

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2014

Thèse N° 134/14

UTILISATION DE LA MEDECINE ALTERNATIVE AU COURS DE LA SPONDYLARTHRITE

(A propos de 110 cas)

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 18/12/ 2014

PAR

Mr. NAOUFAL LACHKHAM

Né le 11/12/1988 à TIFLET

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Médecine alternative – médecine complémentaire – spondylarthrite

JURY

M. HARZY TAOUFIQ..... PRESIDENT & RAPPORTEUR
Professeur de Rhumatologie

M. ELIBRAHIMI ABDELHALIM..... } JUGES
Professeur de Traumatologie-orthopédie

Mme. RABHI SAMIRA }
Professeur de Médecine interne

Mme. ABOURAZZAK FATMA EZZAHRA MEMBRE ASSOCIE
Professeur de Rhumatologie

PLAN

INTRODUCTION	1
PARTIE I : REVUE DE LITTÉRATURE	3
I. DEFINITION DE LA CAM.....	4
II. CLASSIFICATION DE LA CAM.....	6
1- Classification des CAM selon l'âge d'apparition.....	6
a. Préhistoire et antiquité.....	6
b. Moyen âge et temps moderne.....	6
c. XIX siècle.....	6
d. Fin XIX siècle - début XX siècle.....	6
e. L'entre-guerres.....	7
f. L'après-guerres et la période contemporaine.....	7
2- Classification des CAM selon la spécificité médicale.....	7
3- Classification des CAM selon le NCCAM.....	8
a. Produits naturels.....	8
b. Médecine du corps et de l'esprit.....	8
c. Pratiques de manipulation.....	8
d. Autres types de CAM.....	9
4- Classification des CAM selon OMS.....	9
III. LA CAM DANS LE MONDE.....	10
1- La MT/MC à travers le monde.....	10
a. Les Etats-Unis, l'Inde et la Russie.....	12
b. L'Europe.....	13
2- Prévalence de l'utilisation de la CAM dans le monde.....	14
IV. CAM AU MAROC.....	15
1- Phytothérapie.....	17
a. La nigelle.....	18
b. Le fenugrec.....	19
c. Le gingembre.....	20
d. Le millet noir.....	21

e. Le câpre.....	21
f. Le curcum.....	22
2- Les cures thermales.....	23
a. La station thermique de Moulay Yakoub.....	24
b. La source minérale de Sidi Harazem.....	24
c. La source de Ain ALLAH.....	25
d. Hammat Moulay Ali Chérif.....	25
e. Hammat Moulay Hachem.....	25
f. Abaynou.....	25
g. Fezouane.....	25
3- Ostéopathie-manipulation vertébrales.....	27
a. Définitions.....	27
b. Mécanisme d'action.....	27
c. Indications.....	28
4- Homéopathie.....	28
5- La Saignée.....	29
6- L'acupuncture.....	30
7- Bains de sables.....	31
8- Apithérapie.....	32
9- Points de feu.....	32
PARTIE II : NOTRE ETUDE.....	33
OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	34
MATERIELS ET METHODES.....	36
I. PATIENTS.....	37
II. METHODES.....	37
III. ANALYSE STATISTIQUE.....	38
RESULTATS.....	39
A. ETUDE DESCRIPTIVE	40
I. CARACTERISTIQUES GENERALES DES PATIENTS.....	40

II.	CARACTERISTIQUES DES PATIENTS UTILISANT LA CAM.....	41
1-	Caractéristiques générales.....	41
2-	Caractéristiques de la SA chez les utilisateurs de la CAM.....	41
3-	Caractéristiques de la CAM	41
a-	Moment d'utilisation	41
b-	Causes d'utilisation	42
c-	Sources d'information	43
d-	Types	43
e-	Coût mensuel	45
III.	RELATION MEDECIN-MALADE.....	46
IV.	LES RAISONS DE LA NON-UTILISATION DE LA CAM.....	46
V.	EVALUATION DE L'EFFICACITE DE LA CAM ET DE LA MEDECINE CONVENTIONNELLE.....	47
VI.	CONNAISSANCE DES EFFETS SECONDAIRES ET DES INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES.....	49
B.	ETUDE ANALYTIQUE : COMPARAISON ENTRE UTILISATEURS/NON UTILISATEURS DE LA CAM.....	50
DISCUSSION		52
I.	PREVALENCE DE L'UTILISATION DE LA CAM.....	53
II.	CARACTERISTIQUES DES UTILISATEURS DE LA CAM.....	53
1-	Age et sexe.....	53
2-	Niveau d'instruction et profession.....	54
3-	Caractéristiques de la SA.....	54
4-	Raisons d'utilisation de la CAM.....	54
5-	Sources d'information.....	55
III.	CARACTERISTIQUES DES CAM UTILISEES.....	56
IV.	PERCEPTION DE L'EFFICACITE DES DIFFERENTES MEDECINES.....	57
V.	RELATION MEDECIN-MALADE.....	58

LES LIMITES DE L'ETUDE.....	59
CONSTATS ET PROPOSITIONS.....	61
CONCLUSION.....	63
RESUME.....	64
ANNEXES.....	68
BIBLIOGRAPHIE.....	76

ABREVIATIONS

CAM: Complementary and Alternative Medicine

MC: Médecine conventionnelle

SPA: Spondyloarthrite Ankylosante

NCCAM: National Center for Complementary and Alternative Medicine

MTR: Médecine Traditionnelle

MNC: Médecine Non Conventionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAM : Plantes Aromatiques et Médicales

HCEFLD : Haut Commissariat aux Eaux et Forêts et à la Lutte contre la Désertification

UE : Union Européen

SAMAPAM : Société Marocaine des Plantes Aromatiques et Médicales

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

FABQ: Fear Avoidance Beliefs Questionnaire

NIH: National Institutes of Health

BASRI: Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index

ASDAS: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score

BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index

BAS-G: Bath Ankylosing Spondylitis Global Score

ASQoL: Ankylosing Spondylitis Quality of Life

INTRODUCTION

La médecine alternative et complémentaire (CAM) regroupe l'ensemble des systèmes de soins, de pratiques et de produits, ne faisant pas partie de la médecine conventionnelle (MC) ou allopathique.

Ces dernières années, le recours à la CAM s'est répandu partout dans le monde et a gagné en popularité, non seulement dans les pays en développement, mais aussi dans les pays où la médecine conventionnelle ou biomédecine occupe une place prépondérante dans leur système de soins de santé national. Au Maroc, la médecine traditionnelle occupe une place importante parmi les médecines alternatives. Cette utilisation peut être liée en grande partie à des facteurs socioculturels, économiques, religieux et à la facilité d'acquisition.

En réaction à ce phénomène, le nombre d'études et de publications médicales traitant ce sujet a augmenté, tentant de dresser un profil type du patient utilisateur de la médecine non conventionnelle et omettant, pour la plus part, d'étudier les raisons du recours à ces thérapies, la relation médecin-malade, ainsi que les bénéfices et les dangers que peuvent présenter ces disciplines. Au Maroc, de rares études s'y sont intéressées.

La nature chronique de la spondyloarthrite (SA), son caractère douloureux, son retentissement sur la fonction et la qualité de vie et l'absence jusqu'à ce jour de traitement curable expliquent le recours à l'utilisation de la CAM.

Dans notre travail, nous avons étudié l'utilisation de la CAM par une population de patients atteints de spondyloarthrite, suivis en hospitalier ou en consultation. Nous nous sommes intéressés d'abord à la prévalence d'utilisation, aux types de thérapies utilisées, ainsi qu'aux raisons du recours à ces médecines, et en dernier lieu, à la relation médecin-patient en analysant l'existence et la qualité du dialogue concernant la CAM.

PARTIE I

REVUE DE LA **LITTERATURE**

I. DEFINITION DE LA CAM

La grande diversité de la CAM, son évolution constante et sa relation ambiguë et différente d'un pays à l'autre avec la médecine conventionnelle la rendent difficile à définir.

Plusieurs auteurs et institutions ont apporté leurs définitions à ces médecines. Dans la littérature anglo-saxonne, les médecines complémentaires (MC) sont souvent associées aux médecines alternatives et sont désignées sous le terme de « complementary and alternative medicine (CAM) ». Elles sont définies par le National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) comme « un groupe de systèmes médicaux et de santé, de pratiques et de produits divers qui ne sont actuellement pas considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle » [1]. L'écueil principal de cette définition, outre son imprécision, est l'absence de distinction entre la médecine complémentaire, utilisée en complément de la médecine conventionnelle, et la médecine alternative, utilisée à la place de la médecine conventionnelle. Il s'agit là de deux approches très différentes, dont les conséquences thérapeutiques peuvent être totalement opposées.

Chochrane collaboration (organisation internationale examinant les études dans le domaine de santé) considère la CAM comme « l'ensemble des systèmes, moyens et pratiques curatifs autres que ceux qui sont dominant dans une culture ou une société. Cet ensemble inclut toutes les idées et pratiques permettant de prévenir, de traiter les maladies ou d'améliorer la santé et le bien être. Les frontières entre le domaine des médecines alternatives et complémentaires et le système dominant ne sont pas toujours nettes et arrêtées ». [2]

Le terme de « médecine non conventionnelle » est le terme retenu par la commission Européenne pour qualifier de type de médecines, qui font l'objet d'une reconnaissance progressive en Europe depuis les années 1990. [3]

L'organisation mondiale de la santé (OMS) différencie entre deux grandes entités [4] :

- **Médecine traditionnelle (MTR)** : la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à chaque culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales.
- **Médecine alternative, parallèle ou douce** : elles se rapportent alors à un vaste ensemble de pratiques, de soins de santé qui n'appartiennent pas à la tradition du pays et ne sont pas intégrées dans le système de santé dominant.

On utilise aussi les termes de: médecine parallèle, douce, holistique, empirique, traditionnelle ou non traditionnelle :

- L'appellation « **médecine parallèle** » semble signifier qu'il y aurait deux conceptions de la médecine impliquant deux systèmes de soins fonctionnant indépendamment l'un de l'autre, avec le même degré d'efficacité et de scientificité : les patients auraient donc le choix entre deux thérapies qu'ils peuvent envisager comme concurrentes.
- Le terme « **médecine douce** » semble dénoncer les pratiques thérapeutiques considérées comme agressives et invasives de la médecine conventionnelle par opposition à celles que proposent et développent ces autres médecines.
- L'appellation « **médecine holistique** » constitue un reproche fait à la médecine conventionnelle de s'attacher à traiter un organe, un symptôme ou une fonction précise et non le patient dans sa globalité, ce qui s'applique aux spécialités médicales mais pas systématiquement à la médecine en général.

II. CLASSIFICATION DE LA CAM :

Les CAM constituent un groupe très hétérogène de pratiques, de philosophies et de produits, variables d'un pays à l'autre, et en constante évolution : évolution marquée par la constante disparition de certaines pratiques et l'apparition de nouvelles. Quand on recense les approches complémentaires et parallèles, on constate qu'il existe une grande variété. En effet, plus de 4000 pratiques ou disciplines ont été répertoriées.

Il existe une multitude de critères possibles pour classer ces médecines et nous allons en citer quelques uns qui illustreront la difficulté à trouver celui qui sera le plus judicieux.

1- Classification des CAM selon l'âge d'apparition : [5]

Une classification selon l'âge d'apparition de la CAM a été établie par Y.Barel et M.Butel dans leur ouvrage « les médecines parallèles : quelques lignes de force ». Sur les 150 thérapies que les auteurs ont réunies, un âge d'apparition a pu être attribué pour 94 d'entre elles, classé en six grandes catégories ou époques :

a- Préhistoire et antiquité :

Ces périodes ont connu l'apparition de la médecine des plantes, l'acupuncture et l'Ayurveda (médecine traditionnelle indienne). Ces trois médecines sont à la fois, les plus anciennes et les plus utilisées de nos jours.

b- Moyen âge et temps modernes :

Ils ont vu l'apparition de la médecine alchimique et de la médecine populaire soit sous sa forme secondaire au christianisme médical (exorcisme et saints guérisseurs), ou sous une forme bien plus importante, avec les rebouteurs, magnétiseurs et autres panseurs de secrets. Le XVIII^e siècle verra aussi le développement du magnétisme avec les banquets de Messmer.

c- XIX siècle :

Ce siècle a vu la naissance de l'adventisme, le début de la naturothérapie, l'usage thérapeutique des métaux, et surtout l'homéopathie.

d- Fin XIX siècle – début XX siècle :

Cette période constitue selon les auteurs une charnière pour les CAM correspondant à un élargissement de leurs champs d'intervention : développement de la naturopathie avec le thermalisme et de la thalassothérapie, l'apparition de l'iridologie et surtout des médecines manuelles avec l'ostéopathie et la chiropractie.

e- **L'entre – guerres :**

Une période marquée par le retour des « sciences spirituelles » avec l'anthroposophie de Steiner et l'apparition de la psychanalyse jungienne et du drainage lymphatique.

f- **L'après – guerres et la période contemporaine :**

Cette dernière a connu l'apparition de plus de la moitié des médecines des échantillons des auteurs, et a été surtout marquée par l'intensification de la recherche sur les médecines parallèles et cancers, le début d'intérêt pour l'électromagnétisme, l'apparition de l'auriculo-médecine, de la mésothérapie et de l'oligothérapie, ainsi que la recrudescence des sectes médicales et l'explosion des nouvelles psychothérapies.

Ce classement selon l'âge d'apparition et certes intéressant pour situer ces médecines dans l'histoire, mais il aide difficilement à se forger une opinion sur leur validité ou leurs apports possibles. Cependant il paraît logique de penser que l'ancienneté d'une médecine, associée à une pratique toujours actuelle et parfois très répandue, argumente sa validité et donc sa reconnaissance.

2- Classification des CAM selon la spécificité médicale : [5]

Les auteurs considèrent comme médecines spécifiques celles dont l'unique finalité est la thérapie, comme par exemple l'apithérapie, appartenant aux médecines « immémoriales » et la chiropractie, d'apparition plus récente.

L'acupuncture, la médecine ayurvédique et l'anthroposophie s'inscrivent quant à elles dans les philosophies plus larges qui englobent tous les domaines de la vie courante ; il s'agit donc de médecines non spécifiques. Sur les 150 médecines référencées, un bon tiers n'est pas considéré comme spécifique.

On pourrait ainsi distinguer les médecines totales des médecines spécialisées, avec notamment celles qui se veulent uniquement diagnostiques, thérapeutiques, ou bien riches des deux propriétés ; ainsi l'iridologie est uniquement diagnostique, l'aromathérapie uniquement thérapeutique. Les médecines non spécifiques, avec une philosophie globale de la vie, sont en général à la fois à visée diagnostique et thérapeutique.

Les différents paradigmes qui déterminent les médecines sont également un autre moyen de différenciation. Nous pouvons ainsi citer le paradigme globaliste ou holistique, le paradigme de l'équilibre, le paradigme « symptomal », celui de l'auto guérison, de correspondance, ou encore le paradigme énergétique.

