, participant ainsi à la lutte contre l'antibiorésistance.

En effet, certaines molécules de synthèse fréquemment employées en médecine générale peuvent posséder un impact environnemental lié à la persistance, à la bioaccumulation et à la toxicité émanant directement de la molécule qui le compose ou de ses métabolites. Ces molécules ont été classées dans un dictionnaire « *Environmentally Classified Pharmaceuticals* » (72) publié la première fois en 2010 par un collège réunissant autorités sanitaires, syndicats de l'industrie pharmaceutique, médecins et pharmaciens suédois. Depuis, la réduction de la prescription de molécules écotoxiques est effectivement un des axes retenus par certaines associations militant pour la diminution des résidus médicamenteux dans l'environnement, à l'instar de l'ASOQS (ASsociation pour l'Optimisation de la Qualité des Soins) (73). La volonté de diminuer le recours aux antibiotiques est également retrouvée dans la thèse d'A-L. Rathouis : dans son étude, les médecins estimaient aussi que la phytothérapie leur permettait d'éviter une surconsommation médicamenteuse en général. Cette assertion ne concernait probablement que les médicaments de synthèse et non pas les médicaments en général (incluant ceux à base de plantes), puisque nous ne l'avons pas relevée chez les médecins dans notre propre enquête. D'ailleurs, dans la discussion de sa thèse, l'auteur semble confirmer cet aspect en rappelant que « *la prise de médicaments de phytothérapie ne doit pas accentuer un comportement d'hyperconsommation médicamenteuse avec une réponse médicamenteuse à tous les maux.* » (23).

3.2. Conseils & recommandations aux praticiens

3.2.1 Intégration en médecine générale

Les praticiens phytothérapeutes recommandaient à leurs homologues non formés à la discipline d'intégrer cette pratique dans leur exercice. Ils trouvaient à cela plusieurs justifications ; l'augmentation du recours aux plantes médicinales, se traduisant notamment par une automédication croissante, nécessiterait un encadrement médical pour éviter tout mésusage et toute dérive. La demande des patients en solutions « naturelles » étant très en vogue, l'appropriation du sujet par les médecins leur permettrait de répondre à cette demande tout en faisant le tri entre utilisations fantaisistes et pratiques fondées sur les preuves.

C'est probablement pour cette raison que les médecins phytothérapeutes ont insisté sur la nécessité de communiquer avec le patient sur les éventuels traitements alternatifs consommés par ce dernier en dehors de tout parcours de soin coordonné. D'après eux, ce type d'information est souvent omis par le patient, soit volontairement, par peur d'être jugé négativement par le médecin qu'il consulte, soit involontairement, parce que le médecin ne lui

a pas spécifiquement demandé.

Tous les médecins phytothérapeutes s'entendaient sur l'indispensable nécessité de se former pour exercer cette discipline.

Concernant les dérives autour de la phytothérapie, précisons qu'il n'existe pas à ce jour de cadre juridique pour le statut de phytothérapeute (74). Si, d'usage, le terme désigne généralement un professionnel de santé qui soigne par les plantes, il ne s'agit pourtant pas d'un titre ou d'une spécialité, ni d'une formation reconnue par le CNOM, comme nous avons pu le voir plus haut. Sous prétexte d'avoir suivi une formation en rapport de près ou de loin avec les plantes médicinales, toute personne peut ainsi se déclarer « conseiller en phytothérapie ». Le terme « thérapeute » étant emprunté par beaucoup de personnes non professionnelles de la santé en France, la limite entre ces deux notions demeure assez floue pour les consommateurs de soins. C'est ainsi que beaucoup de naturopathes, herboristes « thérapeutes » ou herbalistes sont amenés à conseiller des patients sur l'utilisation de produits à base de plantes, sans contrôle médical. Le gouvernement français est d'ailleurs particulièrement attentif au sujet des pratiques de soins non conventionnelles en santé. Depuis 2010, la Direction Générale de la Santé (DGS) finance un programme pluriannuel d'évaluation des PSNC (37). Face à l'engouement croissant pour les médecines naturelles, beaucoup de pseudo-professionnels et de structures charlatanesques – voire sectaires – sont incités à proposer des PSNC potentiellement à risques. D'après la Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires (MiViLuDeS), les dérives sectaires dans le domaine de la santé représentaient en 2012 près de 25 % de l'ensemble des signalements reçus, leur nombre allant croissant chaque année. Afin d'aider les professionnels de santé à les identifier et les combattre, la MiViLuDeS a publié en 2012 un guide à ce sujet (75).

Pour ce qui relève de la recherche proactive et de la déclaration des traitements pris par les patients, certaines enquêtes (76) ont effectivement montré que la majorité des patients qui utilisent des PSNC, et notamment des médicaments à base de plantes, ne le déclarait pas à son médecin. 57 % de ces patients ont par ailleurs rapporté que leur médecin ne leur avait jamais demandé. Les produits à base de plantes étant pharmacologiquement actifs, ils peuvent avoir un effet positif comme négatif sur la santé des patients. Les risques d'interactions avec un traitement prescrit par le médecin sont importants, et celui-ci doit connaître l'existence de son utilisation chez le patient avant et pendant la prescription de médicaments conventionnels.

L'exigence d'une formation découle effectivement de la dangerosité potentielle de tout médicament, aussi naturel soit-il. Cette idée avait d'ailleurs déjà été reprise par Linné – médecin naturaliste à l'origine de la nomenclature binomiale utilisée en botanique – et reformulée dans l'axiome « *Medicamenta praestantissima in manu imperiti, sunt uti gladius in dextra*

furiosi » (77), que l'on pourrait traduire par « *Les meilleurs remèdes dans les mains d'un inexpérimenté sont comme un glaive dans une main de fou* ». À défaut d'une formation, ils recommandaient donc généralement à leurs confrères de s'abstenir et d'orienter vers un praticien compétent.

Les praticiens nous ont recommandé de recourir aux formations auxquelles ils avaient eux-mêmes participé. Il pouvait ainsi s'agir de formations universitaires diplômantes (DU/DIU), tout comme de formations élaborées par des organismes privés, dont la certification était facultative.

Bien que la formation scientifique de chaque médecin devrait lui permettre d'avoir le recul nécessaire pour juger de la qualité de ce dernier type de formations, nous ne saurions en revanche que recommander, dans un premier temps, une formation universitaire. En effet, il nous paraît indispensable, dans l'exercice de notre profession très encadrée, d'avoir recours à des formations validées par le corps universitaire. Comme le rappelle le CNOM dans un courrier adressé à M. Corbisier dans le cadre de sa thèse au sujet de la phytothérapie en rhumatologie (78) : « *Dans l'hypothèse où la responsabilité d'un médecin serait engagée parce qu'il a prescrit un traitement phytothérapeutique non adapté à l'état de santé du patient, ce dernier devra apporter la preuve qu'il a reçu la formation adéquate et qu'il a acquis des connaissances suffisantes pour mettre en place ce procédé thérapeutique* ». Cela étant dit, rappelons aussi que le contenu de ces DU/DIU n'engage que les universités qui les proposent (37). Elles ne sont généralement ouvertes qu'aux professionnels de santé comme les médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, vétérinaires ; parfois, elles sont accessibles aux masseurs-kinésithérapeutes ou ostéopathes dont les diplômes sont issus d'établissements agréés par le ministère de la Santé ; dans d'autres cas, elles le sont, sur demande, aux infirmiers et préparateurs en pharmacie, voire aux auditeurs libres.

À ce jour, les universités proposant ces DU/DIU de phytothérapie/aromathérapie sont :

- Université de Nantes : DIU « Phytothérapie »
- Université de Tours : DU « Phytothérapie et aromathérapie »
- Université Paris XIII : DU « Phytothérapie clinique »
- Université Paris Descartes : DU « Phytothérapie, aromathérapie : données actuelles, limites »
- Université de Franche-Comté : DU « Phytothérapie et aromathérapie »
- Université Clermont Auvergne : DIU « Phytothérapie »
- Université de Lyon I : DU « Plantes médicinales, phytothérapie et aromathérapie »
- Université de Montpellier : DU « Phytothérapie et aromathérapie »
- Université de Lorraine : DU « Phytothérapie et aromathérapie »
- Université de Strasbourg : « Aromathérapie clinique »

D'autres Universités semblent proposer des DU/DIU en rapport avec la discipline, mais plutôt abordés sous l'angle du conseil :

- Université de Limoges : DIU « Conseil en phytothérapie et aromathérapie »
- Université de Toulouse : DIU « Conseil en phytothérapie et aromathérapie »
- Université d'Aix/Marseille : Diplôme d'Études Supérieures Universitaires (DESU) « Phytothérapie, aromathérapie, homéopathie, conseil à l'officine »
- Université de Lille : DU « Produits naturels et compléments alimentaires : connaître, comprendre, conseiller»

3.2.2 Recommandations pratiques & aide à la prescription

Les praticiens ont également émis des recommandations pratiques concernant l'utilisation de la phytothérapie en médecine générale. Ces recommandations rejoignent généralement les éléments déjà abordés auparavant : dans le cadre d'une pratique débutante, ils conseillaient naturellement de limiter son utilisation aux connaissances acquises. Les indications courantes d'un traitement de phytothérapie correspondaient globalement aux critères déterminant leurs propres prescriptions : son utilisation était donc recommandée dans les pathologies plutôt bénignes et n'ayant pas de réponse thérapeutique adaptée ou suffisante en médecine conventionnelle ; ils évoquaient ainsi souvent les viroses et les pathologies hivernales, les affections mentales telles que les états de stress, les troubles du sommeil et les syndromes dépressifs mineurs et de nombreuses autres indications bénignes comme les troubles fonctionnels de l'intestin.