3- Classification des CAM selon le NCCAM :

La classification du NCCAM n'est pas vraiment précise, mais peut s'avérer très pratique : elle regroupe les CAM dans des grandes catégories telles que : produits naturels, médecines du corps et de l'esprit... Certaines pratiques pouvant s'inscrire dans plusieurs catégories. Ces catégories sont les suivantes :

a- Produits naturels :

Cette catégorie des CAM regroupe toutes les pratiques utilisant des produits naturels tel que : les plantes médicinales, vitamines, minéraux, ainsi que les probiotiques et microorganismes...

b- Médecines du corps et de l'esprit « mind-body medicine » :

Cette catégorie regroupe les pratiques qui s'intéressent à l'interaction corps-esprit, avec l'intention d'utiliser la force de l'esprit pour agir sur le corps physique. Beaucoup de types de CAM incarnent ce concept de différentes manières. Parmi ces pratiques on retrouve : les techniques de méditation et de relaxation, le yoga, l'acupuncture, les exercices de respiration profonde, l'imagerie guidée, l'hypnothérapie, la relaxation progressive, le qi gong et tai chi. Le principe de l'esprit est important dans le traitement de la maladie. Il fait partie intégrante de la médecine chinoise et ayurvédique. Hippocrate a également noté les aspects moraux et spirituels de la guérison.

c- Pratiques de manipulation et « Body-Based Practice » :

Ces pratiques, comme l'indique leur nom, se concentrent principalement sur les systèmes et structures de l'organisme, y compris les os et les articulations, les tissus mous et les systèmes circulatoire et lymphatique. Deux thérapies couramment utilisées entrent dans cette catégorie :

- La manipulation vertébrale : est effectuée par des chiropracticiens et autres professionnels de soins de santé comme les physiothérapeutes, ostéopathes et certains médecins de la médecine conventionnelle. Les praticiens utilisent leurs mains ou un dispositif pour appliquer une force contrôlée à une articulation de la colonne vertébrale.

- La massothérapie : englobe de nombreuses et différentes techniques. Les gens utilisent les massages pour une variété de fins liées à la santé, y compris pour soulager la douleur, de réhabiliter les blessures sportives, réduire le stress, l'anxiété et la dépression et l'aide au bien-être général.

d- **Autres types de CAM :**

- Les thérapies de mouvement : englobent un large éventail de mouvements orientaux et occidentaux basés sur des approches utilisées pour promouvoir l'activité physique, mentale, émotionnelle et le bien-être spirituel (ex : méthode Feldenkrais, technique Alexander, Pilates, intégration structurelle de Rolfing et intégration psychophysique de Trager).
- Les pratiques de guérisseurs traditionnels : peuvent également être considérées comme une forme de CAM. Les guérisseurs traditionnels utilisent des méthodes basées sur des théories indigènes, des croyances et des expériences transmises de génération en génération.
- Certaines pratiques impliquent la manipulation de différents champs énergétiques pour affecter la santé. Ces champs peuvent être mesurables ou putatifs : ainsi les pratiques fondées sur de véritables formes d'énergie comprennent celles des champs électromagnétiques (par exemple, la thérapie magnétique et la thérapie par la lumière), et d'autres fondées sur des champs d'énergie supposés (aussi appelés champs biologiques) reflètent généralement le concept selon lequel les êtres humains sont infusés de formes subtiles d'énergie : le qi gong, reiki et toucher guérison sont des exemples de telles pratiques.

4- Classification des CAM selon OMS :

L'OMS s'est intéressée plus particulièrement à la médecine traditionnelle, vue la part importante qu'elle monopolise parmi les CAM, et a lancé le 07 décembre 2010 le projet baptisé « Classification internationale de Médecine Traditionnelle » qui devrait déboucher sur la mise en place d'une base internationale de données permettant d'organiser les pratiques de cette médecine, en répertoriant les terminologies et en proposant une classification des diagnostics et des méthodes d'intervention. [6]

III. LA CAM DANS LE MONDE :

1. La médecine traditionnelle/complémentaire à travers le monde :

La médecine traditionnelle et complémentaire (MTR/MC) est largement employée à travers le monde et appréciée pour un certain nombre de raisons. Lors de la conférence internationale sur la médecine traditionnelle pour les pays d'Asie du Sud-Est, en février 2013, le directeur général de l'OMS, a affirmé que « les médecines traditionnelles dont la qualité, la sécurité et l'efficacité sont avérées, participent à la réalisation de l'objectif de donner à tous un accès aux soins. Pour plusieurs millions de personnes, les médicaments à base de plantes, les traitements traditionnels et les praticiens traditionnels constituent la principale, voire l'unique source de soins de santé. Ces soins sont proches des gens et faciles d'accès et financièrement abordables. Ils sont également culturellement acceptables et un grand nombre de personnes leur font confiance. Le caractère financièrement abordable de la plupart des médicaments traditionnels les rend d'autant plus attrayants à l'heure où les frais de santé explosent et où l'austérité est quasiment universelle.

La médecine traditionnelle apparaît également comme un moyen de faire face à l'inexorable montée de maladies chroniques non transmissibles [7]». Quels que soient les motifs qui poussent les gens à se tourner vers la MTR/MC, il ne fait aucun doute qu'elle suscite un intérêt grandissant, et cet intérêt continuera probablement à croître partout dans le monde.

L'OMS a publié une stratégie pour la médecine traditionnelle pour 2002 – 2005 dans laquelle l'organisme distingue les MTR, bien implantées dans les pays en voie de développement, des médecines non conventionnelles (MNC), présentes dans les pays où le système de santé prédominant est basé sur l'allopathie. [8]

Elle reconnaît également les fortes réserves et souvent le scepticisme marqué quant aux bénéfices revendiqués par les MNC, notamment de la part des organismes de réglementation et des institutions de chacun des pays.

L'OMS a classé ses pays membres selon trois types de systèmes pour décrire dans laquelle mesure le MTR/MNC est un élément des soins de santé officiellement reconnu :

- **Système intégratif** : la MTR/MC est officiellement reconnue et intégrée dans tous les domaines de l'offre de soins de santé. Cela signifie que : la MTR/MC est incluse dans la politique pharmaceutique nationale du pays concerné, les prestataires et les produits sont agréés et réglementés, les thérapies de MTR/MC sont disponibles dans les hôpitaux et cliniques (publics et privés), le traitement par la MTR/MC est remboursé par le système de sécurité sociale, la recherche appropriée est effectuée de l'enseignement de la MTR/MC est disponible. A l'échelle mondiale, seuls la Chine, la république populaire démocratique de Corée, la république de Corée et le Vietnam peuvent être considérés comme ayant atteint un système intégratif.

- **Système inclusif** : reconnaît la MTR/MC mais ne l'a pas encore entièrement intégrée à tous les aspects des soins de santé, qu'il s'agisse de l'offre de soins, de l'éducation et de la formation ou de la réglementation. La MTR/MC peut ne pas être disponible à tous les niveaux des soins de santé, la sécurité sociale peut ne pas couvrir le traitement par la MTR/MC, l'éducation officielle en matière de MTR/MC peut ne pas être disponible au niveau universitaire et réglementation des prestataires et produits de MTR/MC peut être absente ou seulement partielle. Ceci dit, un travail consacré à la formulation de politiques, à la réglementation, la pratique, la couverture d'assurance santé, la recherche et l'éducation est en cours.
 Les pays possédant un système inclusif comprennent les pays en voie de développement tels que la Guinée équatoriale, le Nigeria et le Mali qui ont une politique nationale relative à la MTR/MC mais peu ou pas de réglementation des produits de MTR/MC, les pays développés tels que le Canada et le Royaume-Uni qui n'offrent pas d'enseignement significatif au niveau universitaire en MTR/MC mais qui font des efforts concertés pour assurer la qualité et l'innocuité de la MTR/MC. En dernière analyse, les pays utilisant un système inclusif atteindront probablement un système intégratif.

- **Système tolérant** : le système national de soins de santé est entièrement basé sur l'allopathie mais certaines pratiques de LTR/MC sont tolérées par la loi.

La stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 actualise et approfondit le cadre d'action défini dans :

- La stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005
- Les sections relatives à la médecine traditionnelle de la stratégie pharmaceutique de l'OMS : 2004-2007 [9]
- Et les composantes relatives à la médecine traditionnelle de WHO Medicines Strategy 2008-2013 [10]

Cette nouvelle stratégie examine la contribution potentielle que la MT/MC peut apporter à la santé, notamment dans la prestation de services de santé, et décrit les actions prioritaires pour la période allant jusqu'en 2023. Cette stratégie est une réponse concrète et tournée vers l'avenir à la résolution de l'assemblée mondiale de la santé sur la médecine traditionnelle, qui invite instamment les états membres à considérer la MTR/MC comme une partie importante de leur système de santé et à s'appuyer sur les travaux introduits dans la déclaration de Beijing, adoptée en 2008 par le congrès de l'OMS sur la médecine traditionnelle.

Cette stratégie constitue un document essentiel pour les états membres, pour les acteurs de la MTR/MC et pour l'OMS car elle positionne le MTR/MC au sein du système de santé des pays. Elle met en lumière les avancées de la recherche et du développement en la matière et prend acte de l'expérience acquise avec la mise en œuvre de la stratégie de l'OMS sur la médecine traditionnelle pour 2002-2005 et les stratégies pharmaceutiques de l'OMS mentionnées ci-dessus.

a- Les Etats-Unis, l'inde et la Russie :

En 1992 aux Etats-Unis, les autorités fédérales ont créé un bureau des médecines alternatives, chargé d'effectuer des recherches sur ces médecines, de vérifier les résultats, de les publier et de les diffuser. En 1997, il a été doté d'un budget de 12 milliards de US\$. Le gouvernement a créé la commission de la maison blanche sur la médecine alternative en 2000. Cette commission est chargée de développer un ensemble de recommandations législatives et administratives pour maximiser les avantages de la MNC pour le grand public. On estime à 34% le taux de la population américaine ayant recours aux MNC. Les deux tiers des facultés de médecine des Etats-Unis offrent des cours de médecine complémentaire et alternative à leurs étudiants. Enfin des cliniques et hôpitaux publics pratiquent ces médecines.

L'exemple de l'Inde et de la Russie est également intéressant. En effet, en juin 1999, les instances responsables des secteurs de santé de ces deux pays ont signé un protocole d'accord, le Mémorandum. Le but de ce Mémorandum est de promouvoir une coopération plus proche des deux états dans la connaissance et le développement des systèmes de soins traditionnels en Inde, en particulier la médecine ayurvédique et l'homéopathie.

b- Europe :

Le parlement européen octroie chaque année un prix Nobel alternatif qui distingue trois catégories de thérapie : la première est celle des médecines alternatives (homéopathie, acupuncture...), la seconde est celle des médecines complémentaires non conventionnelles (ostéopathie, chiropractie, naturopathie...), la troisième relève du domaine paramédical (musicothérapie, méditation...). Une résolution adoptée par le parlement européen sur le statut des médecines non conventionnelles demande la mise en place d'un processus de reconnaissance des médecines non conventionnelles, en donnant la priorité à huit disciplines : chiropractie, homéopathie, médecine anthroposophique, médecine chinoise (incluant l'acupuncture), naturothérapie, phytothérapie, ostéopathie et shiatsu. Si la communauté européenne représente l'ensemble des pays européens, le statut des MNC est cependant différent dans chaque état. Les pays du sud, avec la France, la Belgique et le Luxembourg, considèrent que seuls les médecins peuvent pratiquer les soins de santé, exception faite de certaines professions auxquelles il est permis de pratiquer des actes médicaux déterminés. Les pays du nord ont, quant à eux, une approche inverse : toute personne peut pratiquer les soins de santé, mais certains actes sont strictement réservés aux médecins, qui sont la référence et détiennent l'autorité pour l'organisation des soins et la politique de santé.

2. Prévalence de l'utilisation de la CAM dans le monde :

Ces dernières années ont connu une nette augmentation de l'utilisation de la médecine alternative, partout dans le monde, y compris aux pays développés et en voie de développement. Selon l'OMS [7] :

- En Chine, les préparations traditionnelles à base de plantes représentent entre 30 et 50% de la consommation totale de médicaments.
- Au Ghana, au Mali, au Nigéria et en Zambie, le traitement de première intention pour 60% des enfants atteints de forte fièvre due au paludisme fait appel aux 3 plantes médicinales administrées à domicile.
- En Europe, en Amérique du nord et dans d'autres régions industrialisées, plus de 50% de la population a eu recours au moins une fois à la médecine complémentaire ou parallèle.
- A San Francisco, à Londres et en Afrique du Sud, 75% des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA font appel à la médecine traditionnelle, à la médecine complémentaire ou parallèle.
- 70% des Canadiens ont recours au moins une fois à la médecine complémentaire.
- En Allemagne, 90% des gens prennent un remède naturel à un moment ou à un autre de leur vie. Entre 1995 et 2000, le nombre de médecins ayant suivi une formation spéciale à la médecine naturelle a quasiment doublé pour atteindre 10800 médecins.
- Aux Etats-Unis d'Amérique, 158 millions d'adultes font appel à des produits de la médecine complémentaire et, d'après la « Commission for Alternative and Complementary Medicines », un montant de 17 milliards de dollars a été consacré aux remèdes traditionnels en 2000.
- Aux Royaume-Uni, les dépenses annuelles consacrées à la médecine parallèle représentent 230 millions de dollars.
- Le marché mondial des plantes médicinales, en expansion rapide, représente actuellement plus de 60 milliards de dollars par an.

IV. CAM AU MAROC :

Le Maroc, à l'image des autres pays en voie de développement, tente par le biais de son ministère de la santé de promouvoir l'état sanitaire et de faciliter l'accès aux soins, en s'engageant dans une politique de modernisation et de renforcement de ses infrastructures sanitaires. Néanmoins cette politique est exclusivement axée sur le développement de la médecine allopathique omettant la médecine traditionnelle marocaine qui garde une place importante dans le recours aux soins de la part des marocains en raison de [11] :

- Son enracinement dans la culture locale
- Sa proximité spatiale et socioculturelle
- Son accessibilité
- Son efficacité pour certaines maladies
- Sa dimension irrationnelle en adéquation avec les croyances et les représentations de la maladie.

En effet, au Maroc, le domaine des CAM est dominé par la médecine traditionnelle qui tient ses sources de la médecine arabe classique et des expériences de la population locale en matière de soins. Cependant, à notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée exclusivement à l'étude de ce type de thérapies chez les patients atteints de spondyloarthropathies. Cette médecine se base essentiellement sur l'utilisation des plantes médicinales et aromatiques et dans ce cadre, des enquêtes socio-économiques et ethnobotaniques réalisées sur la médecine traditionnelle au Maroc montrent que [12] :

- Plus de 800 espèces de plantes médicinales sont d'usage courant et impliquées dans plus de 600 recettes.
- Plus de 71% des marocains utilisent les plantes médicinales et aromatiques dans un but thérapeutique.
- Dans plusieurs échantillons de population, le pourcentage d'utilisation des plantes médicinales pour différentes pathologies rhumatismales, est aux alentours de 20% de l'ensemble des pathologies.
- Dans ces mêmes échantillons, l'ignorance de la toxicité des plantes est aux alentours de 45% de la population.

En général, les thérapies traditionnelles sont relativement sûres et il existe quelques produits dangereux [13]. Il arrive cependant que des accidents se produisent, le plus souvent sans doute lorsque les personnes qui les pratiquent ne sont pas dûment formées. Par conséquent, l'évaluation systématique de l'innocuité de ces thérapies est nécessaire.