Dans la thèse de L. Taton, les omnipraticiens semblaient déjà limiter leurs prescriptions en phytothérapie à certains usages maîtrisés (22). Ce conseil serait donc *a priori* déjà appliqué par les généralistes, mais l'inoffensivité parfois attribuée à tort aux produits d'origine naturelle doit inciter à renouveler les consignes de prudence quant à leur usage.

Tout comme avec les médicaments conventionnels, certaines précautions d'emploi seraient à prendre avec certaines catégories de patients, d'après les phytothérapeutes : les enfants, les femmes enceintes ou allaitantes, les patients à fortes comorbidités ou polymédiqués. Dans ce dernier cas, ils rappelaient les risques d'interaction entre plantes médicinales et médicaments de synthèse, citant l'exemple bien connu du millepertuis (*Hypericum perforatum*). Pour la même raison, la prescription de phytothérapie chez des patients oncologiques sous chimiothérapie était perçue comme très délicate et donc à envisager avec beaucoup de minutie. Une bonne maîtrise de la pharmacopée de phytothérapie permettrait cependant d'employer les plantes médicinales sous forme plus diluée, comme la gemmothérapie.

Tout comme pour les médicaments de synthèse, l'absence relative d'études démontrant l'innocuité de médicaments à base de plantes chez les nourrissons, enfants et les femmes enceintes ou allaitantes, doit mettre en garde les praticiens sur leur utilisation dans ces populations. Il est utile de rappeler que les médecins peuvent consulter le site du Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) (<http://lecrat.fr/medicament.php>) en cas de doute pour une spécialité médicale à base de plantes. Cependant, d'autres sites déjà cités par les phytothérapeutes comme Wikiphyto® (<http://www.wikiphyto.org>) nous semblent compiler bien plus de données sur les indications, contre-indications et précautions d'emploi. Pour les personnes âgées, à fortes comorbidités ou en polymédication, dont les clairances rénales et hépatiques peuvent être diminuées, il est évidemment conseillé de rester prudent dans l'utilisation de plantes médicinales comme pour toute médication. Concernant plus spécifiquement les interactions avec les traitements conventionnels, et notamment les chimiothérapies, le site de la base de données Hedrine® (<https://hedrine.univ-grenoble-alpes.fr>), également citée par les participants à notre étude, semble constituer à ce jour la base de données de référence francophone compilant les interactions de manière pratique et synthétique.

Les phytothérapeutes nous ont porté des recommandations sur les caractéristiques pharmaceutiques des produits de phytothérapie : dans le cadre d'une pratique débutante, ils préconisaient ainsi de rester sur des formes galéniques standardisées et simples d'emploi, telles que les gélules et comprimés.

A-L. Rathouis retrouvait également que les formes traditionnelles (tisanes, décoctions et préparations magistrales) semblaient être délaissées pour des formes galéniques plus modernes (gélules, ampoules, extraits de plantes standardisées) chez les phytothérapeutes interrogés dans le cadre de sa thèse (23). Cette donnée est aussi retrouvée chez L. Taton dans sa thèse, dans laquelle les généralistes limitaient leurs prescriptions aux formes pharmaceutiques comme les comprimés, des sirops, des extraits, et excluaient les tisanes ou plantes en vrac. Les médecins plus âgés déclaraient d'ailleurs avoir totalement abandonné la prescription de préparations magistrales (22).

Dans notre étude, le recours aux tisanes et à la gemmothérapie était cependant aussi encouragé par une minorité des praticiens pour leur simplicité d'usage et l'absence relative de précautions à prendre avec ces formes. Pour la revue *Prescrire*, les tisanes sont une forme traditionnelle de soins qui conserve une place dans l'arsenal des méthodes thérapeutiques. Leur emploi à bon escient serait utile dans certaines affections comme les troubles digestifs, troubles du sommeil etc. Cependant, il convient de ne pas les banaliser et de les utiliser dans des « conditions normales d'emploi », c'est-à-dire à posologie raisonnable et pendant une durée limitée, puisqu'on ne saurait prévoir les effets de leur ingestion quotidienne au long

terme (79) .

En revanche, l'utilisation des huiles essentielles était fortement déconseillée en raison de leur dangerosité potentielle en cas de mésusage. La littérature sur le sujet de la phytothérapie, et plus particulièrement de l'aromathérapie, ne cesse de rappeler la toxicité potentielle des huiles essentielles en cas de non-respect des posologies (19). L'ANSM rejoint cet avis sur son site, où elle mentionne que « *Les substances actives des huiles essentielles peuvent induire un risque d'effets indésirables graves consécutifs à une utilisation non adaptée et non contrôlée.* » (26). Les plus dangereuses d'entre elles sont inscrites au monopole pharmaceutique et leur liste est fixée par décret (Décret n° 2007-1198 du 3 août 2007). Reconnaissant les risques de ce type de produits, la proposition n° 23 du rapport du Sénat sur les plantes médicinales est d'ailleurs formulée comme suit : « *Envisager une réglementation propre aux huiles essentielles afin de renforcer l'information du consommateur sur leurs différents usages et les risques potentiels qui leur sont liés* » (14).

Pour les phytothérapeutes, l'origine et la traçabilité des médicaments à base de plantes, idéalement originaires de France, devaient être assurées par le recours privilégié à l'achat en pharmacie. L'achat dans d'autres magasins, et particulièrement sur internet, devait faire redoubler de prudence, bien que certains produits ne soient disponibles que par ce biais selon les laboratoires. Pour une même plante, l'importance du choix d'un laboratoire producteur et de son inscription sur l'ordonnance était d'ailleurs évoquée, en raison des différences de composition, de dosage et de qualité des médicaments produits. La standardisation des procédés de fabrication et des formes galéniques était vue comme un critère de qualité. La diversification des références était préconisée afin de ne pas favoriser un laboratoire plus qu'un autre, dans un secteur où les enjeux financiers devaient inviter à la prudence dans la sélection des fabricants.

Il est effectivement essentiel de rester conscient des risques liés à l'utilisation de produits de mauvaise qualité retrouvés en dehors du parcours pharmaceutique. Les plantes peuvent être contaminées par des pesticides, des toxines ou encore des métaux lourds issus de la contamination des sols, comme le plomb et l'arsenic. Ces produits peuvent être à l'origine d'intoxications graves. Comme le rappelle la revue *Prescrire* (80), des cas d'adultération (c'est-à-dire l'addition frauduleuse d'autres médicaments ou autres substances habituellement soumises à prescription) ont déjà été décrits. De manière plus large, cette revue médicale a également rappelé récemment que l'origine naturelle de produits à base de plantes ne signifiait pas pour autant leur innocuité : à cet effet, elle souligne les effets nocifs potentiellement rencontrés lors de l'utilisation de certaines plantes sous toute forme : toxicité hépatique, interactions médicamenteuses importantes, allergies graves, etc. (81).

Dans le cas particulier des compléments alimentaires, les avis des phytothérapeutes étaient divergents : certains les considéraient comme tels – à condition de les utiliser à des doses nutritionnelles –, d'autres les voyaient comme des médicaments à part entière. Leur utilisation pouvant donc comporter des risques, et leur prescription devait être réalisée avec toutes les précautions nécessaires.

D'après la revue médicale *Phytothérapie* (2), on peut actuellement distinguer deux conceptions dans l'utilisation des plantes médicinales : « *D'un côté l'univers du médicament qui permet de certifier la qualité du produit fini et de revendiquer des indications thérapeutiques ; de l'autre, celui du complément alimentaire, dont les subtilités du langage, les périphrases pour éviter de désigner un état pathologique marquent clairement une finalité qui se veut thérapeutique.* ». Contrairement aux médicaments, les compléments alimentaires ne sont pas soumis à une autorisation de mise sur le marché ; mais un grand nombre d'entre eux sont vendus en France alors qu'ils sont à base de plantes médicinales dont la vente est réservée aux pharmaciens en application du Code de Santé Publique : c'est en effet par le jeu de reconnaissance mutuelle des autorisations délivrées par un autre État membre de l'espace européen, qu'ils sont commercialisés en France au titre des compléments alimentaires (19). L'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire et de l'Alimentation (ANSES) a alerté à de multiples reprises sur ces produits qui sont souvent perçus comme anodins, mais peuvent, dans certains cas, exposer le consommateur à des risques sanitaires. Dans sa saisine du 10 avril 2020 et en pleine épidémie de COVID-19, elle rappelait encore les risques d'interférences relatifs à la consommation de certains compléments alimentaires à base de plantes sur la réponse immunitaire et inflammatoire liée à l'infection par le SARS-Cov2 (82). La définition du médicament ne se faisant pas sur des critères de composition, mais d'action pharmacologique (32), il serait donc préférable d'employer ces compléments alimentaires avec les mêmes précautions que les médicaments.

Le sujet des compléments alimentaires à base de plantes a d'ailleurs fait l'objet de nombreux travaux de thèses de pharmacie, notamment sur leurs différences et similitudes avec les médicaments d'une part, et sur la nécessité d'un cadre sécuritaire dans le cadre de l'évolution de la réglementation européenne d'autre part (83). Il en ressort que ces denrées alimentaires sont souvent déguisées en médicaments. Nous aurions pu souligner ce rapprochement des compléments alimentaires avec les médicaments par le célèbre aphorisme attribué à Hippocrate, mais des travaux de recherche récents ont montré que la célèbre phrase « *Que ton aliment soit ta seule médecine* » n'aurait finalement jamais été écrite par le médecin philosophe (84).

Pour une meilleure adhésion thérapeutique et l'acceptation du coût de l'ordonnance, les phytothérapeutes préconisaient de laisser le choix au patient, dûment informé et éclairé au

préalable sur les options thérapeutiques qui s'offraient à lui, ainsi que de leur balance bénéfice-risque. Certains estimaient que ce mode thérapeutique découlait souvent de la demande initiale du patient, et était rarement accepté le cas contraire. Dans tous les cas, le choix de formes thérapeutiques plus abordables financièrement permettrait d'augmenter les chances d'adhésion thérapeutique.

En effet, le déremboursement des produits de phytothérapie a été initié suite à une réévaluation de leur Service Médical Rendu (SMR) en 1989. Les vagues de déremboursement se sont succédé en 2001, 2003 et 2006 puis 2008 (23). Depuis, la grande majorité de ces médicaments ne sont plus remboursés, et leur prix de vente au public étant ainsi devenu libre a augmenté. Dès lors, il apparaît plus délicat de proposer des médicaments à base de plantes aux patients, lorsque ces derniers doivent assumer entièrement le coût de leur traitement. C'est d'ailleurs ce que montrait l'étude de R. Bensemida dans sa thèse de 2014, où, pour rappel, le non-remboursement des produits de phytothérapie était désigné comme un frein à sa prescription par 60 % des médecins généralistes interrogés (21).

Enfin, les praticiens nous ont recommandé les références de littérature qu'ils consultaient généralement eux-mêmes, pour se former ou pour appuyer leurs prescriptions. Il s'agissait notamment d'outils généralement connus comme Medline®/Pubmed® ou la bibliothèque Cochrane, de certaines revues médicales spécialisées en phytothérapie et de thèses sur le sujet. Les monographies étaient représentées par celles de l'EMA/HMPC et la base de données Thériaque®. La documentation des laboratoires était évoquée, avec la prudence que nécessitait sa lecture, en raison des conflits d'intérêts évidents. Les outils d'aide à la pratique comme Wikiphyto® et Hedrine® ont été mis en avant par ces médecins. La littérature et les sites grand public étaient aussi cités pour leur rôle informatif tout en étant généralement sourcés.

Nous pourrions ajouter à ces références d'autres sites non évoqués par les médecins. Tous ne sont pas non spécifiques à la phytothérapie, mais sont tout de même utiles en vue d'obtenir des informations sur les plantes médicinales et les produits à base de plantes :

- **Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM)** (<https://www.ansm.sante.fr>) : sa mission est de garantir la sécurité des produits de santé tout au long de leur cycle de vie, depuis les essais initiaux jusqu'à la surveillance après autorisation de mise sur le marché. Ceci concerne également les matières premières et les médicaments à base de plantes. Elle émet régulièrement des recommandations de bonnes pratiques et des mises au point. On retrouve notamment sur son site la liste des plantes médicinales inscrites à la pharmacopée française ainsi que les monographies spécifiques aux substances d'origine végétale et aux préparations officinales :

<https://www.ansm.sante.fr/Mediatheque/Publications/Pharmacopee-francaise-Substances-d-origine-vegetale> .

- **Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)** (<https://www.anses.fr/fr>) : son rôle principal est de contribuer à assurer la sécurité sanitaire humaine dans les domaines de l'environnement, du travail et de l'alimentation. Entre autres, elle contribue également à assurer la protection de la santé des végétaux et l'évaluation des propriétés nutritionnelles et fonctionnelles des aliments. En ce sens, elle rend notamment des avis sur l'évaluation de l'innocuité des substances composant les compléments alimentaires.
- **European Scientific Cooperative On Phytotherapy (ESCOP)** (<https://escop.com/>) : L'ESCOP est une société fondée en 1989 et regroupant des associations nationales de phytothérapie en Europe. Elle a pour but de faire progresser le statut scientifique des produits de phytothérapie et d'aider à l'harmonisation de leur statut réglementaire européen. Elle cherche à promouvoir la phytothérapie, définie comme « *l'utilisation médicale, basée sur la science, de plantes ou de leurs préparations dérivées, dans le traitement, l'allègement ou la prévention de maladies, en accord avec les standards reconnus de qualité, de sécurité et d'efficacité* ». Elle propose et initie des recherches et des expérimentations cliniques en phytothérapie, et mène avec son comité scientifique des revues approfondies de l'ensemble des données portant sur les plantes médicinales. Les monographies qu'elle publie sont payantes et en anglais.
- **Kommission E** : La *Commission E* est une commission dédiée à la phytothérapie, mise en place par le gouvernement allemand après que la Communauté Économique Européenne ait demandé en 1975 aux états membres d'effectuer une révision systématique des produits médicaux sur le marché. Cette commission rassemble un panel interdisciplinaire d'experts reconnus en médecine, en pharmacologie, en toxicologie et en phytothérapie. De 1978 à 1994, ces spécialistes ont évalué 360 plantes et publié leur description détaillée dans des monographies. Depuis 1995, la *Commission E* ne publie plus de monographies, mais les données scientifiques sur les plantes continuent d'être recueillies par la *Kooperation Phytopharmaka* (www.koop-phyto.org) organisme allemand qui regroupe 150 industriels engagés dans le secteur de la phytothérapie. Aujourd'hui, la *Commission E* joue un rôle consultatif auprès de l'instance qui évalue les demandes de mise sur le marché des produits de phytothérapie vendus sur ordonnance en Allemagne. La *Commission E* demeure aujourd'hui le seul organisme mandaté par un gouvernement pour évaluer l'efficacité des plantes médicinales. L'*American Botanical Council* publie une version anglaise des monographies de la Commission E : <https://abc.herbalgram.org> .

- **Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** (<https://www.who.int/fr/>) : L'OMS s'investit de missions diverses autour d'un objectif : améliorer la santé des peuples de ses états membres et partenaires. Elle définit ainsi des programmes de recherche en santé et apprécie les tendances en termes de santé publique à travers le monde. De 1999 à 2006, elle a publié quatre volumes s'intitulant « *WHO monographs on selected medicinal plants* » et regroupant des monographies très détaillées sur une large sélection de plantes médicinales citant les conclusions de recherches scientifiques internationales. Ces monographies mentionnent les indications confirmées par des études cliniques, celles des médecines et pharmacopées traditionnelles ainsi que celles relevant d'un usage populaire. Par ailleurs, elles contiennent des indications sur les critères de qualité et de préparation des produits médicinaux, notamment les teneurs maximales en métaux lourds et en pesticides présents dans les matières premières. Ces publications sont disponibles gratuitement à cette adresse : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42052> .

Chapitre 3 Perspectives & Pistes de recherche

Il serait intéressant de confirmer les résultats de ce travail en menant une enquête quantitative auprès d'un échantillon plus large de phytothérapeutes. Cela pourrait par exemple se faire auprès de médecins généralistes accédant à ce type de formation : un questionnaire pourrait être diffusé via les unités de formation auprès des médecins s'inscrivant aux formations universitaires (DU/DIU) de phytothérapie et permettrait ainsi de valider et quantifier les hypothèses de notre étude sur leurs motivations à se former. Les déterminants de la prescription de phytothérapie en pratique générale par les phytothérapeutes devraient aussi être quantifiés par des enquêtes auprès des médecins issus de ces formations, quelques années après obtention de leur diplôme universitaire. À l'instar de ce que nous avons réalisé, ces médecins peuvent certainement être joints par l'intermédiaire de listes de diffusion, généralement constituées au cours des formations par les enseignants ou les responsables de ces DU/DIU.

Nous avons exploré ici les représentations des médecins ayant choisi de se former et d'appliquer dans leur pratique les connaissances acquises au cours de leur formation. D'autres études ont exploré les freins à la prescription de phytothérapie de médecins généralistes non formés. Une autre approche consisterait éventuellement à explorer les raisons pour lesquelles des médecins formés à la phytothérapie décideraient finalement de ne pas intégrer cette pratique en médecine générale. Des enquêtes, toujours menées auprès de médecins issus des diplômes universitaires, permettraient à la fois de recueillir leurs opinions, de les quantifier et de les opposer à celles de phytothérapeutes convaincus de leur mode de pratique.

Nous avons remarqué au cours de ce travail qu'il était difficile de trouver des médecins phytothérapeutes, notamment en l'absence de reconnaissance de leur formation par le CNOM, et par conséquent, en l'absence de mention de leur orientation sur leur plaque ou dans les annuaires. Dans la tendance actuelle de recours aux médecines naturelles, les patients pourraient également être confrontés à ce problème. Une étude sur les difficultés pour les patients à trouver un médecin phytothérapeute mériterait d'être réalisée.

De même, la proportion et les caractéristiques des médecins faisant figurer leur DU/DIU de phytothérapie sur leur plaque, en dépit de l'absence d'autorisation par le CNOM, pourraient également être explorées. Il serait tout aussi intéressant d'étudier les proportions relatives de médicaments à base de plantes et de médicaments conventionnels prescrits par les médecins ayant eu ce type de formation. En l'absence de définition claire sur les Médecins à Exercice Particulier (MEP), et en particulier de ceux choisissant leur orientation en phytothérapie, la combinaison de données chiffrées sur l'affichage de l'orientation et sur les prescriptions de médecins formés à la phytothérapie permettrait peut-être de préciser la part de médecins

dédiant une orientation exclusive à cette discipline et d'affiner la définition des MEP.

Notre étude ne s'étant pas penchée sur rôle des phytothérapeutes dans le parcours de soins des patients consultés, les études à venir pourraient également envisager d'approfondir ce point : de quelle proportion de leur patientèle sont-ils le médecin traitant ? Sont-ils essentiellement des consultants ponctuels, revêtent-ils un rôle de spécialiste pour leurs confrères ?

Dans les discussions de la littérature au sujet de la phytothérapie, il est souvent abordé la question de l'intégration de cette discipline dans les études médicales. Pour comparaison, en Allemagne la phytothérapie tient une place importante dans le système de soins, et son enseignement fait partie intégrante du cursus de formation des médecins. L'évaluation de la nécessité ou de la volonté d'accéder à ce type de formation dans le cursus des études médicales mériterait d'être explorée dans la population générale des omnipraticiens et/ou des étudiants en médecine français. Des études qualitatives puis quantitatives permettraient de connaître leurs motivations et d'en mesurer leur importance.