Le Maroc, ne dispose pas d'une réglementation rigoureuse et encourageante concernant la médecine complémentaire surtout pour les plantes médicinales. En effet, la position géographique privilégiée au Maroc (deux façades maritimes, montagnes et déserts) fait de lui un réservoir de plantes aromatiques et médicinales (PAM) dont 15% sont endémiques. Alors que le marché mondial des PAM est estimé à 30 milliards de dollars et que la demande de leur consommation dans le monde est en croissance continue (environ 15 à 25% par année), fort est de constater que le marché national ne génère annuellement que 900 millions de dirhams en la matière. Un bilan très peu honorable pour le Maroc qui occupe le 2^{ème} place en matière de biodiversité en Méditerranée après la Turquie. Pour remédier à ce retard, le haut commissariat aux eaux et forêt et à la lutte contre la désertification (HCEFLD) a élaboré une stratégie nationale des PAM avec l'agence américaine pour le développement international (Usaid) en concertation avec les différents acteurs de la filière. L'un des principaux objectifs de cette stratégie est de fédérer l'ensemble des acteurs de ce domaine pour une gestion rationnelle de l'ensemble des projets PAM au Maroc. Mais pour le présent, la filière nationale des PAM doit affronter la réglementation « Reach » qui exige l'enregistrement des composés chimiques exportés vers l'union européen (UE), et jusqu'à maintenant, la grande partie des travaux de définition des PAM marocaines date des années 80 et 90. Pour se conformer à ce nouveau contexte, la définition des matières premières aromatiques et médicinales marocaines constitue pour les professionnels et les exportateurs un outil très important pour défendre leurs intérêts par rapport à la concurrence. « Seules les sociétés fortement organisées disposent d'un codex aromatique de leurs matières leur permettant de se positionner et d'éclipser le potentiel de production de plusieurs pays en développement. En effet, cet instrument sert d'abord à définir les plantes aromatiques et leurs extraits par rapport aux standards internationaux », explique Ismaili Alaoui, président de la société marocaine des plantes aromatique et médicinales (SAMAPAM) qui propose de prendre en charge le projet de la mise en place d'un codex aromatique.

La stratégie nationale PAM a révélé dans ce secteur des faiblesses telles que l'existence de différents intervenants avec parfois des chevauchements dans les missions et un manque de coordination dans les actions ainsi qu'une organisation des circuits de distribution opaque comportant une multitude d'intermédiaires ne favorisant pas la transparence et la traçabilité des produits. Toujours selon les résultats de cette stratégie, il existe une infrastructure productive en grande partie artisanale et un faible effort d'investissement ne permettant pas de renforcer et de moderniser l'appareil productif. Quand à la production, elle reste dominée par les plantes spontanées. Pour ce qui est du marché local, il est peu développé et complètement ignoré par les professionnels du secteur. Ce dernier est peu structuré avec une organisation professionnelle et interprofessionnelle embryonnaire.

1. Phytothérapie :

التداوي بالأعشاب

La phytothérapie est un mot extrait des mots grecs « phyto » qui veut dire plante et « thérapeuein » qui veut dire soigner. La phytothérapie est l'ensemble de soins thérapeutiques faisant directement appel aux drogues d'origine végétale, les végétaux qui peuvent être employés sous plusieurs formes, infusions simples ou composées, ou sous forme de préparations galéniques, teintures, extraits... [12]

On peut distinguer deux types de phytothérapie :

- Une pratique traditionnelle, parfois très ancienne basée sur l'utilisation des plantes selon les vertus découvertes empiriquement. Selon l'OMS, cette phytothérapie est considérée comme une médecine traditionnelle et encore massivement employée dans certains pays dont les pays en voie de développement. C'est une médecine non conventionnelle du fait de l'absence d'étude clinique.
- Une pratique basée sur les avancées scientifiques qui recherche des extraits actifs des plantes. Les extraits actifs identifiés sont standardisés. Cette pratique conduit aux phytomédicaments et selon la réglementation en vigueur dans le pays, la circulation des phytomédicaments est soumise à l'autorisation de mise sur le marché (AMM). On parle alors de pharmacognosie ou de biologie pharmaceutique.

Le recours à la phytothérapie est actuellement de plus en plus sollicité, mais aucune donnée n'est encore considérée comme suffisante pour retenir l'efficacité ou non de ces thérapeutiques dans les pathologies rhumatismales.

La liste des produits utilisés est exhaustive, nous allons détailler ci-présent les principales substances utilisées par la population marocaine :

a- La nigelle

Nigella satival L.

الحبة السوداء

La nigelle est une plante originaire d'Europe méridionale, d'Asie occidentale, du Moyen-Orient et d'inde. Au Maroc, elle est cultivée ou subspontanée dans les champs et les jardins du Rif et de la péninsule tingitane ainsi que dans les oasis du Sud.



Image [a] : Nigelle Plante



Image [b] : Grains de Nigelle

La nigelle est connue dans la médecine traditionnelle pour ses effets : antidiabétique, antiinflammatoire, antispasmodique, antiasthmatique, diurétique, hypotenseur, abortif... [12]

Plusieurs études se sont intéressées surtout aux effets antioxydant, anticancéreux et anti-inflammatoire de ses graines :

- Une étude de l'école de pharmacologie d'Asfahan en Iran a démontré l'effet antalgique et anti inflammatoire du polyphénol N. sativa extrait de la nigelle sur des modèles de souris atteintes d'arthrite induite. [14]
- Une étude plus récente réalisée à l'université de Montréal s'est intéressée aux mécanismes moléculaires des effets protecteurs de la thymoquinone extraite de la nigelle, dans les rhumatismes inflammatoires et a noté une nette amélioration clinique sur des rats atteints d'arthrite induite, ainsi qu'une baisse significative d'un certain nombre de facteurs comme : IL-1 β , TNF, métalloprotéinase-13, cyclooxygénase-2, prostaglandine [15].

Plusieurs autres études sur des rats ont démontré différents effets de la nigelle :

- Anti inflammatoire [14, 16, 17, 19]
- Antalgique [14, 16]
- Antioxydant [17]
- Immunomodulateur [17]
- Antiarthrosique [18]

b- **Le fenugrec**

الحلبة

Plante herbacée, annuelle, d'origine méditerranéenne, très répandue et souvent spontanée dans notre pays. Connue dans la médecine traditionnelle pour ses effets antiasthmatiques, détoxiquant, hypoglycémiant, antihypertenseur, galactogène, antidiabétique, antimicrobien,... [12]



Image [c] : Fenugrec Plante



Image [d] : Grains de fenugrec

Le Fenugrec est utilisé dans l'industrie pharmaceutique comme précurseur des hormones oestrogéniques. La Fenugreekine, comme l'indique son nom, est un extrait du Fenugrec ayant des effets cardiotoniques, hypoglycémiant, diurétiques et antihypertenseurs. On note que le fenugrec a une valeur alimentaire très élevée et qu'il contient un alcaloïde toxique : la trigonelline. [12]

Peu d'études se sont intéressées au fenugrec dans la pathologie rhumatismale, néanmoins des études se sont penchées sur ses activités physiologiques. Et en ce qui est en relation avec la pathologie rhumatologique, le fenugrec aurait des activités : anti-inflammatoire [20, 22, 23], antalgique [21, 23] et antipyrétique [20]

Le gingembre ou Zingiber officinale est une plante originaire des pays chauds : Inde, Jamaïque, Malaisie... La partie utilisée est le rhizome séché, entier ou coupé, non décortiqué (gingembre gris) ou décortiqué complètement (gingembre blanc) ou en partie, sur les faces plates et larges.



Image [e] : Gingembre Plante



Image [f] : Racines de Gingembre

Le rhizome de gingembre est une drogue très anciennement utilisée en Inde et en Chine dans la formulation d'un grand nombre de remèdes traditionnels. De nombreuses activités pharmacologiques lui ont été attribuées. Certaines ont été démontrées par des études expérimentales:

- Le département de chimie médicale et pharmacognosie de l'université de l'Illinois de Chicago a objectivé dans une étude l'effet anti inflammatoire du gingembre par inhibition de la COX-2 [24].
- Une autre étude menée par le département de pharmacologie clinique de l'université Mansoura en Egypte a objectivé un effet inhibiteur de la production de la prostaglandine par inhibition de COX-1, COX-2 et biosynthèse de la leucotriène ainsi que l'action inhibitrice d'un extrait (EV. EXT. 77) sur l'induction de plusieurs gènes impliqués dans la réponse inflammatoire. [25]

D'autres études ont démontré différents effets : inhibition de la migration leucocytaire [26], réduction des taux de l'IL-1 β , IL-2, IL-6, TNF α [27], augmentation du taux de corticostérone dans le sérum [28].

De son nom latin *Pennisetum spicatum* W, le millet constitue une alimentation brute naturelle. Moulu en farine, il peut alors être mélangé à divers plats et boissons. Le millet contient de nombreux minéraux et oligo-éléments mais surtout du calcium, de l'acide silicique, du phosphore, du potassium, du fluor, ainsi que du magnésium (puissant catalyseur), des lipides et des glucides qui participent également à la constitution du squelette (os et cartilages). Ces minéraux, oligo-éléments et autres agents sont présents sous forme fine permettant un rétablissement optimal des os et des cartilages. C'est justement cette forme fine qui est absorbée par l'organisme d'une manière unique [28].



Image [g] : Millet Plante



Image [h] : Grains de Millet

e- Câpre

Plante assez commune, connue pour ses propriétés antirhumatismales, utilisée pour soigner la goutte, les lombosciatiques et comme diurétique et anti diarrhéique [12]. Ses essentiels composants sont : Flanoïde, indoles et l'acide phénolique.[29]

Une étude du département des sciences pharmaceutiques de la faculté de pharmacie de Catalina a démontré une action protectrice des chondrocytes par inhibition des effets induits par IL-1 β avec un effet supérieur à celui de l'indométacine. [30] Une autre étude de la société pharmaceutique japonaise a démontré un effet bloqueur des cytokines égal à celui du diclophénac sodique [31].



Image [i] : Câprier



Image [j] : Grains de câpre

f- **Le curcum**

الخرقوم

L'extrait du *Curcuma domestica*, une épice utilisé comme un colorant (jaune) et comme un conservateur dans la cuisine Thaïlandaise. In vitro, les études ont montré que le curcum a un effet inhibiteur sur les substances qui jouent un rôle dans l'inflammation. Le curcum inhibe la lipo-oxygénase, la cyclo-oxygénase et la phospholipase. Il inhibe la sécrétion des collagénases, des élastases et des hyaluronidases.



Image [k] : Curcum Plante



Image [l] : Racines de curcum + poudre

Une étude publiée en 2009 sur l'efficacité du curcum chez les gonarthrosiques, où les auteurs comparent le curcum avec un anti-inflammatoire : les extraits de *C. domestica* semble être efficace et d'utilisation sûre dans le traitement de la gonarthrose qui est similaire à l'ibuprofène [32]

2. Les cures thermales :

Les cures thermales ou thermalisme est un ensemble de soins et techniques axés sur les bienfaits des oligo-éléments et des minéraux que portent naturellement certaines sources d'eaux chaudes.

Le recours au thermalisme dans la prise en charge des affections rhumatologiques est de pratique très ancienne [33]. Une simple interrogation de la base de données PubMen mentionnant « spa therapy » identifie des articles spécifiquement dédiés à la spondylarthropathie ankylosante dès le début des années 1950 [34] ; une recherche plus large retrouverait des écrits sur le sujet encore préalables à ceux-ci. Le thermalisme, particulièrement développé en France, en Allemagne, et dans certains pays d'Europe de l'Est, fait donc partie des outils thérapeutiques utilisés dans la prise en charge des rhumatismes inflammatoires chroniques, dont la spondylarthropathie ankylosante.

Dans ce domaine, le thermalisme associe en fait plusieurs actions à visée « thérapeutique » : il combine en effet la kinésithérapie et les exercices, avec très souvent les avantages de l'hypopesanteur obtenue par l'immersion dans l'eau, à des techniques variées telles que les illutations (applications de boue thermique chaude à visée analgésique et décontracturante), les bains en baignoire à température adaptée (à visée sédative et relaxante), les bains avec douche sous-marine (à visée décontracturante) , les manuluves (permettant à la mobilisation en douceur en particulier des mains et des poignets). Les mécanismes d'action potentiels de ces techniques restent encore en grande partie hypothétiques malgré l'ancienneté de leur utilisation. Aux vertus de la kinésithérapie et des exercices déjà soulignés plus haut, pourraient s'ajouter des effets spécifiques et non spécifiques liés à la nature physicochimique des eaux thermales, des boues thermales, à la chaleur des eaux ou des boues. Il est souvent évoqué en effet que la chaleur permet d'une part la relaxation musculaire, favorisant ainsi la mobilisation ostéoarticulaire et diminue le niveau de la douleur, d'autre part une augmentation du flux sanguin qui pourrait avoir une action « anti-inflammatoire) dans les tissus ostéoarticulaires enflammés : en effet, un afflux de sang pourrait améliorer l'oxygénation de ces tissus et surtout évacuer l'accumulation de radicaux libres et d'autres substances phlogogènes. Le caractère bouillonnant des eaux utilisées permettrait de diminuer encore plus que dans la traditionnelle balnéothérapie en piscine l'effet de la pesanteur.

L'ensemble de ces thérapies thermales est susceptible de modifier nombre de paramètres immunologiques et inflammatoire [35]

Il existe plusieurs sources thermales au Maroc, disséminées un peu partout dans le moyen Atlas, dans le Sud et dans le Rif et qui sont considérées comme des eaux vertu thérapeutique de première qualité, mais à part l'unique et réelle station thermale de Moulay Yacoub, les autres sources thermales sont exploitées de façon empirique et artisanale essentiellement par une population locorégionale.

a- La station thermale de Moulay Yakoub : [36]

Une station thermale située à une vingtaine de kilomètres au nord-ouest de la ville de Fès. Ses eaux chaudes sont, de par leur minéralisation, leur température et leurs débits, les plus importantes et les plus visitées au Maroc pour leurs vertus thérapeutiques.



Images [m] et [n]: Thermes de My Yakoub -Fès

b- La source minérale de Sidi Harazem : [37]

Découverte à l'époque romaine, cette source est la deuxième station thermale de la région de Fès-Boulmane se trouvant à 30 kilomètres à l'est de la ville de Fès. L'eau de Sidi Harazem est bicarbonatée magnésienne peu minéralisée. Sa composition pure, de même que ses qualités naturelles, font d'elle une eau réputée possédant des vertus curatives pour les maladies du foie et du rein.

c- La source de Ain Allah : [36]

La source de Ain Allah se situe à 14 kilomètres de la ville de Fès. L'eau de cette source est très chaude, d'une température de 30°C. La source de Ain Allah est extraite par un forage artésien à 1650 mètres de profondeur. L'eau de cette source est sans indications thérapeutiques. Elle est destinée soit à l'irrigation, soit pour alimenter les piscines ouvertes à la baignade populaire. Mais, ce qui caractérise cette source c'est les activités de massage naturel qui s'exercent au sein de ses piscines et de ses baignades.

d- Hammat Moulay Ali Chérif :

Située à 40Km d'Errachidia vers Meknès et à 20Km de la ville de Rich. Elle est aménagée en station thermale. D'après une étude du ministère de la santé publique sur l'utilisation thérapeutique de l'eau de cette station, elle est recommandée dans les cas suivants : constipation et atonies intestinales, obésité, certaines douleurs rhumatismales et en cas d'artérites. [38]

e- Hammat Moulay Hachem :

A 4Km de Hammat Moulay Ali Chérif et à 12Km de la ville de Rich, se situe la source thermale Moulay Hachem, son eau est recommandée pour la digestion [38]

f- Abaynou :

C'est la station thermale de la commune rurale d'Abaynou, dont l'eau peut atteindre une température de 38°C. Un document scientifique du Ministère de la Santé relève que les analyses physico-chimiques menées sur les eaux provenant de la station d'Abaynou ont montré qu'elle recèle des caractéristiques thérapeutiques intéressantes pour le traitement de certaines affections dermiques et maladies rhumatismales, grâce à ses riches composantes tels que le calcium, le magnésium, le sodium, le potassium, le chlorure, le nitrate, le sulfate et le CO₂. [39]

g- Fezouane

La station thermale de Fezouane est situé à 2 km à mi-chemin de la route principale reliant Ahfir et Berkane. La petite localité vit essentiellement de la station thermale de Fezouane, opérationnelle depuis 1961. Une étude a été réalisée par le laboratoire d'Hydrobiologie et d'Ecologie Générale et le laboratoire de Pharmacologie et de Physiologie Cellulaire de la Faculté des sciences de Oujda, a confirmé l'effet diurétique de l'eau de la source Fezouane, et son effet thérapeutique sur la lithiase rénale. [40]

Dans le droit marocain, toutes les ressources souterraines sont la propriété de l'Etat. A travers son département ministériel chargé de la gestion des dites ressources, l'Etat peut concéder l'exploitation des thermes aux tiers sous respect de prescriptions particulières ou générales instaurées à cet effet.