Inversement, il serait intéressant de connaître la perception de la phytothérapie auprès de la population de médecins généralistes non formés et n'y ayant pas recours. Nous l'avons vu, les pratiques de soins non conventionnelles font débat jusque dans le monde médical. Nous n'avons d'ailleurs pas abordé la question de l'efficacité objective et de la scientificité des pratiques des phytothérapeutes. Analyser les représentations des médecins n'intégrant pas ou ne souhaitant pas intégrer la phytothérapie à leur pratique, permettrait de confronter leur point de vue à ceux souhaitant y avoir recours. La compréhension de ces divergences pourrait conforter les décisions à prendre en faveur ou en défaveur de la nécessité de son intégration dans le tronc commun des études médicales.

CONCLUSION

Après une régression de l'utilisation des plantes médicinales au cours du XX^e siècle, la phytothérapie connaît depuis une cinquantaine d'années un regain d'intérêt significatif. Cette tendance est marquée par un retour de la population vers les médecines naturelles et par l'intérêt des instances gouvernementales et scientifiques pour l'exploitation des substances d'origine végétale. Dans ce contexte, les médecins généralistes devraient inéluctablement être confrontés au recours croissant à ce mode thérapeutique et particulièrement à l'automédication des patients. Certains omnipraticiens ont déjà fait le choix de se former à cette discipline, non enseignée dans le tronc commun des études médicales, et l'utilisent régulièrement dans leur pratique.

Notre enquête qualitative a permis de détailler les représentations et motivations à l'origine de la formation en phytothérapie de ces médecins. Celle-ci semblait puiser son origine dans une certaine insatisfaction vis-à-vis de la médecine conventionnelle, et dans la recherche d'outils thérapeutiques plus adaptés à leur pratique. Elle s'inscrivait à la fois dans un cadre de vie personnel mêlant écologie, tradition et/ou curiosité intellectuelle, et dans une démarche professionnelle soucieuse des bénéfices et risques des solutions thérapeutiques proposées.

À leurs yeux, la phytothérapie n'était pas qu'un simple outil thérapeutique. Attribuant une composition et une pharmacologie particulière aux médicaments à base de plantes, la phytothérapie leur venait en appui d'une approche clinique holistique, centrée sur le patient dans sa globalité. Cette approche se caractérisait notamment par l'intégration analytique du terrain et des mécanismes physiopathologiques, mais aussi par une écoute plus attentive et une plus grande implication du patient dans le soin. À travers cette démarche, la phytothérapie leur permettait de personnaliser les traitements proposés et d'intervenir dans régulation physiologique de l'organisme. Ils attribuaient ainsi à la phytothérapie un rôle important de médecine préventive et axée sur l'étiologie. Elle se positionnait également aussi bien dans l'accompagnement des patients, en tant que soin de support, que dans la prise en charge psycho-émotionnelle de ces derniers.

Ces praticiens considéraient la phytothérapie comme complémentaire à la médecine conventionnelle, et l'incluaient dans une pratique dite intégrative de la médecine générale : ils les plaçaient sur un pied d'égalité tout en attribuant un rôle distinct à chacune d'elles. Ce travail a ainsi permis de comprendre les facteurs déterminant sa prescription de phytothérapie dans le cadre de cette pratique. Les phytothérapeutes y avaient notamment recours en tant que solution temporaire en cas d'incertitude diagnostique. Ils l'employaient surtout dans les pathologies chroniques et/ou non graves, et dans les situations dans lesquelles les thérapeutiques conventionnelles n'apportaient pas de réponse ou étaient inadaptées. Sa

prescription faisait souvent suite à une demande motivée du patient, et à défaut, devait nécessairement être acceptée, en raison notamment du coût assumé par ce dernier.

Enfin, cette étude a rassemblé quelques recommandations de ces phytothérapeutes à destination de leurs confrères généralistes. Ils les enjoignaient d'inclure cette discipline à leur pratique en raison du recours croissant aux médecines naturelles et à l'automédication des patients. Une formation adéquate était vue comme indispensable à l'exercice de la phytothérapie, soulignant l'expertise requise pour l'utiliser sans danger. Dans un premier temps, les médecins généralistes pourraient y recourir dans des situations cliniques simples, mais maîtrisées, en tenant compte des précautions d'emploi édictées par les phytothérapeutes. Une importance toute particulière était formulée à l'égard des formes pharmaceutiques employées, à leur origine et à leur lieu de vente. Le statut des compléments alimentaires ne faisait cependant pas consensus parmi ces médecins ; leur utilisation doit donc rester prudente. Enfin, les médecins désirant s'informer ou appuyer leurs prescriptions de médicaments à base de plantes pourront utiliser les références fournies par ces phytothérapeutes.

D'autres études, notamment quantitatives, pourraient être menées pour confirmer les résultats de cette enquête. Parmi les questions soulevées par cette étude et demeurant constante dans la littérature à ce sujet, celle de l'enseignement de la phytothérapie dans le tronc commun des études médicales mériterait d'être posée.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Garnier Delamare. Dictionnaire illustré des termes de médecine. 29^{ème} éd. Paris : Maloine; 2020. 1148 p.
2. Clément RP. Aux racines de la phytothérapie : entre tradition et modernité (1^{ère} partie). *Phytothérapie*. 2005;3(4):171-5.
3. [En ligne]. Google Ngram Viewer : recherche du terme « Phytothérapie » de 1800 à 2019 dans la littérature française; [cité le 17 oct 2019]. Disponible: https://books.google.com/ngrams/graph?corpus=30&content=phytoth%C3%A9rapie&smoothing=0&year_end=2019&year_start=1800&direct_url=t1%3B%2Cphytoth%C3%A9rapie%3B%2Cc0
4. [En ligne]. EurekaSanté par VIDAL. Où en est la recherche sur les plantes médicinales ?; 20 août 2012 [cité le 4 oct 2019]. Disponible: <https://eurekasante.vidal.fr/parapharmacie/bon-usage-phytotherapie-plantes/recherche-plantes-medicinales.html>
5. Jorite S. La phytothérapie, une discipline entre passé et futur : de l'herboristerie aux pharmacies dédiées au naturel [Thèse d'exercice. Pharmacie]. Bordeaux : Université de Bordeaux 2 UFR des Sciences Pharmaceutiques; 2015. p. 1–156.
6. [En ligne]. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Médecine traditionnelle; [cité le 20 janv 2020]. Disponible: https://www.who.int/topics/traditional_medicine/fr/
7. World Health Organization (WHO). Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine : a worldwide review. 2001 p. 1–199.
8. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les soins de santé primaires : Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires. 1978 p. 1–90.
9. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La médecine traditionnelle et les soins de santé modernes : rapport intérimaire du Directeur général. 1991 p. 1–11.
10. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002–2005. 2002 p. 1–78.
11. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. 2013;:1–72.

12. FranceAgriMer. La vente de plantes médicinales en pharmacie et parapharmacie - Années 2015-2016-2017. 2019 p. 1–43.
13. FranceAgriMer. Filières plantes à parfum, aromatiques et médicinales Panorama 2015. 2016 p. 1–76.
14. Imbert C, Labbé J. Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur le développement de l'herboristerie et des plantes médicinales, des filières et métiers d'avenir [En ligne]. 2018 p. 1–386. Disponible: <http://www.senat.fr/rap/r17-727/r17-727.html>
15. FranceAgriMer. Le marché de l'aromathérapie en pharmacie. 2018 p. 1–12.
16. Les Entreprises du Médicament. Observatoire sociétal du Médicament. 2011 p. 1–20.
17. De Paoli M. Enquête sur la place de la phytothérapie dans la vie étudiante [Thèse d'exercice. Pharmacie]. Toulouse: Université Toulouse III Paul Sabatier Faculté des Sciences Pharmaceutiques; 2013. p. 1–129.
18. Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication Responsable (AFIPA). Baromètre AFIPA 2018 des produits du Selfcare. 2019 p. 1–47.
19. Ordre National des Pharmaciens. Le pharmacien et les plantes. Cultivez votre expertise. Les cahiers de l'ordre national des pharmaciens. Ordre National des Pharmaciens; 2014;5:1–32.
20. Adamo B. Perception et utilisation des médecines non conventionnelles par les médecins généralistes [Thèse d'exercice. Médecine]. Paris. Université Paris 13 Faculté de Médecine de Bobigny; 2012. p. 1–73.
21. Bensemida R. Étude des freins de la sous utilisation de la phytothérapie par les médecins généralistes dans le Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice. Médecine]. Lille: Université Lille 2 Droit et Santé Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2014. p. 1–50.
22. Taton L. Perception par les médecins généralistes de la phytothérapie et facteurs déterminant sa prescription [Thèse d'exercice. Médecine]. Versailles: Université de Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines U F R des Sciences de la Santé Pifo; 2015. p. 1–104.
23. Rathouis A-L. Enquête exploratrice sur la pratique régulière de la phytothérapie en médecine générale [Thèse d'exercice. Médecine]. Nantes: Université de Nantes Faculté de Médecine; 2014. p. 1–184.