Pour ce qui est prise en charge du traitement, on ne trouve aucune assurance ni institution, à part quelques mutuelles privées qui manifeste cette activité. Le financement du traitement reste donc, à la charge du patient. [36]

Les quelques données de la littérature disponibles sur ce sujet concluent que les cures thermales, associées à la pratique d'exercices, s'accompagnent d'une amélioration clinique dans la spondylarthrite ankylosante. Même si le petit nombre et les limites de ces études ne permettent aujourd'hui aucune conclusion formelle, elles nous incitent à garder à l'esprit cet outil thérapeutique, en particulier dans les situations où les traitements conventionnels ont échoué et où les anti-TNF- α sont contre-indiqués ou inefficaces. La cure thermique peut également être ou devrait être, le moment idéal pour l'acquisition de connaissance sur la maladie et sa prise en charge, pour l'éducation globale vis-à-vis du suivi et du traitement ou pour une véritable mise en route « intensive » d'un programme de rééducation. Le thermalisme peut donc garder une place (voire gagner d'autres places) dans la prise en charge de la spondylarthrite ankylosante ; les études qui cherchent à l'évaluer peuvent y contribuer très largement [41,42]

3. Ostéopathie – manipulation vertébrales :

a- Définitions :

« L'ostéopathie est une approche manuelle diagnostique et thérapeutique des pathologies. Dans le cadre d'une prise en charge en première ligne des patients, elle s'adresse exclusivement aux dysfonctionnements de l'appareil locomoteur et du système nerveux périphérique » [43].

Les thérapeutiques manuelles sont une nébuleuse très éclectique. Elles peuvent se définir comme un geste effectué directement par les mains dans un but thérapeutique. On peut y distinguer, globalement, les manipulations ostéo-articulaires et vertébrales proprement dites, avec impulsion et les techniques tendino-musculaires, non forcées, qui sont neuromusculaire fonctionnelles. Elles sont décrites dans les recueils de l'Anaes consacrés aux lombalgies, lombosciatiques et cervicalgies depuis onze ans [44].

Les manipulations vertébrales sont des mouvements forcés, avec impulsion, de très faible amplitude et de très haute vélocité, qui provoquent une cavitation dans les articulations interapophysaires postérieures. Elles se déclinent sous forme d'ostéopathie ou de chiropraxie. En France, seules les techniques ostéopathiques sont enseignées dans les universités de médecine. [45]

Les manipulations articulaires périphériques sont des mobilisations forcées de certaines articulations des membres qui permettent d'obtenir un effet antalgique sur les séquelles ostéoarticulaires douloureuses. Empiriquement efficaces, il n'y a aucune preuve scientifique de leur efficacité. Ce sont, par exemple, les articulations acromioclaviculaires, l'espace omoserratique, l'articulation gléno-humérale, ainsi que celle du coude, la tibiofibulaire proximale en antépulsion ou rétropulsion, l'os lunatum et subtalaire qui sont le plus souvent traités [46].

b- Mécanisme d'action

Le mécanisme d'action de l'ostéopathie reste incertain. Les hypothèses sont nombreuses mais il n'y a aucune preuve scientifique. Son action antalgique remarquable peut être d'origine mécanique sur un des éléments du segment mobile ou bien neurologique par control des voies de la douleur. Il existe également une action sur le système nerveux végétatif, sur les contractures musculaires. L'effet placebo n'est pas plus ni moins important que dans les autres thérapeutiques. L'effet psychologique est indiscutable. [47]

c- Indication :

La dysfonction intervertébrale, le dérangement intervertébral mineur responsable d'une douleur et/ou d'une restriction de mobilité, sans préjuger de l'étiologie, est l'indication générique des manipulations vertébrales. Cette indication se retrouve dans les cervicalgies, dorsalgies, lombalgies aiguës ou chroniques et certaines céphalées considérées comme étant d'origine cervicale [48,49]. La tendance actuelle est de proposer les manipulations en cas de pathologie dont la douleur à un caractère relativement récent (moins de deux mois), avec un faible score à certaines échelles comme le Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ). Deux à quatre séances sont habituellement recommandées.



Image [o] : Manipulation vertébrale lombaire



Image [p] : Ostéopathie

4. Homéopathie :

Technique thérapeutique unique en son genre et suscitant toujours beaucoup de controverses, l'homéopathie est pratiquée un peu partout dans le monde. Créée au début du XIXe siècle par Samuel Hahnemann (1755-1843), elle repose essentiellement sur trois fondements :

- La loi de similitude, le semblable guérit le semblable ; ce principe qu'on fait remonter à Hippocrate, veut qu'une substance qui provoque un groupe de symptômes chez une personne en bonne santé puisse guérir une personne malade chez qui se manifeste le même groupe de symptômes.

- Le procédé des hautes dilutions qui allègue que la dilution d'un remède peut en potentialiser les effets curatifs. Les remèdes homéopathiques sont dilués plusieurs fois dans l'eau ou dans un mélange d'eau et d'alcool, au point qu'on n'y trouve habituellement plus de trace chimique des molécules qui composaient la substance originale.
- La personnalisation : chaque personne répond différemment à une maladie ou à un traitement, l'homéopathie s'efforce donc de personnaliser le traitement pour chaque individu.

Il n'existe pas à ce jour d'étude démontrant l'efficacité de l'homéopathie dans le traitement de la spondylarthrite ankylosante. De plus, il est important de noter que l'homéopathie ne doit pas se substituer aux traitements classiques de la spondylarthrite (symptomatique et de fond) ainsi qu'à la kinésithérapie.

Cependant, dans certains cas, un traitement homéopathique peut être utilisé en traitement complémentaire, afin de soulager les douleurs articulaires. Il peut être utilisé localement (sous forme de crèmes par exemple) ou par voie générale (sous forme de granules) en cas de raideur et d'ankylose évoluée.

Les molécules les plus couramment prescrites par les médecins homéopathes dans le cas de la spondylarthrite ankylosante sont : Bryonia alba, Ferrum phosphoricum, Causticum ou encore Calcarea fluorica.

5. La saignée :

الحجامة

La saignée est une méthode thérapeutique qui consiste à réaliser des incisions épidermiques superficielles à des points bien précis du corps humain et à y appliquer des ventouses afin d'aspirer le sang par l'intermédiaire d'un appareil faisant le vide et facilitant ainsi l'évacuation du sang. Il existe plusieurs types de saignée [50].



Images [q] et [r] : Saignée pratiquée pour rachialgies

La saignée a été utilisée et étudiée par les Chinois comme thérapie des maladies internes depuis 4000 ans environ et nombreux sont les auteurs d'ouvrages médicaux islamiques anciens, qui ont étudié la saignée et ses vertus thérapeutiques. C'est une pratique recommandée des médecines Aryuvédiques et chinoises anciennes, qui a été adoptée par la tradition islamique. Au Maroc, la saignée a depuis longtemps fait partie des différentes branches de la médecine traditionnelle, elle est pratiquée par des barbiers, des tradipraticiens, et plus récemment par des médecins, à des fins thérapeutiques et préventives.

6. L'acupuncture :

الوخز بالإبر

L'acupuncture est la branche de la Médecine Traditionnelle Chinoise regroupant l'ensemble des techniques de stimulation ponctuelle de points précis du corps à visée thérapeutique. Les principes fondamentaux de la Médecine Traditionnelle Chinoise ont été élaborés il y a plus de 2500 ans. L'application du Yin et du Yang en médecine, la théorie des méridiens et de l'énergie vitale, le maniement de l'aiguille ont été décrits il y a environ 2000 ans dans le Huangdi Neijing, qui constitue toujours un ouvrage de référence des étudiants et des praticiens.

La pratique de l'acupuncture aurait été introduite en Europe au début du 16ème siècle mais ce n'est qu'au XXème siècle que l'acupuncture a connu une réelle diffusion mondiale. Elle est devenue la branche de la Médecine Traditionnelle Chinoise la plus reconnue en Occident. En 2010, elle a été inscrite au patrimoine mondial immatériel de l'UNESCO. Historiquement, l'acupuncture traditionnelle élabore son raisonnement diagnostique et thérapeutique sur une théorie holistique ; les maladies sont liées à une perturbation de l'équilibre énergétique. La thérapie repose sur la stimulation de points spécifiques de l'organisme afin de rétablir la bonne circulation de cette énergie (le Qi « 氣 ») à travers le corps. Cette stimulation est principalement effectuée via l'implantation et la manipulation de fines aiguilles. De multiples développements plus ou moins récents de l'acupuncture ont émergé utilisant d'autres sources de stimulation telles que l'électricité, les aimants ou les lasers. L'acupuncture intègre donc aujourd'hui, des techniques ancestrales (aiguilles, ventouses, combustion de bâtonnets d'armoise) et d'autres très récentes (lasers athermiques) ainsi que des variantes géographiques plus ou moins éloignés des principes traditionnels chinois (acupuncture japonaise, ou occidentale...).

En France, l'acupuncture s'appuie à la fois sur des fondements traditionnels et sur des fondements « conventionnels », du fait d'une pratique médicale intégrée au système de soins. [51]

En 1997, le « National Institutes of Health » (NIH) des Etats-Unis a tenu le Consensus « Development Conference on Acupuncture ». Le rapport soulignait que les résultats des études sur l'acupuncture étaient souvent controversés à cause de la complexité des protocoles, du nombre insuffisant de participants ainsi que des difficultés rencontrées lors du choix et de l'utilisation de placebos. [52]

En 2002, l'organisation mondiale de la santé (OMS) publiait une liste de 28 affections pour lesquelles l'acupuncture était vraisemblablement efficace notamment les affections rhumatismales ainsi que les syndromes algiques. [53]

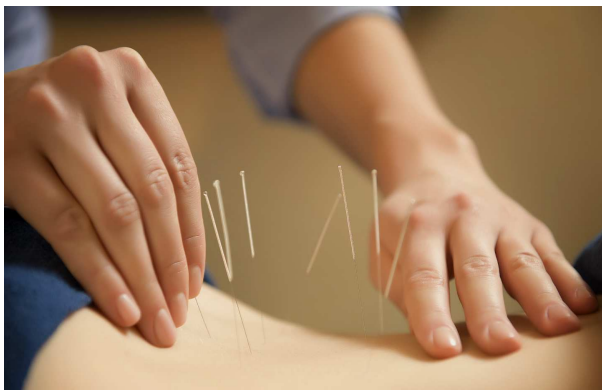


Image [s] : Acupuncture dorsale



Image [t] : aiguilles d'acupuncture

7. Bains de sable :

La pratique de bains de sable est ancienne et remonte à plus de 200 ans. Elle fut utilisée pour les rhumatismes inflammatoires chroniques, l'arthrose, HTA et d'autres pathologies.

Cette thérapie est généralement réalisée dans la période d'été aux après midis sur 15 à 20 jours ; les patients sont enterrés dans du sable dont la température varie entre 50°C à 60°C, pendant 15 minutes [54].

8. Apithérapie :

L'Apithérapie est une pratique millénaire, elle dérive des deux mots latins : « Apis », abeille et « therapeia » qui veut dire cure. Il s'agit de connaître et d'utiliser les propriétés des produits des abeilles en vue d'améliorer et de maintenir la santé des êtres humains. Ces produits sont : le miel, la propolis, la cire, le venin d'abeilles, la gelée royale, le pain d'abeilles et le pollen.

Le venin des abeilles comportent plusieurs substances dont les phospholipases qui jouent un rôle important dans l'arrêt du processus inflammatoire.

L'effet de cette pratique sur les phénomènes inflammatoires au cours des arthrites a été étudié sur des modèles expérimentaux (rats par exemple) et a prouvé son efficacité in vitro. Cette pratique chez les humains reste cependant loin d'être validé scientifiquement.



Image [u] : Apipuncture



Image [v] : Gelée royale

9. Points de feu :

الكي

Pratique répandue dans notre pays, ainsi que dans les pays arabo-musulmans. Pratiquée par des tradipraticiens, le principe de cette technique est d'appliquer un outil en fer chauffé à blanc sur différentes parties du corps. A noter que l'islam préconise cette pratique comme traitement de dernier recours.

PARTIE II

NOTRE ETUDE

OBJECTIFS DE L'ETUDE

Le but de cette étude était d'estimer la prévalence de l'utilisation de la médecine alternative chez les patients atteints de spondyloarthrite, de déterminer ses facteurs associés, d'étudier les raisons de cette utilisation, et d'évaluer la qualité de la relation médecin-malade.

PATIENTS ET METHODES

I- PATIENTS :

Cette étude a porté sur une population de patients ayant un diagnostic confirmé de SA répondant aux critères de New York modifiés [annexe 1]. Les patients éligibles avaient plus de 18ans, parlaient et comprenaient l'Arabe dialectal. Ils étaient hospitalisés ou vus en consultation.

II- METHODES:

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique, monocentrique, réalisée au service de Rhumatologie du CHU Hassan II de Fès au Maroc, durant une période de deux ans allant du 1^{er} Juin 2012 au 1^{er} Juin 2014, portant sur 110 patients atteints de SA. Les thérapies à base de psychologie, les techniques spirituelles, les pratiques religieuses et les groupes de soutien ne faisaient pas partie, dans notre étude, de la médecine complémentaire.

- **Questionnaire :**

Le recueil des données a été réalisé à partir d'une fiche d'exploitation basée sur un questionnaire de 35 questions.

On a recueilli les données sociodémographiques, cliniques et biologiques des patients, ainsi que le score radiologique BASRI : Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index [55]. L'activité de la maladie a été évaluée par le BASDAI : Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (maladie active si $BASDAI \geq 4$) [56] et l'ASDAS: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (maladie active dès un $ASDAS \geq 1.3$ activité élevée si $ASDAS \geq 2.1$ et très élevée si $ASDAS \geq 3.5$) [57]. Le retentissement fonctionnel a été évalué par le BASFI : Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (on parle d'une incapacité fonctionnelle si le BASFI est supérieur ou égal à 4) [58], l'appréciation globale de la maladie par le patient par le BAS-G : Bath Ankylosing Spondylitis Patient Global Score (le score BAS-G varie entre 0 et 10, plus le BAS-G est élevé plus la SA est sévère) [59] et la qualité de vie par l'ASQOL : Ankylosing Spondylitis Quality of Life (l'ASQoL varie entre 0 et 18, plus le score est élevé plus la qualité de vie est entravée)[60].