24. Chabrier J-Y. Plantes médicinales et formes d'utilisation en phytothérapie [Thèse d'exercice. Pharmacie]. Nancy: Université Henri Poincare - Nancy 1 Faculté de Pharmacie; 2010. p. 1–184.
25. Lehmann H. Le médicament à base de plantes en Europe: statut, enregistrement, contrôles [Thèse de Docteur d'Université. Sciences de la Vie et de la Santé. Sciences Pharmaceutiques. Droit Pharmaceutique]. Strasbourg: Université de Strasbourg – Faculté de Pharmacie; 2014. p. 1–342.
26. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Produits cosmétiques à base de terpénoïdes : camphre, eucalyptol, menthol - Recommandations à l'attention des fabricants et responsables de la mise sur le marché. ansm.sante.fr. 2008 p. 1–3.
27. [En ligne]. Conseil de l'Europe. European Pharmacopoeia Online; [cité le 18 févr 2020]. Disponible: <https://pheur.edqm.eu/subhome/10-3>
28. Dessouroux A, Seyrig C, Leclerc C. Point sur la qualité des extraits fluides glycérinés de plantes fraîches standardisés (EPS) et leur intérêt pharmacologique. *Phytothérapie*. 2011;9(4):249-54.
29. Morel J-M. *Traité pratique de phytothérapie*. Grancher; 2008. 619 p.
30. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). *Pharmacopée française - Tisanes (ptisanae)*. 2013 p. 1–6.
31. Jorite S. [Thèse d'exercice. Pharmacie] *La phytothérapie, une discipline entre passé et futur : de l'herboristerie aux pharmacies dédiées au naturel*. Bordeaux : Université Bordeaux 2 - UFR des Sciences pharmaceutiques ; 2015. p. 1–156.
32. Article L5111-1. Code de la santé publique.
33. [En ligne]. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). *Les médicaments à base de plantes*; [cité le 23 mai 2020]. Disponible: [https://www.ansm.sante.fr/Activites/Medicaments-a-base-de-plantes/Les-medicaments-a-base-de-plantes/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/Activites/Medicaments-a-base-de-plantes/Les-medicaments-a-base-de-plantes/(offset)/0)
34. Décret n° 2006-352 du 20 mars 2006 relatif aux compléments alimentaires. *Journal Officiel de la République Française*. 2006.

35. [En ligne]. Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES). Les compléments alimentaires; 2019 [cité le 17 févr 2020]. Disponible: <https://www.anses.fr/fr/content/les-compl%C3%A9ments-alimentaires-0>
36. Distinguer les médicaments des autres produits d'apparence médicamenteuse. La Revue Prescrire. 2011;31(334):572-6.
37. [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les pratiques de soins non conventionnelles; 2017 [cité le 22 févr 2020]. Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>
38. Bouet P, Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2018. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2018 p. 1–165.
39. Afonso M, Bénard A, Chapron A, Chau K, Doussiet E, Guillemain F, et al. Les soins primaires : une définition du champ pour développer la recherche. Elsevier Masson, rédacteur. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2018;66(2):157-62.
40. Dany L. Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. Delouée & P. Rateau. Les représentations sociales. 2016 ;:85–102.
41. Martineau A, Plard M. Notice méthodologique pour réaliser un état de l'art en sciences humaines et sociales. Produire une analyse qualitative assistée en mobilisant Mendeley et Nvivo. 2016;:1–19.
42. [En ligne]. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Base des unités urbaines; [cité le 6 2020]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/information/2115018>
43. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. [Mémoire de Diplôme d'Études Spécialisées en Médecine Générale]. Lyon: Faculté de Médecine Lyon Nord; 2004. p. 1–23.
44. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers. 2010;104:23–34.
45. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. Recherches Qualitatives. 2006;26(1):110-38.

46. [En ligne]. Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES). Modes d'exercice particulier (MEP); 2014 [cité le 20 mars 2020]. Disponible: <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/2362.html>
47. Bouet P, Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2014. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2014 p. 1–274.
48. Ameli.fr [En ligne]. Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Le médicament; 2019 [cité le 26 mars 2020]. Disponible: <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/le-medicament/medicament>
49. Sehon S, Stanley D. Evidence and simplicity: why we should reject homeopathy. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. John Wiley & Sons, Ltd; 2010;16(2):276-81.
50. [En ligne]. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?; 2018 [cité le 21 mai 2020]. Disponible: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>
51. Article R4127-79. Code de la santé publique.
52. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Titres et mentions autorisés sur les plaques et ordonnances. 2019 p. 1–14.
53. Juan S. Méthodes de recherche en sciences sociohumaines. Exploration critique des techniques. Presses Universitaires de France; 1999.
54. L'appel de 124 professionnels de la santé contre les «médecines alternatives». *Le Figaro*. 18 mars 2018.
55. Foulst M. Tribune anti-homéopathie : une suspension d'exercice avec sursis pour un médecin, des blâmes pour six autres. *Le Quotidien du Médecin*. 20 févr 2020.
56. Arrêté du 4 octobre 2019 portant radiation de médicaments homéopathiques de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. *Journal Officiel de la République Française*.

57. [En ligne]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. À propos de la pratique médicale de l'homéopathie; 2018 [cité le 17 oct 2019]. Disponible: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/propos-pratique-medicale-lhomeopathie>
58. Santé Publique France. Antibiotiques et résistance bactérienne : une menace mondiale, des conséquences individuelles. 2019 p. 1–24.
59. Flandrin Mouallem A. Perception des Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC) par les médecins généralistes par la méthode du Focus Group [Thèse d'exercice. Médecine]. Nantes: Université de Nantes Faculté de Médecine; 2013. p. 1–128.
60. Martin J. Les représentations sociales de la phytothérapie chez les patients en médecine générale [Thèse d'exercice. Médecine]. Tours: Université François-Rabelais Faculté de Médecine; 2017. p. 1–133.
61. Ministère des Solidarités et de la Santé. Lutter contre les pénuries et améliorer la disponibilité des médicaments en France. 2019 p. 1–36.
62. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA*. 1998;280(18):1569-75.
63. Smuts JC. *Holism and Evolution*. New York : The Macmillan Company; 1926. 364 p.
64. Simon L, Prebay D, Beretz A, Bagot J-L, Lobstein A, Rubinstein I, et al. Médecines complémentaires et alternatives suivies par les patients cancéreux en France. *Bull Cancer*. 2007;94(5):483-8.
65. Bresson Carreau M. L'utilisation des médecines alternatives par les omnipraticiens français [Thèse d'exercice. Médecine]. Paris: Université Paris Descartes; 2001.
66. Société Française de Médecine Générale. La démarche médicale en médecine générale. 2013 p. 1–9.
67. Tellier A. Un mensonge thérapeutique ? Réflexions éthiques sur l'usage thérapeutique du placebo. *Douleur et Analgésie*. Springer-Verlag; 2003;16:225.

68. Helleisen A. Ressenti et comportement des médecins et des patients face au déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant [Thèse d'exercice. Médecine]. Clermont-Ferrand: Université de Clermont Ferrand; 2008.
69. Dubois-Courvoisier J. Pourquoi les patients ont-ils recours aux médecines non conventionnelles ? Attitudes, connaissances et représentations à partir de 15 entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice. Médecine]. Lyon: Université Claude Bernard Faculté de Médecine Lyon Sud; 2011.
70. Balint M. Le Médecin, son malade et la maladie. Payot; 1996. 430 p.
71. Festinger L. A Theory of Cognitive Dissonance. Standford University Press; 1957. 291 p.
72. Stockholm County Council. Environmentally classified pharmaceuticals 2014-2015. 2015 p. 1–29.
73. Bastien P, Curien E, Petit A. Ecoprescription - Se soigner sans polluer. 2019 p. 1–52.
74. Simonian-Gineste H. La réglementation des médecines non conventionnelles. Dans: Les professions (dé)réglementées. Toulouse : Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole; 2019. p. 241-61.
75. Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires. Guide. Santé et dérives sectaires.
76. Jou J, Johnson PJ. Nondisclosure of Complementary and Alternative Medicine Use to Primary Care Physicians: Findings From the 2012 National Health Interview Survey. JAMA Intern Med. 2016;176(4):545-6.
77. Note du propriétaire (Carl von Linné). Dans: Aalborg, N.M., Den anden bog. Om atskillige siugdommer ved de krafter Gud hafuer indgiffuen i de naturlige ting, at curere oc læge. 1633. alvin-portal.org [En ligne] Disponible : <http://www.alvin-portal.org/alvin/imageViewer.jsf?dsId=ATTACHMENT-0001&pid=alvin-record%3A194173&dswid=6348>.
78. Corbisier M. Utilisation des plantes médicinales en rhumatologie : évaluation de la prévalence et des facteurs sociodémographiques et médicaux associés. [Thèse d'exercice. Médecine]. Toulouse: Université Toulouse III Paul Sabatier Faculté de Médecine; 2015. p. 1–112.

79. Tisanes : bien les utiliser. *La Revue Prescrire*. 2006;26(275):613.
80. Méfions-nous de la nature ! *La Revue Prescrire*. 2015;35(381):553.
81. Se soigner avec les plantes n'est pas forcément sans risque. *Info-Patients Prescrire*. *La Revue Prescrire*. 2016;36(389):216.
82. Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES). Avis de l'ANSES relatif à l'évaluation des risques liés à la consommation de compléments alimentaires contenant des plantes pouvant interférer avec la réponse immunitaire et inflammatoire associée à l'infection par le SARS-Cov-2. 2020 p. 1–51.
83. Messer C. Médicaments à base de plantes et compléments alimentaires à base de plantes : Différences et similitudes [Thèse d'exercice. Pharmacie]. Nancy: Université de Lorraine Faculté de Pharmacie; 2012. p. 1–130.
84. Cardenas D. Let not thy food be confused with thy medicine: The Hippocratic misquotation. *e-SPEN Journal*. Elsevier; 2013;8(6):e260-2.

ANNEXES

Annexe I Grille d'entretien

Préambule

Je suis interne de médecine générale et réalise une thèse au sujet de la phytothérapie.
L'entretien que nous allons avoir ensemble concerne ce travail qui vise à :
« Évaluer les motivations à la prescription de la phytothérapie chez les médecins généralistes phytothérapeutes »

et secondairement à :

« Recueillir les conseils que ces phytothérapeutes édicteraient pour les MG non formés à la phytothérapie pour l'intégrer ou en tenir compte dans leur pratique ».

J'aimerais donc recueillir votre témoignage sur le sujet, de manière totalement anonyme.

Je vais vous poser des questions ouvertes, auxquelles je vous prierai de répondre sans retenue, de manière la plus exhaustive possible. N'hésitez pas à aller au fond de votre pensée, de votre opinion. Encore une fois, il s'agit d'un entretien qui sera totalement anonymisé.

J'ai devant moi un document qui m'aidera à guider notre conversation, pour que nous abordions différents thèmes :

- Raisons de formation à la phytothérapie
- Définition/Perception de la phytothérapie
- Motivations professionnelles & personnelles à la prescription de la phytothérapie
- Rapport à l'efficacité / toxicité de la phytothérapie
- Conseils aux médecins généralistes pour en tenir compte dans leur pratique
- Conseils aux médecins généralistes pour les convaincre de son utilisation
- Conseils aux médecins généralistes pour les aider à la prescription

Il n'y a pas d'ordre établi pour parler de ces thèmes, que nous aborderons donc selon le fil de notre discussion. Cet entretien aura certainement une durée globale de l'ordre de 45 min/1h.

De manière à retranscrire et analyser les idées qui se dégageront de notre entretien, j'aimerais pouvoir, avec votre permission, enregistrer notre conversation.

Précision : J'utiliserai, si vous en convenez, le terme « médecine conventionnelle » en opposition à la « phytothérapie ». Si cette distinction vous paraît ambiguë, nous pourrions définir plus précisément les termes que nous utiliserons, notamment si votre conception du sujet implique l'utilisation d'un autre terme plus approprié.

Informations générales

Sexe : M F Autre

Âge :

Années d'exercice / d'installation :

Conventionnement / Secteur : 1 2 3 (non conventionné)

Formation en phytothérapie : *quelle est-elle et de quand date-t-elle ?*

Années de pratique de la phytothérapie :

Autres formations/exercices particuliers/médecines complémentaires ?

.....
.....
.....

Entretien

1/ Motivation générales à la prescription :

A. Raisons de formation à la phytothérapie

- Quelle est la raison majeure pour laquelle vous avez choisi de vous former à la phytothérapie ?

Relances possibles :

- *Par intérêt scientifique ? Par scepticisme ? Par conviction / croyance personnelle ? Pour s'inscrire dans une philosophie de soins, de vie ?*
- *Pour comprendre sa popularité, l'augmentation croissante de son recours ?*
- *Pour allier profession et centre d'intérêt ?*
- *Avoir une médecine plus personnalisée ?*
- *Répondre à des situations dans lesquelles la médecine conventionnelle n'avait pas de solution ? Pour disposer d'autres options thérapeutiques / Élargir votre pharmacopée ?*
- *Répondre à une demande des patients ?*
- *Rechercher moins de toxicité / moins d'effets secondaires ?*
- *Par attrait pour ce qui est naturel ? Pour préserver la biodiversité ?*

B. Définition/Perception de la phytothérapie :

- **Quelle distinction conceptuelle faites-vous entre la phytothérapie et la médecine conventionnelle ? Relances possibles :**
 - *Quelle différence y a-t-il à utiliser une « drogue végétale » vs. « molécule de synthèse » ? Notion de totum ?*
 - *La démarche diagnostique et thérapeutique est-elle la même ?*
 - *Permet-elle une approche différente/ meilleure des cas cliniques ?*
 - *S'agit-il de traiter des syndromes plus que des symptômes ? Notion de terrain ?*

- **Comment situez-vous la phytothérapie par rapport à la médecine conventionnelle, c'est-à-dire l'une par rapport à l'autre ? Relances possibles :**
 - *La voyez-vous comme une médecine complémentaire ?*
 - *Devrait-elle faire partie de la médecine sans distinction ?*
 - *Est-ce selon vous une médecine plus complète/holistique ? Plus personnalisée ?*

2/ Motivations à la prescription & ressentis :

A. Motivations professionnelles & personnelles

1. Positionnement dans les soins :

- **Quelle place/position donnez-vous à la phytothérapie dans les soins primaires ? Relances possibles :**
 - *Y avez-vous plus recours en 1^{ère} intention ? en 2^{nde} ou dernière intention ?*

2. Motivations cliniques à la prescription :

- **Qu'est-ce qui vous motive à prescrire un phyto-médicament plutôt qu'un médicament de synthèse, dans une situation clinique donnée ? Relances possibles :**
 - *Y avez-vous plus recours dans des situations paucisymptomatiques, précliniques, présyndromiques ou « limites » ? (Prédiabète ? HTA limite ? Anxiété/Dépression légère ? Rhumatismes sans signes radiologiques/inflammatoires ? etc.)*
 - *Y avez-vous plus recours dans des situations cliniques polysymptomatiques/syndromiques mal définies ou non clairement étiquetées ?*
 - *Y avez-vous plus facilement recours dans des pathologies chroniques ? Aiguës ?*
 - *Utilisez-vous la phytothérapie comme thérapeutique de prévention primaire ? secondaire ? ... en accompagnement de thérapeutiques de synthèse ?*

3. Apport dans la pratique :

- Que vous apporte la prescription de la phytothérapie dans votre pratique professionnelle ? Relances possibles :
 - *Est-ce pour vous un moyen d'améliorer votre relation médecin-patient ?*
 - *Pallie-t-elle à l'absence de thérapeutiques dans certains cas cliniques ?*
 - *Permet-elle de répondre à une demande croissante de la part de la patientèle ?*
 - *La phytothérapie contribue-t-elle à votre épanouissement professionnel ?*

4. Apport dans la vie personnelle

- Que vous apporte la prescription de la phytothérapie sur le plan personnel ?
Relances possibles :
 - *Est-ce un moyen de renouer avec une forme de culture/croyance populaire ? de médecine traditionnelle, ancestrale ?*
 - *Vous permet-elle de satisfaire à une conviction personnelle ?*
 - *Permet-elle d'allier d'un centre d'intérêt avec votre métier ?*
 - *S'inscrit-elle dans une philosophie de vie, de soins ?*

B. Rapport à l'efficacité / toxicité

- Quelle efficacité attribuez-vous à la phytothérapie, aux plantes médicinales ?
Relances possibles :
 - *Que vous apportent les plantes médicinales de plus par rapport aux médicaments de synthèse ?*
 - *Les trouvez-vous plus efficaces qu'une molécule de synthèse dans une indication donnée ?*
 - *Y trouvez-vous un rapport bénéfice/risque plus favorable ?*
- Quelle toxicité attribuez-vous à la phytothérapie, aux plantes médicinales ?
Relances possibles :
 - *Une moindre toxicité par rapport aux molécules de synthèse ?*
 - *La phytothérapie est-elle une médecine plus sûre ?*

3/ Conseils édictés aux confrères généralistes

A. Pour en tenir compte dans leur pratique :

- **Quels conseils donneriez-vous aux médecins généralistes non formés à la phytothérapie, pour qu'ils sachent tenir compte de la phytothérapie dans leur pratique ? Relances possibles :**
 - *Pour qu'ils tiennent compte et respectent le choix et l'automédication des patients ?*
 - *Pour qu'ils conseillent les patients dans leur automédication, les préviennent des dangers ?*
 - *Pour qu'ils puissent déjouer et limiter les interactions, contre-indications, toxicités ?*
 - *De la littérature ou des sites de référence à consulter pour les y aider ?*

B. Convaincre de son utilisation

- **Quels arguments/conseils donneriez-vous aux médecins généralistes non formés en phytothérapie, pour les inciter à l'intégrer dans leur pratique, en soins primaires ? Relances possibles :**
 - *Quels arguments pour les convaincre de son apport ?*
 - *À quelles demandes de patients ou dans quelles situations cliniques courantes pourraient-ils y avoir recours simplement ?*

C. Aider à la prescription

Dans une thèse récente sur le sujet, il ressort que les généralistes ne connaîtraient pas suffisamment le niveau de preuve des médicaments utilisés en phytothérapie. Ils ne souhaiteraient faire usage de la phytothérapie qu'avec des prescriptions encadrées et sécurisées, la sécurité de la prescription étant l'une de leurs principales préoccupations sur le sujet.

- **Quelles recommandations pratiques leur donneriez-vous pour faciliter leurs prescriptions ? Relances possibles :**
 - *Pour l'inclure plus facilement dans leur pharmacopée ?*
 - *Quels produits/formes galéniques leur recommanderiez-vous ? ne recommanderiez-vous pas ?*
 - *Pour faire accepter au patient le coût du traitement/l'absence de remboursement ?*
 - *Pour vaincre la crainte d'acceptation du traitement par le patient ?*
- **Quelles mises en garde feriez-vous concernant leurs prescriptions ?**
Relances possibles :
 - *Pour limiter les interactions avec d'autres médicaments ?*
 - *Pour ne pas être toxique ?*
 - *Prescription chez les enfants et les femmes enceintes/allaitantes ?*

- **Devant la forte disponibilité de plantes médicinales sous forme de « compléments alimentaires », quels commentaires/informations donneriez-vous aux médecins généralistes à propos de ces « compléments alimentaires » ? Relances possibles :**
 - Faut-il les considérer comme des médicaments ?
 - Peut-on les « prescrire » ou les conseiller sans danger ?

- **Que leur conseillerez-vous pour qu'ils puissent baser leurs prescriptions sur des thérapeutiques éprouvées comme ils le souhaitent ? Relances possibles :**
 - Sources d'informations fiables/valides sur l'état des recherches ?
 - Comment pourraient-ils s'assurer de la cohérence de leur prescription ? De l'efficacité/validité d'utilisation/ niveau de preuve ?
 - Formations à réaliser ?