Le questionnaire identifiait les utilisateurs de la CAM, les raisons et le moment dans la vie du patient où cette médecine complémentaire était utilisée. Pour les non-utilisateurs, la raison de cette non-utilisation leur était demandée.

Les différents types de CAM ont été répertoriés, ainsi que les différents types de plantes. Les différentes sources d'informations permettant de connaître la médecine complémentaire étaient rapportées. Les utilisateurs de la CAM devaient signaler s'ils avaient informé ou non leur rhumatologue de leur utilisation et devaient préciser les raisons pour lesquelles ils ne l'avaient pas fait. Les perceptions des patients à propos des effets secondaires de la médecine complémentaire et des interactions avec le traitement conventionnel étaient évaluées. Il leur était demandé de coter l'efficacité de la médecine complémentaire seule, de la médecine conventionnelle seule puis des deux combinées sur une échelle visuelle analogique de 0 (inefficace) à 10 (très efficace). Enfin, une estimation du budget mensuel alloué à la médecine complémentaire a été demandée.

III- ANALYSE STATISTIQUE :

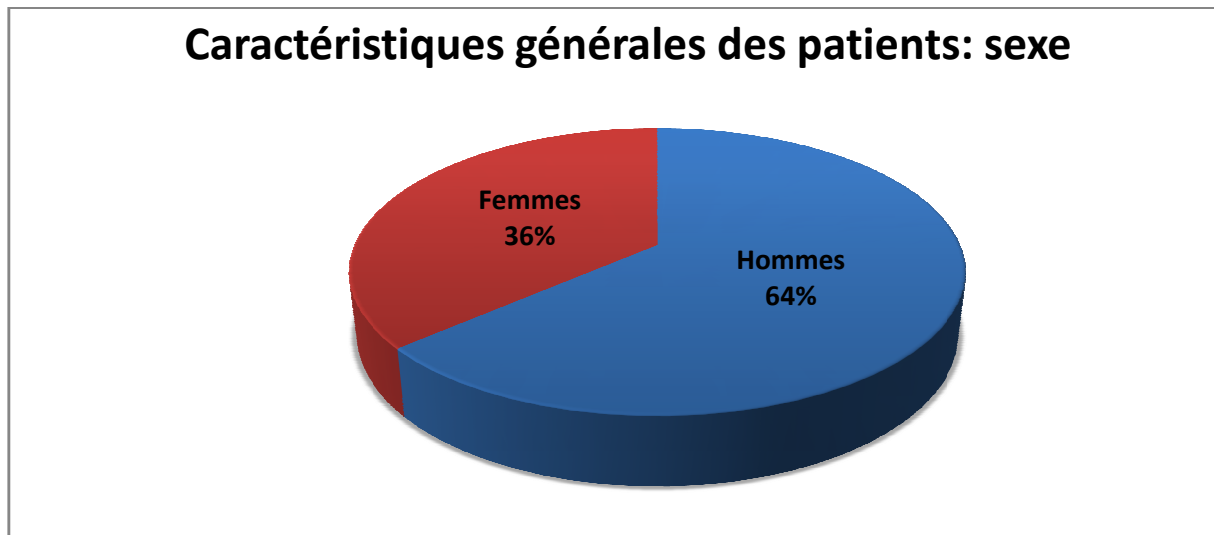
Les différentes données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 17. Une analyse descriptive globale de la population étudiée a été d'abord réalisée, puis une analyse bi-variée afin de déterminer les facteurs prédictifs de cette utilisation. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

RESULTATS

A. ETUDE DESCRIPTIVE

I- CARACTERISTIQUES GENERALES DES PATIENTS :

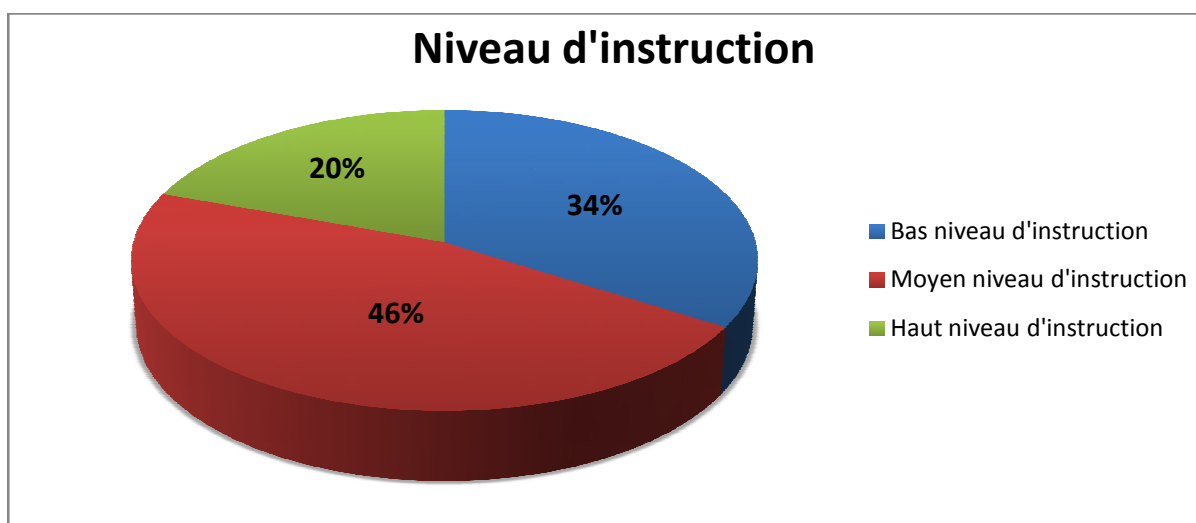
Parmi les 110 patients inclus dans cette étude, 70 étaient des hommes et 40 étaient des femmes, soit une proportion de 63.6% d'hommes.



Graphique [1] : Caractéristiques générales des patients : Sexe

L'âge des patients était compris entre 23 et 74 ans, avec une moyenne d'âge de 48.2 ± 10.6 ans. Quarante pour cent (40%) des patients habitaient en milieu urbain.

Concernant le niveau d'instruction, 34% des patients avaient un bas niveau d'instruction (analphabète et niveau primaire), 46.5% avaient un moyen niveau d'instruction (secondaire) et 19.5% avaient un niveau universitaire. 70.6% des patients étaient sans profession.



Graphique [2] : Niveau d'instruction de la population étudiée

II- CARACTERISTIQUES DES PATIENTS UTILISANT LA CAM :

1. Caractéristiques générales :

Parmi les 110 patients inclus dans cette étude, 80 patients, soit 72.7% de l'échantillon étudié ont utilisé au moins une fois la CAM dans leur vie. Au sein de cette catégorie de patients il y avait : 72.5% de femmes, 80.2% des patients provenaient d'un milieu urbain.

La moyenne d'âge des patients utilisateurs de la CAM était de 46.3ans.

25% des patients utilisateurs (20 patients) avaient un bas niveau d'instruction et 75% (60 patients) avaient un moyen et haut niveau d'instruction.

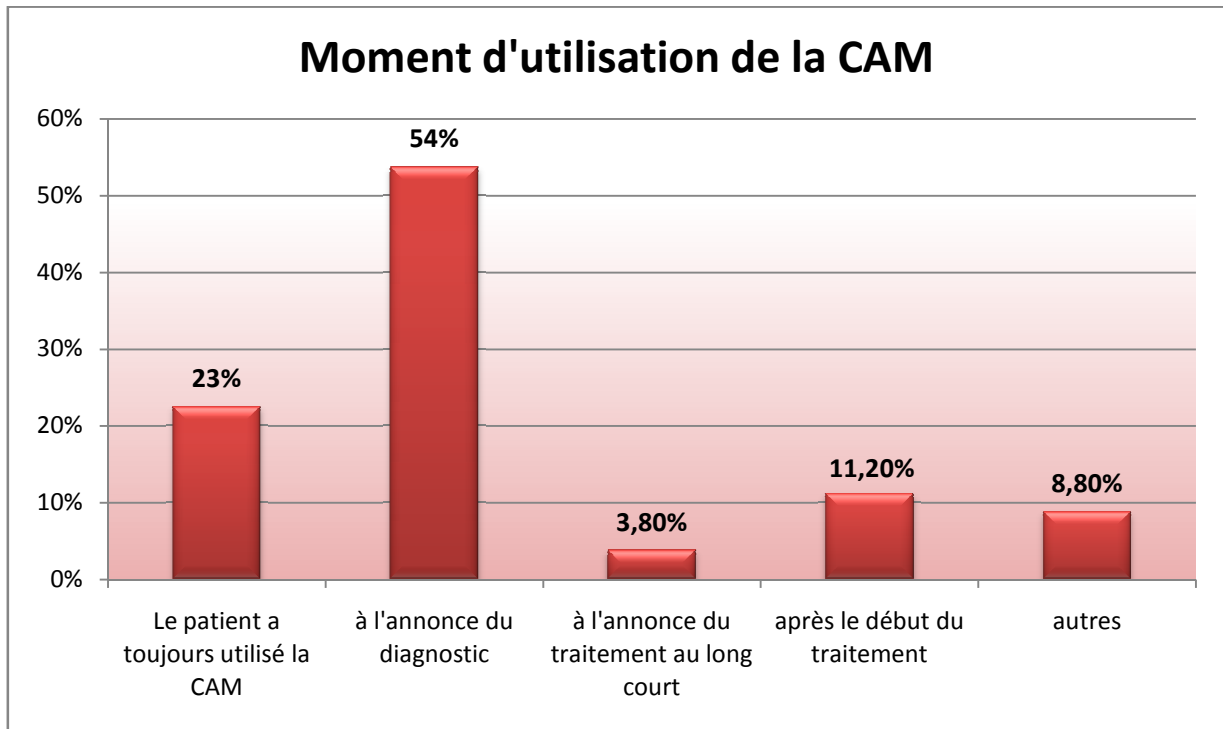
2. Caractéristiques de la SA chez les utilisateurs de la CAM :

Le délai moyen d'évolution de la SA était de 13 ans (1-44). Soixante sept pourcent (67%) des utilisateurs avaient une maladie active avec un ASDAS supérieur à 1.3 , et 42% des malades avaient un BASDAI \geq 4. Un tiers des malades avaient un BASFI \geq 4. Quarante six pourcent (46%) des patients avaient un BAS-G \geq 6. La moyenne d'ASQOL de nos patients était à 8 (1-18). Un BASRI \geq 7 est retrouvé chez 46% des patients. Soixante huit pourcent (68%) des patients étaient des utilisateurs d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, alors que seulement 22% était sous biothérapie (anti-TNF alpha).

3. Caractéristiques de la CAM :

a- Moment d'utilisation :

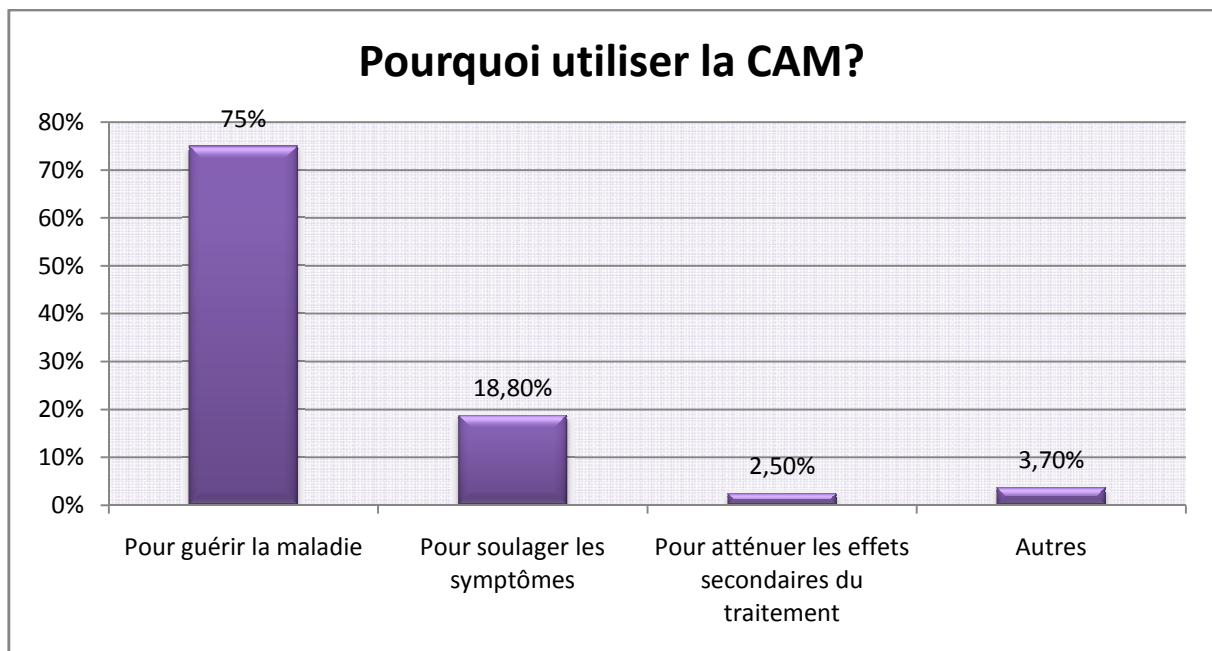
Concernant le moment du début d'utilisation de la CAM, 53.7% des patients ont déclaré avoir commencé l'utilisation à l'annonce de leur SA, et 22.5% des patients utilisaient la CAM avant la déclaration de leur maladie. Le reste des résultats est détaillé dans le graphique suivant :



Graphique [3] : Moment d'utilisation de la CAM (pour les patients utilisateurs)

b- Causes d'utilisation :

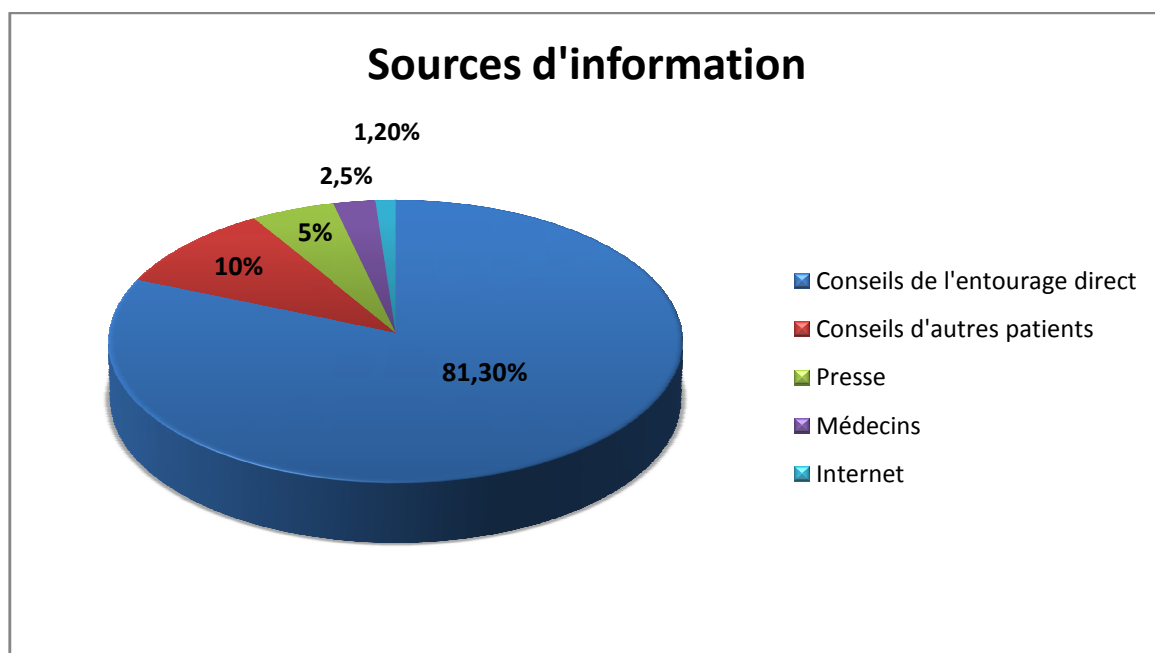
A la question « pourquoi utilisez-vous la médecine alternative », 75% des patients l'ont utilisée dans un but de guérison. Les résultats complets sont représentés dans le graphique suivant :



Graphique [4] : Causes d'utilisation de la CAM

c- Sources d'information :

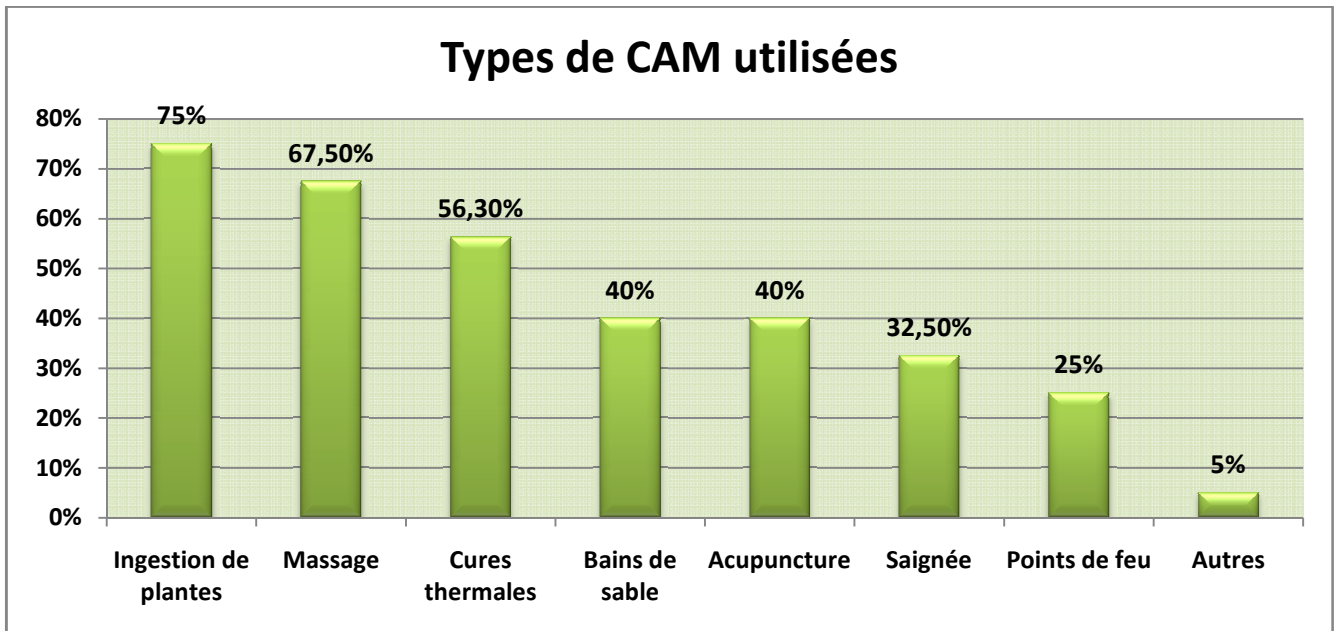
Concernant la source d'information par laquelle les patients ont eu connaissance de la CAM utilisée, 81.3% des patients ont déclaré avoir suivi les conseils de l'entourage direct (famille et amis), 10% ont suivi les conseils des patients atteints d'affections rhumatologiques, 5% déclaraient l'avoir appris par le biais de la presse (journaux, radio, TV), tandis que la proportion des autres sources d'information (internet, médecins) varie entre 1.2% et 2.5%.



Graphique [5] : Sources d'information

d- Types de médecines alternatives :

En ce qui concerne les types de CAM utilisés, on a observé que 75% des patients ont utilisé les plantes médicinales en ingestion, 67.5% utilisaient des produits en massage ou en application locale, le recours aux cures thermales était retrouvé chez 56.3% de nos malades et l'acupuncture et les bains de sables chez 40% des patients. La saignée a été pratiquée dans 32.5% des cas. L'homéopathie et l'ostéopathie, comme des pratiques étrangères à notre médecine traditionnelle, n'ont été retrouvées dans aucun cas.

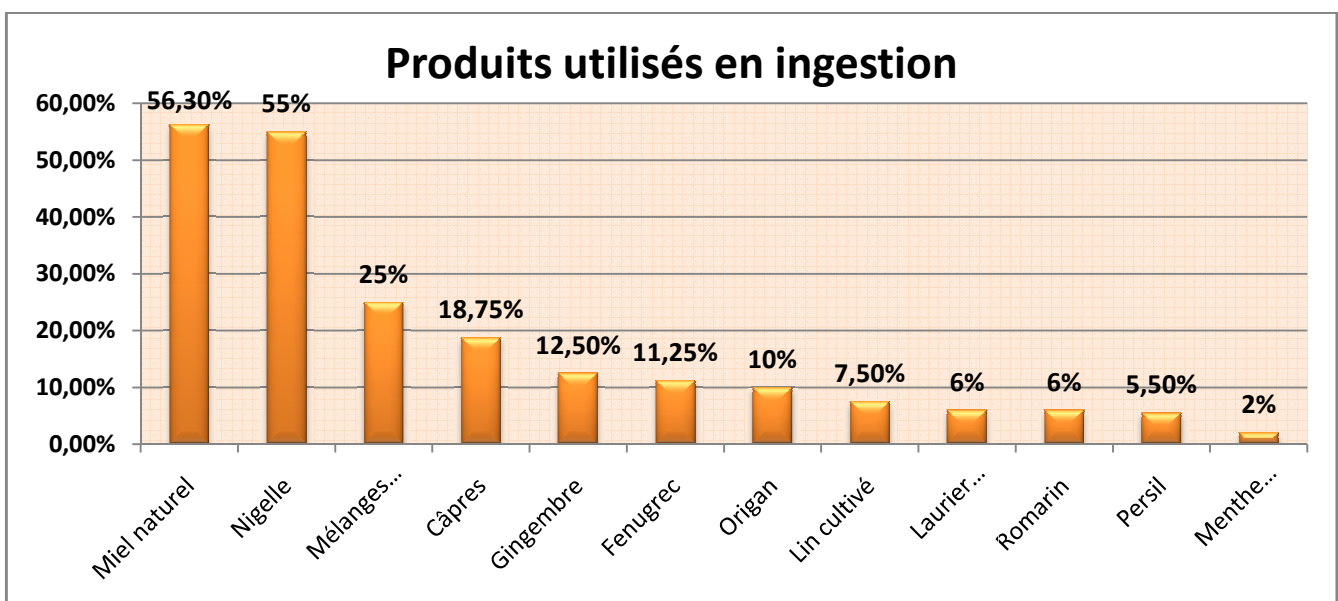


Graphique [6] : Différents types de CAM utilisée

Notre étude s'est également penchée sur les différents types de plantes utilisées, et a objectivé les résultats suivants :

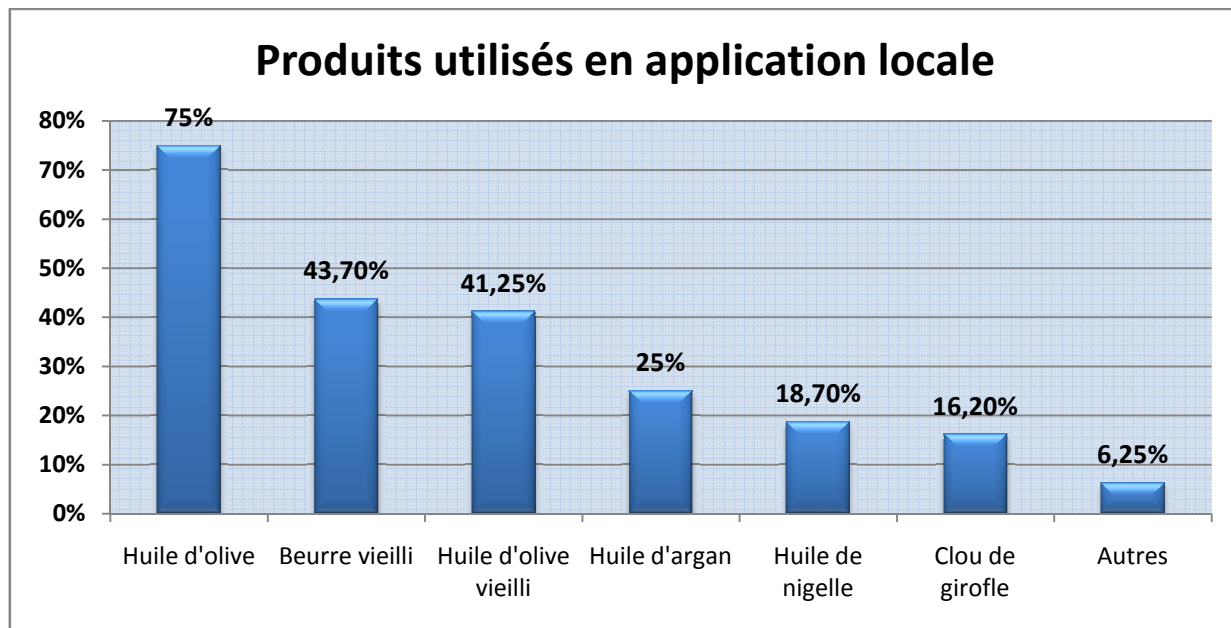
Le miel naturel qui rentre dans la préparation de la plupart des potions, a été utilisé par 56.3% des patients, 55% ont utilisé les grains de nigelle, 18.75% ont utilisé le câpre, le gingembre chez 12.5% des patients, le fenugrec dans 11.25% des cas et l'origan chez 10% des patients.

On note que 25% des malades ont ingéré des mélanges de plantes de compositions inconnues, délivrés par des herboristes. Le graphique ci-dessous présente l'ensemble des résultats :



Graphique [7] : Produits utilisés en ingestion

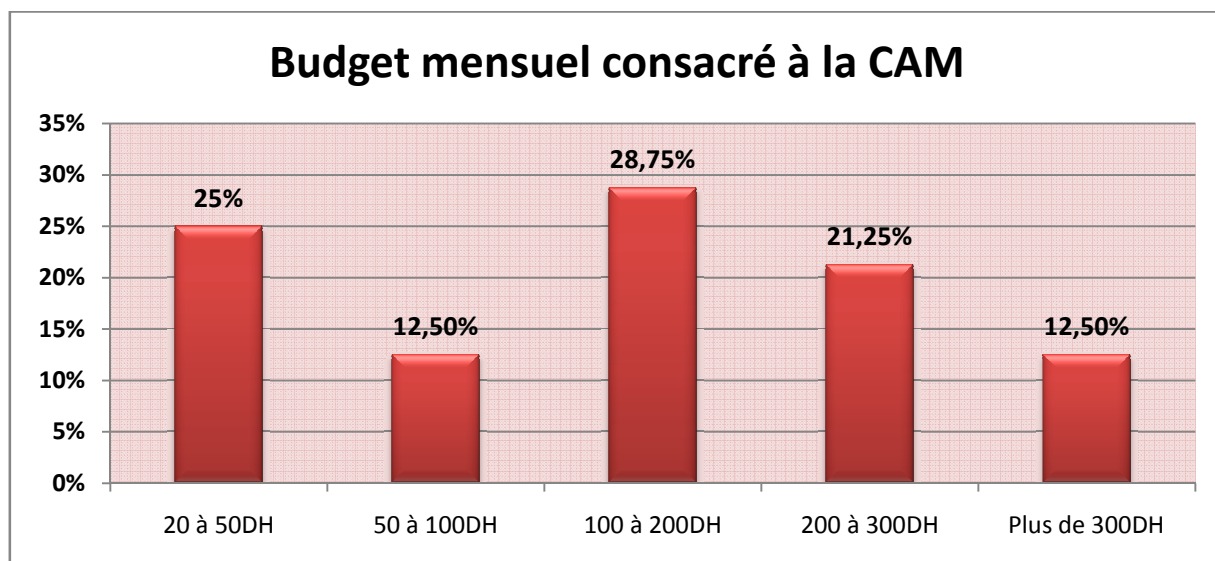
Les produits utilisés en application locale étaient par ordre de fréquence décroissant : l'huile d'olive (75% des cas), le beurre vieilli (43%), l'huile d'olive vieilli (41.25%) et l'huile d'argan (25% des cas). Le graphique qui suit détaille les résultats obtenus :



Graphique [8] : Les produits utilisés en application locale

e- Coût mensuel:

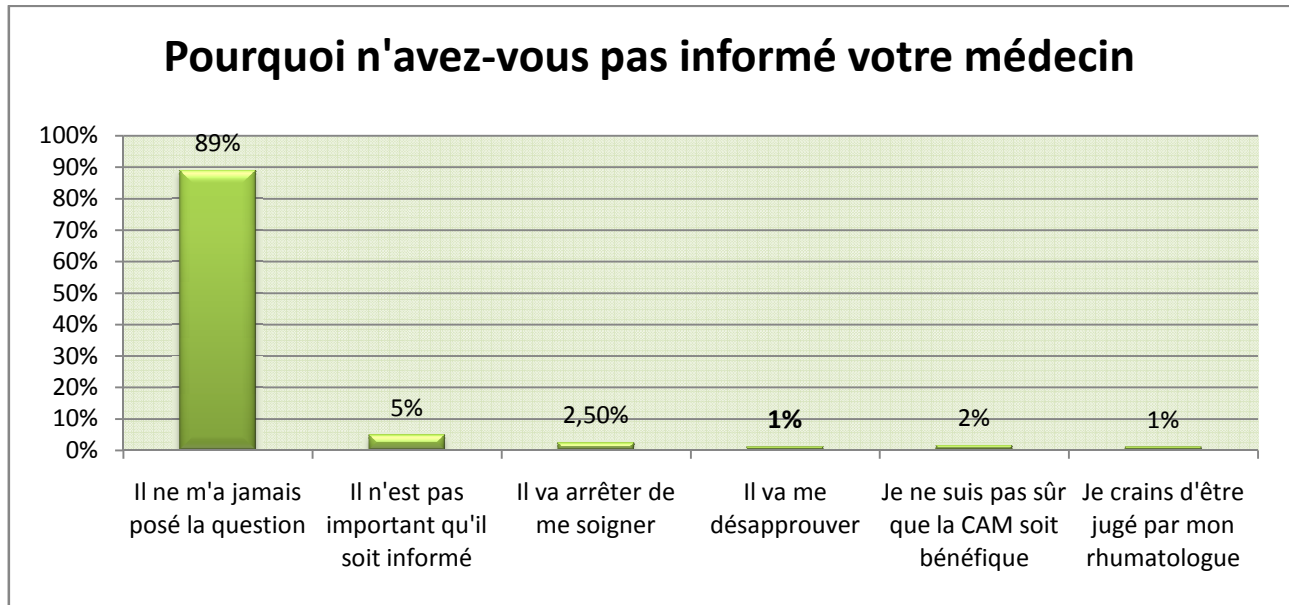
Le budget mensuel consacré par les patients pour la CAM, variait selon leur niveau socio-économique, et le type de CAM utilisé. Les patients sont répartis assez uniformément entre les cinq catégories que nous avons établies. Les résultats sont représentés dans le graphique suivant :