En fin d'entretien

- **Avez-vous des remarques/des commentaires/des suggestions sur les sujets que nous avons abordés, ou d'autres thèmes non évoqués ?**

Grille d'entretien synthétique

THÈME	QUESTION
Raison de formation	<i>Quelle est la raison majeure pour laquelle vous avez choisi de vous former à la phytothérapie ?</i>
Définition/Perception	<i>Quelle distinction conceptuelle faites-vous entre la phytothérapie et la médecine « conventionnelle » ? Comment situez-vous la phytothérapie par rapport à la médecine conventionnelle, c'est-à-dire l'une par rapport à l'autre ?</i>
Motivations professionnelles & personnelles	<i>Quelle place/position donnez-vous à la phytothérapie dans les soins primaires ? Qu'est-ce qui vous motive à prescrire un phyto-médicament plutôt qu'un médicament de synthèse, dans une situation clinique donnée ? Que vous apporte la prescription de la phytothérapie dans votre pratique professionnelle ? Que vous apporte la prescription de la phytothérapie sur le plan personnel ?</i>
Rapport à l'efficacité / toxicité	<i>Quelle efficacité attribuez-vous à la phytothérapie, aux plantes médicinales ? Quelle toxicité attribuez-vous à la phytothérapie, aux plantes médicinales ?</i>
En tenir compte dans la pratique	<i>Quels conseils donneriez-vous aux médecins généralistes non formés à la phytothérapie, pour qu'ils sachent tenir compte de la phytothérapie dans leur pratique ?</i>
Convaincre de son utilisation	<i>Quels arguments/conseils donneriez-vous aux médecins généralistes non formés en phytothérapie, pour les inciter à l'intégrer dans leur pratique, en soins primaires ?</i>
Aider à la prescription	<i>Quelles recommandations pratiques leur donneriez-vous pour faciliter leurs prescriptions ? Quelles mises en garde feriez-vous concernant leurs prescriptions ? Devant la forte disponibilité de plantes médicinales sous forme de « compléments alimentaires », quels commentaires/informations donneriez-vous aux médecins généralistes à propos de ces compléments « compléments alimentaires » ? Que leur conseillerez-vous pour qu'ils puissent baser leurs prescriptions sur des thérapeutiques éprouvées comme ils le souhaitent ?</i>

Annexe II Tableau des caractéristiques des médecins participants

N° d'entretien	Durée de l'entretien (h:mm)	Lieu d'exercice	N° de dep.	Région	Statut de la commune	Sexe	Âge (a)	Durée d'exercice (a)	Durée d'installation (a)	Convention.	Nombre de formations en phyto.	D.U. phyto.	Durée de pratique de la phyto. (a)	Délai entre début d'exercice et pratique de la phyto. (a)	Durée depuis la première formation en phyto. (a)	Autres formations ou exercices particuliers
1	1h45	A	21	27	Rural	F	40	9	7	Secteur 1	2	Non	15	0	15	Oui
2	0h45	B	74	84	Urbain	H	39	11	4	Secteur 3	2	Oui	4	7	4	Oui
3	1h45	C	38	84	Urbain	F	60	36	28	Secteur 3	2	Oui	6	30	6	Non
4	1h00	D	69	84	Urbain	H	37	9	7	Secteur 1	2	Oui	7	2	9	Oui
5	1h15	E	21	27	Urbain	H	55	26	22	Secteur 1	1	Oui	9	17	9	Oui
6	0h45	F	42	84	Urbain	F	29	2	0	Secteur 1	1	Oui	2	0	2	Non
7	0h45	G	21	27	Urbain	F	55	32	4	Secteur 1	1	Oui	4	28	4	Non
8	1h00	H	25	27	Urbain	H	37	6	2	Secteur 1	1	Oui	2	4	2	Oui
9	0h30	H	25	27	Urbain	F	62	37	16	Secteur 1	1	Oui	18	19	18	Oui
10	0h45	H	25	27	Urbain	F	53	18	3	Secteur 1	1	Oui	16	2	16	Oui
MOYENNE	1h01						46,7	18,6	9,3				8,3	10,9	8,5	

* dep. = département / a = années / Convention. = Conventionnement / Phyto. = Phytothérapie

Annexe III Principaux statuts applicables aux plantes et produits à base de plantes

Les principaux statuts applicables aux plantes et produits à base de plantes

Statut	Catégories de produits	Tutelles nationales	Surveillance	Cadre/Particularités
Médicaments	Plantes médicinales de la pharmacopée	Ministère santé / ANSM (ANSES pour médicaments vétérinaires)	Pharmacovigilance ANSM	Monopole officinal Dérogation pour 148 plantes (décret 2008-841)
	Préparation officinale ou magistrale			Monopole officinal Bonnes pratiques de préparation, formulaires et monographies (ex : mélanges pour tisanes)
	Médicament et médicament traditionnel à base de plantes			Monopole officinal Autorisation de mise sur le marché (AMM) par EMA (agence européenne du médicament) ou ANSM
Denrées alimentaires	Complément alimentaire	DGCCRF	Nutrivigilance DGCCRF/ANSES	Déclaration préalable (télé-portail DGCCRF) Plantes autorisées : liste de 541 plantes (arrêté 2014) + reconnaissances mutuelles entre Etats Possibilité d'allégations de santé, encadrées par règlement (CE) 1924/2006
	Plantes en vrac seules ou en mélanges	DGCCRF		Plantes autorisées : liste de 148 plantes hors monopole pharmaceutique (décret 2008-841)
Produits cosmétiques	Huiles essentielles, produits complexes à base d'huiles essentielles	Ministère santé / ANSM	Cosmétovigilance ANSM	Enregistrement européen
Dispositifs médicaux		Ministère santé / ANSM	Matéiovigilance ANSM	Depuis 2017 nouvelle procédure d'enregistrement au niveau européen
Autres	Arômes alimentaires (dont huiles essentielles)	DGCCRF / ANSES		
	Parfums d'ambiance (dont huiles essentielles)			Réglementation REACH : pictogrammes de sécurité obligatoires

Tableau : Les principaux statuts applicables aux plantes et produits à base de plantes.

Source : Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur le développement de l'herboristerie et des plantes médicinales, des filières et métiers d'avenir. (14)

TABLE DES MATIÈRES DÉTAILLÉE

TABLE DES MATIÈRES - SOMMAIRE	16
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES & ACRONYMES	17
INTRODUCTION.....	18
CHAPITRE 1 CONTEXTE DE L'ÉTUDE	18
CHAPITRE 2 DEFINITIONS	24
CHAPITRE 3 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	28
1. OBJECTIF PRINCIPAL	28
2. OBJECTIF SECONDAIRE	28
MÉTHODES	29
CHAPITRE 1 TYPE D'ÉTUDE & POPULATION ETUDIÉE	29
1. TYPE D'ÉTUDE.....	29
2. POPULATION DE L'ÉTUDE	29
2.1. Critères d'inclusion	29
2.2. Critères de non-inclusion	30
2.3. Recrutement & échantillon	30
CHAPITRE 2 METHODOLOGIE	32
1. GRILLE D'ENTRETIEN & QUESTIONNAIRE	32
1.1. Conception de la grille d'entretien	32
1.2. Questionnaire	32
2. REALISATION DES ENTRETIENS	33
2.1. Lieux & conditions d'entretien	33
2.2. Investigateur	33
2.3. Nombre d'entretiens	33
3. RECUEIL & EXPLOITATION DES DONNÉES	33
3.1. Recueil des données	33
3.2. Transcription.....	33
3.3. Méthode d'analyse	34
RÉSULTATS.....	35
CHAPITRE 1 POPULATION & ENTRETIENS	35
1. ÉCHANTILLON	35
2. ENTRETIENS.....	35
3. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS.....	36
CHAPITRE 2 ANALYSE DES ENTRETIENS	37
1. REPRESENTATIONS & MOTIVATIONS GÉNÉRALES À LA FORMATION EN PHYTOTHERAPIE	37
1.1. Perception de la médecine conventionnelle	37
1.1.1 Enseignement.....	37
1.1.2 Approche clinique	38
1.1.2.1 Organicité & symptomatologie.....	38
1.1.2.2 Étiologie	38
1.1.2.3 Nosographie.....	39
1.1.3 Thérapeutiques médicamenteuses.....	39
1.1.3.1 Absence de solution thérapeutique	39
1.1.3.2 Inadaptation thérapeutique	40
1.1.3.3 Iatrogénie & antibiorésistance	41
1.1.4 Relation médecin-patient	42

1.1.5 Dogme scientifique	43
1.2. Motivations à la formation en phytothérapie	44
1.2.1 Motivations professionnelles	44
1.2.1.1 Recherche de solutions thérapeutiques	44
1.2.1.2 Recherche d'alternatives thérapeutiques	45
1.2.1.3 Recherche d'une meilleure balance bénéfice-risque	45
1.2.1.4 Recherche d'une indépendance pharmaceutique	45
1.2.2 Motivations personnelles	46
1.2.2.1 Curiosité intellectuelle	46
1.2.2.2 Mode de vie & écologie	46
1.2.2.3 Tradition & héritage	46
1.2.2.4 Condition personnelle	47
1.3. Représentations de la phytothérapie	47
1.3.1 Des médicaments particuliers	48
1.3.1.1 Composition	48
1.3.1.2 Pharmacologie	48
1.3.2 Une approche médicale particulière	50
1.3.2.1 Approche clinique centrée sur le patient	51
1.3.2.1.1. Approche holistique	51
1.3.2.1.2. Écoute du patient	51
1.3.2.1.3. Implication du patient	52
1.3.2.1.4. Individualisation du traitement	52
1.3.2.2 Démarche diagnostique	52
1.3.2.2.1. Terrain & étiologie	52
1.3.2.2.2. Physiologie	53
1.3.2.3 Démarche thérapeutique	53
1.3.2.3.1. Traitement étiologique	54
1.3.2.3.2. Traitement préventif	54
1.3.2.3.3. Traitement symptomatique	55
1.3.2.3.4. Accompagnement & soins de supports	55
1.3.2.3.5. Prise en charge psycho-émotionnelle	56
1.4. Relations entre phytothérapie, médecine conventionnelle & médecine générale	56
1.4.1 Rapports avec la médecine conventionnelle	56
1.4.1.1 Complémentarité, synergie ou égalité	56
1.4.1.2 Coopération & correspondance	58
1.4.2 Positionnement dans les soins	58
1.4.3 Intégration en médecine générale	59
1.4.3.1 Un outil thérapeutique comme un autre	59
1.4.3.2 La phytothérapie comme partie de la médecine générale	60
2. DETERMINANTS DE LA PRESCRIPTION	61
2.1. Situation clinique	61
2.1.1 Résultat de consultation & position diagnostique	61
2.1.1.1 Incertitude diagnostique	61
2.1.1.2 Syndromes ou situations poly-symptomatiques	62
2.1.2 Criticité	62
2.1.2.1 Pathologie	62
2.1.2.1.1. Stade	62
2.1.2.1.2. Gravité ou sévérité	63
2.1.2.1.3. Pronostic & complications potentielles	64
2.1.2.1.4. Durée & temporalité	65
2.1.2.2 Terrain	66
2.2. Contexte thérapeutique	67
2.2.1 Situation thérapeutique	67
2.2.1.1 Absence de solution thérapeutique conventionnelle	67
2.2.1.2 Échec de solutions thérapeutiques conventionnelles	68
2.2.1.3 Survenue d'effets secondaires ou indésirables	68