Graphique [9] : Coût mensuel de la CAM

III- RELATION MEDECIN-MALADE :

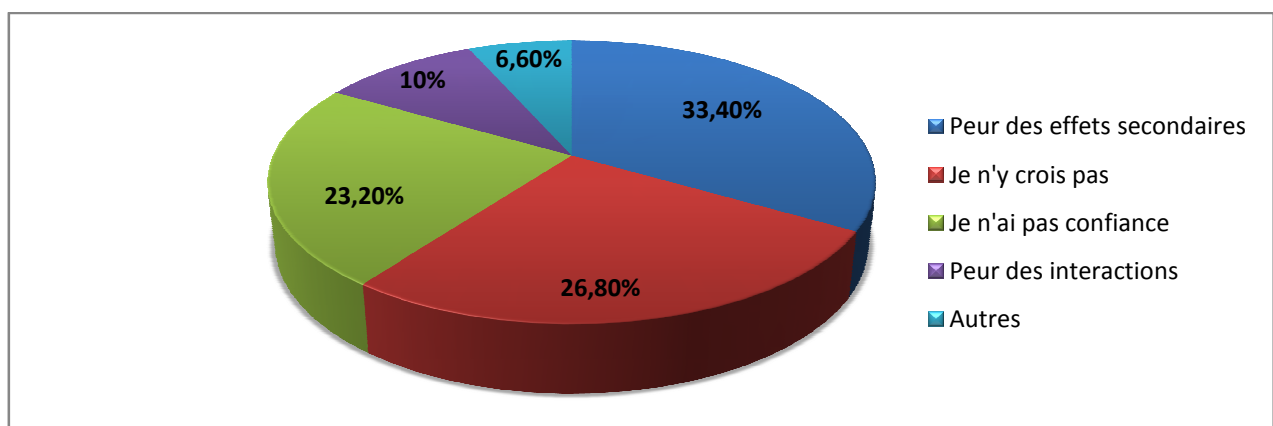
A la question « avez-vous informé votre rhumatologue de votre utilisation de la CAM ? », 75% des patients ont répondu par la négation. Concernant les raisons pour lesquelles les patients n'informaient pas leurs médecins : 89% de ceux-ci déclaraient ne pas avoir informé leur médecin parce qu'il ne le leur a jamais demandé. Le graphique ci-dessous présente le détail des réponses obtenues :



Graphique [10] : Relation médecin-malade (qualité du dialogue)

IV- LES RAISONS DE LA NON-UTILISATION DE LA CAM :

Les patients non utilisateurs de la médecine alternative ont cité plusieurs raisons pour leur abstinance : 33.4% ont déclaré avoir peur des effets secondaires de ces thérapies et 26.8% ne croyaient pas en son efficacité. Le reste des résultats est détaillé dans le graphique ci-dessous :

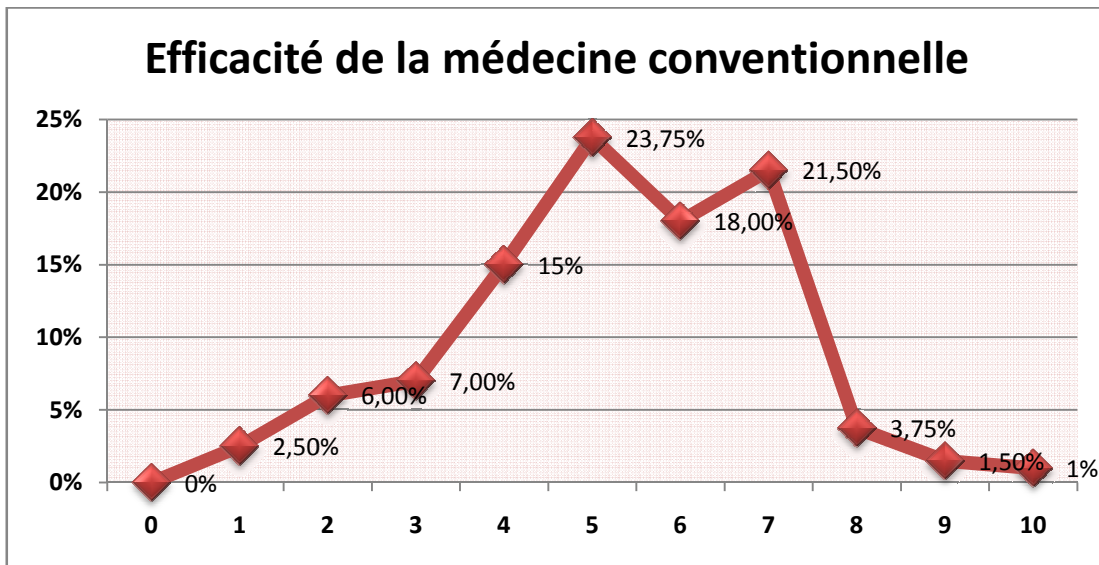


Graphique [11] : Raisons de la non-utilisation de la CAM

V- EVALUATION DE L'EFFICACITE DE LA CAM ET DE LA MC

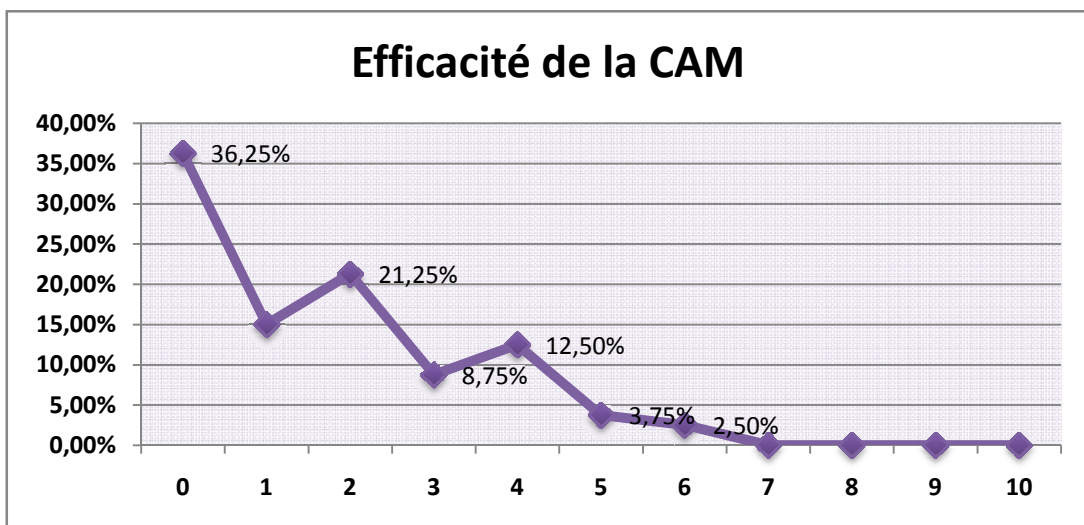
Cette partie de l'investigation vise à évaluer, par le patient, l'efficacité de la CAM et celle de la médecine conventionnelle, ainsi que l'efficacité des deux médecines combinées. Cette évaluation est faite par les patients en donnant une note de 0 « inefficace » à 10 « très efficace ». Les différents résultats ont été représentés sur des graphiques sous forme de courbes.

En ce qui concerne la médecine conventionnelle, on remarque sur la courbe ci-dessous que la majorité des patients lui ont donné une note allant de 0 à 7 avec un pic à la note de 5.



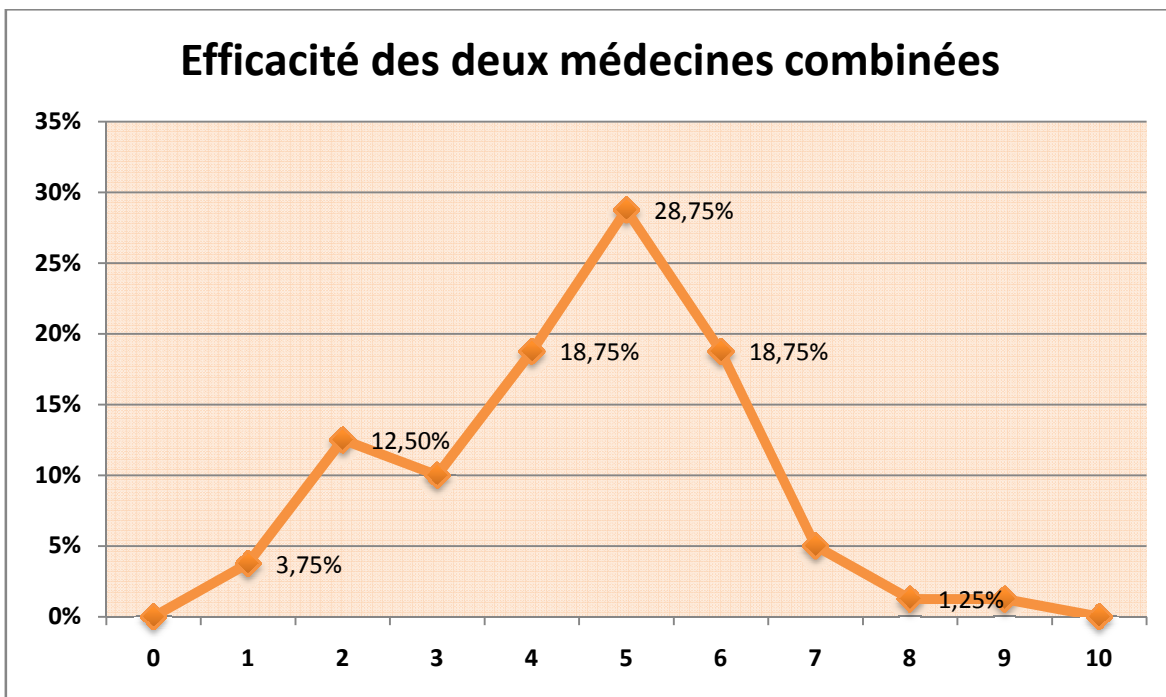
Graphique [12] : Evaluation subjective de la médecine conventionnelle

Pour la CAM, la courbe montre que la note donnée par la majorité des patients est inférieure à 5 avec un pic de fréquence à 0



Graphique [13] : Evaluation subjective de la CAM

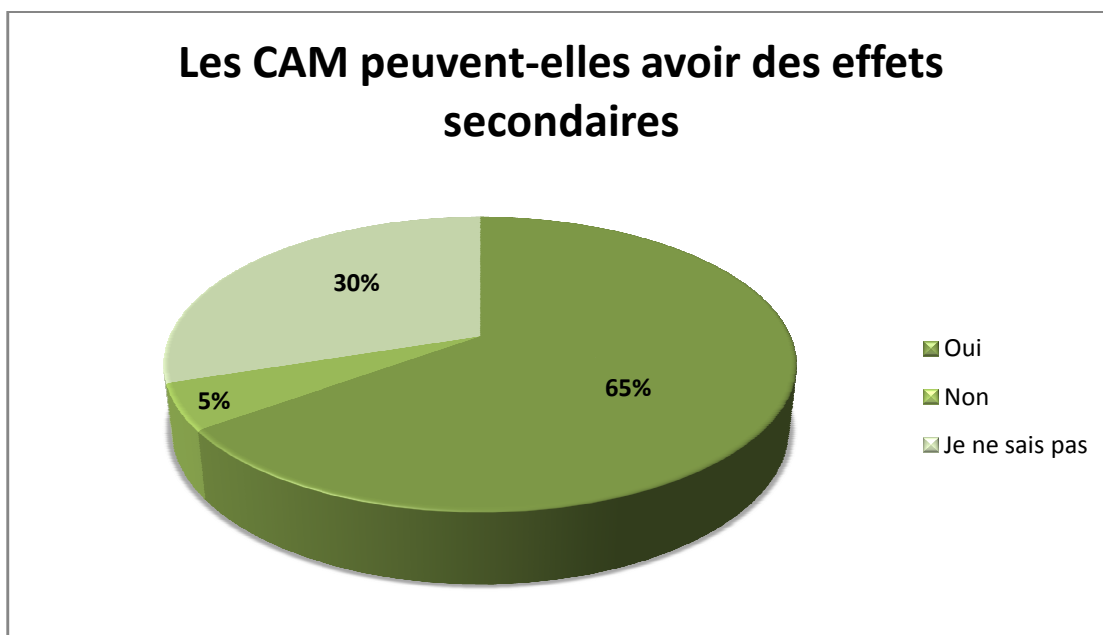
En ce qui concerne l'efficacité de la combinaison des deux médecines, on constate ci-dessous une courbure superposable à celle de l'efficacité de la médecine conventionnelle, avec aussi un pic à la note 5.



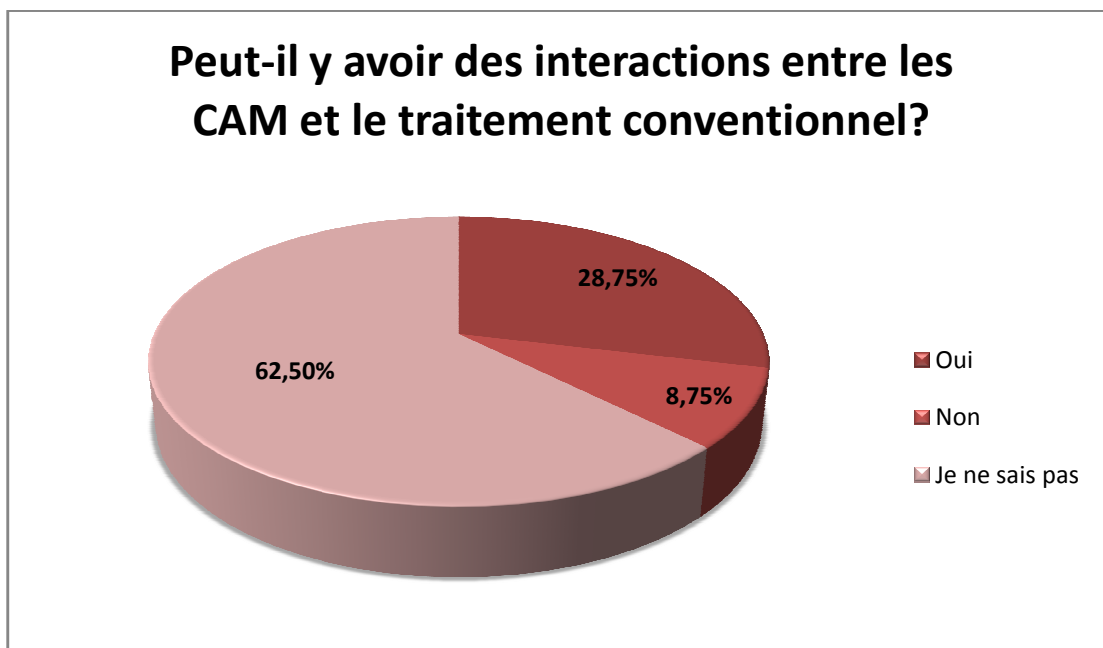
Graphique [14] : Evaluation subjective des deux médecines combinées

VI- CONNAISSANCE DES EFFETS SECONDAIRES ET DES INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

Deux questions ont été posées aux patients pour évaluer leur connaissance des effets secondaires que peuvent avoir les CAM et des interactions possibles entre les CAM et le traitement conventionnel, les résultats sont représentés dans les graphiques ci-dessous :



Graphique [15] : Connaissance des effets secondaires de la CAM



Graphique [16] : Interactions entre la CAM et la médecine conventionnelle

B. ETUDE ANALYTIQUE: COMPARAISON ENTRE UTILISATEURS/NON-UTILISATEURS DE LA CAM

Les utilisateurs et les non utilisateurs de la CAM ne diffèrent pas par l'âge, avec respectivement, une moyenne d'âge de 46.3ans et 47ans, valeurs qui restent très rapprochées.