2.2.1.4	Balance bénéfico-risque moins favorable	68
2.2.1.5	Polymédication	69
2.2.2	Coût & remboursement	69
2.2.3	Délai de préparation	70
2.3	Préférences du patient	70
2.3.1	Demande & choix du patient	71
2.3.2	Acceptation par le patient.....	72
2.3.2.1	Adhésion thérapeutique.....	72
2.3.2.2	Acceptation du coût ou capacités financières.....	72
3	APPORTS DE LA PHYTOTHERAPIE & RECOMMANDATIONS AUX PRATICIENS	74
3.1	Apports de la phytothérapie & arguments en faveur de son utilisation.....	74
3.1.1	Apports dans la pratique professionnelle	74
3.1.1.1	Connaissances, approches & solutions nouvelles	74
3.1.1.1.1	Connaissances médicales & compétences diagnostiques	74
3.1.1.1.2	Nouvelle approche & changement de paradigme	75
3.1.1.1.3	Outils thérapeutiques supplémentaires.....	75
3.1.1.2	Amélioration de la balance bénéfico-risque.....	76
3.1.1.3	Amélioration de la relation médecin-patient	77
3.1.1.3.1	Réponse thérapeutique au patient	78
3.1.1.3.2	Réponse à une demande spécifique	78
3.1.1.3.3	Temps de consultation & écoute du patient.....	78
3.1.1.4	Implication du patient	79
3.1.1.5	Épanouissement professionnel	79
3.1.1.5.1	Satisfaction	79
3.1.1.5.2	Sentiment d'innocuité.....	80
3.1.2	Apports dans la vie personnelle.....	80
3.1.2.1	Accord avec des convictions ou croyances personnelles	80
3.1.2.2	Entretien d'un centre d'intérêt ou d'une curiosité intellectuelle	81
3.1.2.3	Inscription dans un mode de vie.....	81
3.1.2.4	Perpétuation d'une tradition	81
3.1.2.5	Réalisation de fantasmes ou de projections mystiques	82
3.1.3	Intérêts sociétaux.....	82
3.1.3.1	Réduction du coût des soins	82
3.1.3.2	Préservation de l'environnement.....	83
3.1.3.3	Lutte contre l'antibiorésistance.....	84
3.2	Conseils & recommandations aux praticiens	84
3.2.1	Intégration en médecine générale.....	84
3.2.1.1	Nécessité de l'appropriation médicale	85
3.2.1.2	Communication avec le patient.....	86
3.2.1.3	Formation	87
3.2.1.3.1	Nécessité de formation	87
3.2.1.3.2	Formations recommandées	89
3.2.2	Recommandations pratiques & aide à la prescription	90
3.2.2.1	Pratique débutante & limitations	91
3.2.2.2	Indications.....	92
3.2.2.3	Précautions d'emploi	93
3.2.2.4	Caractéristiques pharmaceutiques.....	95
3.2.2.4.1	Formes pharmaceutiques.....	95
3.2.2.4.2	Origine géographique.....	97
3.2.2.4.3	Lieux de vente	97
3.2.2.4.4	Laboratoires.....	98
3.2.2.4.5	Cas particulier des compléments alimentaires	100
3.2.2.5	Adhésion thérapeutique	101
3.2.2.6	Littérature recommandée	103
3.2.2.6.1	Littérature scientifique	103
3.2.2.6.2	Outils d'aide à la pratique	105
3.2.2.6.3	Littérature « grand public ».....	106

DISCUSSION	108
CHAPITRE 1 VALIDITE DE L'ETUDE	108
1. POINTS FORTS DE L'ETUDE.....	108
2. LIMITES DE L'ETUDE	109
2.1. Biais liés à l'investigateur, biais d'interprétation & d'analyse.....	109
2.2. Biais de recrutement : biais de sélection & d'autosélection	110
2.3. Biais déclaratif.....	114
CHAPITRE 2 SYNTHESE & COMPARAISON DES DONNEES AVEC LA LITTERATURE	116
1. REPRESENTATIONS & MOTIVATIONS GENERALES A LA FORMATION EN PHYTOTHERAPIE	118
1.1. Perception de la médecine conventionnelle	118
1.2. Motivations à la formation	120
1.3. Représentations de la phytothérapie	121
1.4. Relations entre phytothérapie, médecine conventionnelle & médecine générale	124
2. DETERMINANTS DE LA PRESCRIPTION DE PHYTOTHERAPIE	126
2.1. Situation clinique	126
2.2. Contexte thérapeutique	127
2.3. Préférences du patient	127
3. APPORTS DE LA PHYTOTHERAPIE & RECOMMANDATIONS AUX PRATICIENS	129
3.1. Apports de la phytothérapie & arguments en faveur de son utilisation.....	129
3.1.1 Apports dans la pratique professionnelle	129
3.1.2 Apports dans la vie personnelle.....	130
3.1.3 Intérêts sociétaux.....	130
3.2. Conseils & recommandations aux praticiens	131
3.2.1 Intégration en médecine générale.....	131
3.2.2 Recommandations pratiques & aide à la prescription	134
CHAPITRE 3 PERSPECTIVES & PISTES DE RECHERCHE	141
CONCLUSION	143
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	145
ANNEXES	153
ANNEXE I GRILLE D'ENTRETIEN	153
ANNEXE II TABLEAU DES CARACTERISTIQUES DES MEDECINS PARTICIPANTS	160
ANNEXE III PRINCIPAUX STATUTS APPLICABLES AUX PLANTES ET PRODUITS A BASE DE PLANTES	161
TABLE DES MATIÈRES DÉTAILLÉE	162

VU

NANCY, le **19 septembre 2020**
Le Président de Thèse

NANCY, le **21 septembre 2020**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **11397C**

NANCY, le **24 septembre 2020**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : La phytothérapie connaît un regain d'intérêt depuis une cinquantaine d'années. Certains omnipraticiens ont fait le choix de se former à cette discipline et l'utilisent régulièrement dans leur pratique. Cette étude avait pour objectif principal d'étudier leurs motivations à la formation et à la prescription de la phytothérapie. Son objectif secondaire était de recueillir les recommandations de ces médecins pour leurs confrères non formés.

Méthodes : Étude qualitative réalisée par entretiens semi-dirigés individuels auprès de médecins généralistes se déclarant phytothérapeutes et prescrivant régulièrement de la phytothérapie. Analyse des verbatim par codage ouvert, axial puis sélectif à l'aide du logiciel NVIVO 12.

Résultats : 10 praticiens issus de 2 régions différentes ont été inclus. Leurs motivations à se former s'inscrivaient dans un cadre de vie personnel alliant écologie et tradition, ainsi que dans une démarche professionnelle visant la recherche d'outils thérapeutiques plus adaptés à leur pratique, en contraste avec la médecine conventionnelle dont ils témoignaient une certaine insatisfaction. Leur définition de la phytothérapie ne s'arrêtait pas à la simple utilisation thérapeutique de plantes médicinales : celle-ci venait appuyer une démarche diagnostique et thérapeutique propre, s'inscrivant dans une pratique intégrative de la médecine générale et particulièrement axée sur une approche clinique dite holistique. Sa prescription était fréquemment motivée par des situations d'incertitude diagnostique, des pathologies chroniques ou non graves, ou dans lesquelles les thérapeutiques conventionnelles n'apporteraient pas de réponse adaptée. Elle faisait souvent suite à une demande motivée du patient. Ces médecins recommandaient à leurs confrères d'intégrer la phytothérapie à leur pratique pour les mêmes raisons qu'eux, mais aussi en raison des risques inhérents au recours croissant aux médecines naturelles et à l'automédication des patients. À cette fin, ils considéraient leur formation comme indispensable. Les phytothérapeutes préconisaient d'y recourir progressivement dans des situations cliniques simples, n'ayant pas de réponse thérapeutique adaptée en médecine conventionnelle, en s'appuyant sur leurs conseils, précautions d'emploi et références.

Discussion : Les résultats rejoignaient ceux de la littérature existante sur le sujet des médecines alternatives et complémentaires. Il serait utile de compléter l'étude de cette pratique par d'autres études quantitatives, et de s'intéresser à la perception des praticiens n'y ayant pas recours. Cette étude soulève une fois de plus la question de la nécessité de l'enseignement de la phytothérapie dans les études médicales.

TITRE EN ANGLAIS :

General practitioners' motivations for training and prescription of phytotherapy

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2020

MOTS CLEFS :

Phytothérapie, Plantes Médicinales, Compléments Alimentaires, Médecine Générale, Thérapies Complémentaires, Médecine Intégrative

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9 avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDŒUVRE LES NANCY CEDEX