En ce qui concerne le sexe, les utilisateurs de la CAM se composent de 72.5% de femmes et de 27.5% d'hommes ; et les non utilisateurs de 79.1% de femmes et de 20.9% d'hommes ; mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

Pour l'habitat, notre étude a objectivé que 60% des patients urbains sont des utilisateurs, alors que 69.3% des patients habitant en milieu rural le sont ; cette différence n'étant pas significative aussi.

Il n'y avait pas de différence significative entre utilisateurs et non utilisateurs concernant l'état matrimonial.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, nous avons réparti les patients en deux groupes :

- Bas niveau d'instruction : analphabète et niveau primaire.
- Moyen et haut niveau d'instruction : niveau secondaire et universitaire

Nous avons trouvé que seulement 59.6% des patients de bas niveau d'instruction étaient des utilisateurs de la CAM, alors que 84% des patients de moyen et haut niveau d'instruction l'étaient. Cette différence est significative avec un $p=0.001$. Une autre différence significative a été trouvée entre les patients ayant une profession et les patients sans profession ; 64.2% des patients sans profession étaient des utilisateurs de la CAM, alors que 83.6% des patient exerçant une profession l'étaient, avec un $p=0.024$

Nous comparons dans le tableau qui suit les différents paramètres cliniques et sociodémographiques des patients utilisateurs et non utilisateurs de la CAM :

		Utilisateurs	Non utilisateurs	p
Age (moyenne)		46,3%	47%	0,85
Sexe	Femmes	72,5%	79,1%	0,124
	Hommes	27,5%	20,9%	0,154
Habitat	Urbain	80,2%	82,2%	0,192
	Rural	19,8%	17,8%	0,210
Niveau d'instruction	Bas	59,6%	40,4%	0,062
	Moyen et haut	84%	16%	0,001
Profession	Oui	83,6%	16,4%	0,024
	Non	64,2%	35,8%	0,066
Délai d'évolution		13ans	11,5ans	0,096
BASDAI≥4		42%	39,7%	0,110
BASFI≥4		32,5%	34,1%	0,127
BAS-G (moyenne)		6	6,2	0,22
ASQoL (moyenne)		8	6,9	0,092
ASDAS≥1,3		67%	70%	0,073
AINS		68%	65,9%	0,092
Biothérapie		22%	18%	0,069

DISCUSSION

I- PREVALENCE DE L'UTILISATION DE LA CAM :

Dans notre étude, 72.5% des patients ont utilisé la CAM au moins une fois au cours de leur vie. Cette prévalence se situe dans la fourchette rapportée dans la littérature internationale, qui est comprise entre 28% et 90% [62]

Une étude américaine du centre de prévention et de la surveillance des maladies [63], trouve parmi les patients atteints d'arthrite, 82.8% utilisateurs de la CAM. Une étude israélienne similaire objective une proportion d'utilisateurs de 42% parmi les patients arthritiques [65]. Une étude turque incluant 318 patients atteint d'affections rhumatologiques trouve que presque la moitié de l'échantillon étudié (46.2%) ont eu recours à la CAM [66].

Deux autres études, l'une australienne [67] et l'autre allemande [68], sont plus comparables à la notre, puisqu'elles traitent spécifiquement la prévalence de l'utilisation de la CAM dans la SA, et ont rapporté respectivement une proportion de 94.7% et 52.1% d'utilisateurs.

On note à travers ces résultats qu'il n'y a pas de différence entre pays développés et pays en voie de développement en ce qui concerne la prévalence d'utilisation de la CAM.

II- CARACTERISTIQUES DES UTILISATEURS DE LA CAM :

1. Age et sexe :

Dans notre étude, les utilisateurs et les non utilisateurs de la CAM, ne différaient pas par l'âge, avec respectivement, des moyennes d'âge de 46.3ans et 47ans ($p=0.85$). L'étude israélienne trouve une moyenne d'âge pour les utilisateurs de 54ans, et de 57ans pour les non utilisateurs ($p=0.80$) [65].

En ce qui concerne le sexe, notre étude a retrouvé une proportion de 72.5% de femmes parmi les utilisateurs de CAM. Ce résultat est comparable aux résultats d'autres études : une étude australienne [67] trouve que 95% des utilisateurs sont des femmes. Une étude Israélienne a objectivé une proportion de 80% de femmes [65] et une étude américaine a mentionné qu'il ya plus de femmes que d'hommes parmi les utilisateurs [63]. Mais aucune des études, y compris la notre, n'a trouvé de différence significative concernant le sexe.

2. Niveau d'instruction et profession :

Des différences significatives entre utilisateurs et non utilisateurs ont été trouvées concernant le niveau d'instruction et l'exercice ou non d'une profession. En effet notre étude a objectivé que l'exercice d'une profession était associé à l'utilisation de la CAM (83.6% dans le groupe utilisateurs vs 64.2% dans le groupe non-utilisateurs ; $p=0.02$). Mais les données de littérature ne mentionnent pas de différence significative concernant ce point.

Concernant le niveau d'instruction, on a trouvé que les patients ayant un moyen et haut niveau d'instruction avaient plus recours à la CAM que les patients de bas niveau d'instruction avec un $p=0.001$. Ce résultat par contre, concorde avec les résultats des autres études. L'étude américaine a mentionné que plus de la moitié des utilisateurs avaient un niveau d'étude supérieur [63]. L'étude australienne a trouvé que les patients ayant un haut niveau d'instruction représentaient 44.4% des utilisateurs contre 25.8% des non utilisateurs, avec un $p=0.08$ [67]. L'étude israélienne a objectivé que 52% des patients avec un haut niveau d'études ont recours à la CAM contre 37% des non utilisateurs ($p=0.007$) [65].

3. Caractéristiques de la SA :

L'étude australienne n'a pas objectivé de lien entre l'utilisation de la CAM et la durée d'évolution ou le délai diagnostique. Les autres études n'ont pas mentionné de différence significative concernant l'activité, la sévérité, le retentissement fonctionnel et la qualité de vie entre le groupe des utilisateurs et le groupe des non-utilisateurs, ce qui va en harmonie avec nos résultats.

4. Raisons d'utilisation de la CAM :

L'étude des raisons poussant les patients à avoir recours aux CAM peut être d'un grand apport pour les praticiens dans leur pratique quotidienne. Notre étude a objectivé que 75% des patients utilisent la CAM dans un but de guérison et 18.8% pour soulager les symptômes. L'étude israélienne [65] a trouvé les proportions suivantes :

- 51% : bons résultats d'expériences antérieures d'autres patients.
- 26% : efficacité insuffisante de la médecine conventionnelle.
- 24% : prescriptions de médecin.
- 11% : effets secondaires de la médecine conventionnelle.

- 06% : influence de la publicité.

La comparaison des résultats montre le manque d'information chez les patients dans notre contexte concernant l'incurabilité de la SA.

5. Sources d'information :

Pour les sources d'information, nos patients ont suivi, dans une proportion de 81.3% les conseils de l'entourage. Ce résultat concorde avec ceux des autres études ; l'étude allemande trouve que 71.5% des patients ont eu leurs informations par l'entourage [68], alors que dans l'étude australienne [67], seulement 39% des patients ont suivi les conseils de la famille ou des amis, mais ceux-ci restent la source d'information la plus importante.

III- CARACTERISTIQUES DES CAM UTILISEES :

L'utilisation de la CAM dans notre contexte est plus concentrée sur les substances aux dépens des techniques, surtout par l'ingestion de plantes médicinales le plus souvent associées au miel naturel, ce qui est en accord avec la tradition médicinale de notre pays ; mais qui rend le problème des effets secondaires et des interactions entre les produits de la CAM et le traitement conventionnel plus sérieux, surtout que certaines plantes, par exemple la nigelle, sont connues par leur grande toxicité.

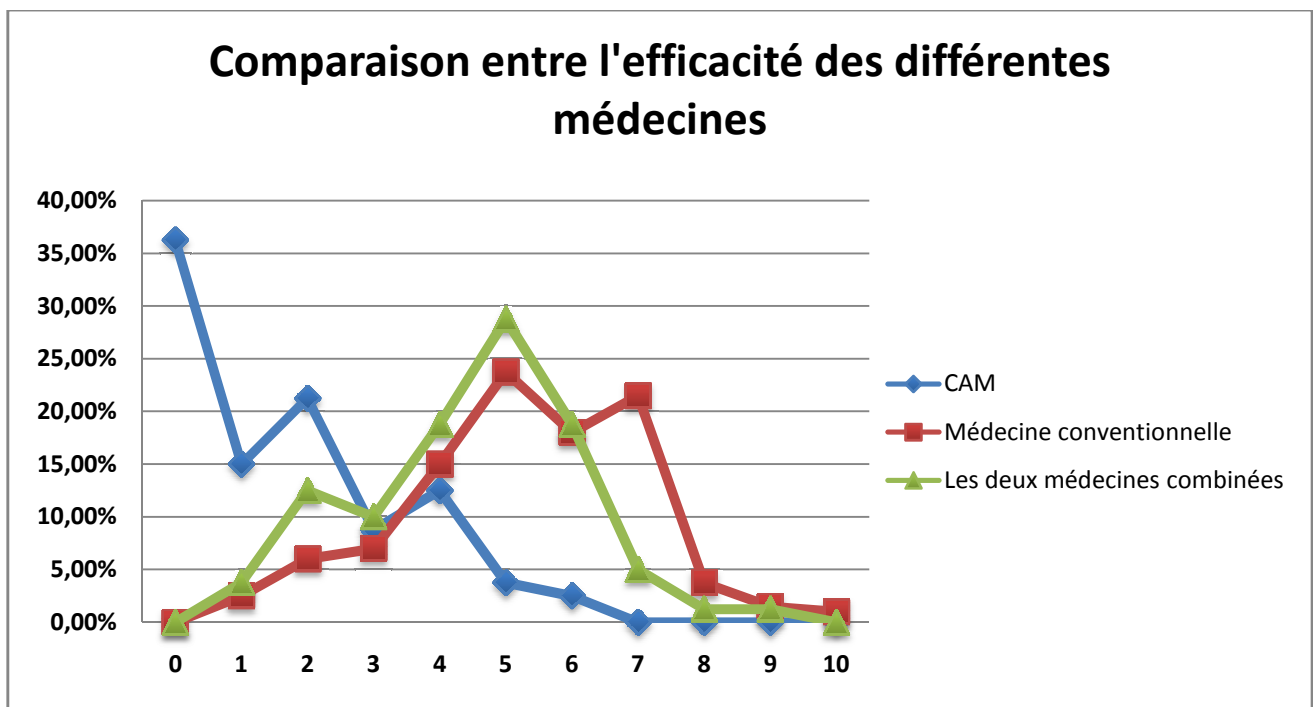
La littérature internationale montre que les résultats des études menées dans des pays en voie de développement ayant une médecine traditionnelle encore active, sont similaires aux nôtres sur deux points : l'importance de l'utilisation de la médecine traditionnelle locale, et le penchant pour l'utilisation de substances en ingestion aux dépens des techniques.

En effet, en Inde, les patients utilisent en premier lieu l'Ayurveda (la médecine traditionnelle indienne), avec une proportion de 28% et 20% utilisent l'homéopathie [64] ; et en Corée du Sud, 84% des patients optent pour la médecine traditionnelle orientale, et 70.4% utilisent des substances végétales et animales en ingestion [61]. Par contre, les patients des pays développés évitent d'utiliser les substances en ingestion ; ainsi l'étude américaine montre que 60% des patients utilisent des produits en application locale, 49% les thérapies spirituelles [63] ; et 44% des patients israéliens utilisent l'acupuncture [65]. Ceci pourrait s'expliquer par la conscience et donc la crainte, des patients de ces pays ; des effets secondaires et des interactions que peut générer ce genre de thérapies.

IV- PERCEPTION DE L'EFFICACITE DES DIFFERENTES MEDECINES :

La perception de l'efficacité des différentes médecines par les patients, bien que très subjective, nous rapproche de leurs efficacités réelles.

Nos résultats montrent clairement que nos patients estiment que le traitement conventionnel est bien plus efficace que les traitements alternatifs, ce qui prouve que l'utilisation des CAM n'est pas due à un manque de confiance en la médecine conventionnelle. Ainsi l'analyse des courbes montre une superposition presque parfaite entre la courbe de l'efficacité de la médecine conventionnelle et celle des deux médecines combinées, prouvant que la majorité des patients ne trouvent pas la CAM bénéfique.



Graphique [17] : Comparaison subjective entre l'efficacité des différentes médecines

Les autres études sont partagées sur la question, ainsi l'étude indienne objective que 78% des patients estimaient l'utilisation de la CAM sans bénéfiques [64]. Dans l'étude australienne [67] et celle de Vecchio et Al. [69], les utilisateurs estimaient que la médecine conventionnelle était plus efficace que la médecine complémentaire, ce qui concorde avec nos résultats, alors que 35% des patients coréens notent une amélioration de leurs symptômes après utilisation [61].

V- RELATION MEDECIN-MALADE :

Plusieurs études se sont intéressées à la relation rhumatologue-malade en ce qui concerne l'utilisation de la CAM dans le traitement des affections rhumatologiques, ainsi :

- Marsh et col [70] ont trouvé que 40.6% des patients n'ont pas rapporté leur utilisation de la CAM à leur médecin, et selon cette même étude, les raisons qui les ont poussés étaient que le sujet de la CAM n'est pas important (29.7%), que le médecin ne sera pas intéressé (13.5%) ou qu'il n'a pas de connaissances sur la CAM (8.2%).
- Herman et col [71] a conclu que la clé de parler de l'utilisation ou non de la CAM est lié au fait que le médecin pose directement la question. Une autre étude de la même équipe [36] trouve que 22.6% des patients utilisateurs n'ont jamais mentionné leur CAM à leur médecin.
- L'étude sud-coréenne [61] trouve que 72% des utilisateurs n'ont jamais discuté de leur utilisation de la CAM avec leurs médecins.
- Dans l'étude indienne [64], 87% des patients ne l'ont jamais fait avec comme raison principale le fait que le médecin ne leur a jamais demandé.

Ces résultats concordent partiellement avec les notres. Dans notre travail, 75% des utilisateurs n'ont pas parlé à leur médecin au sujet de leur CAM. Ce pourcentage est élevé par rapport à la littérature, et pourrait être expliqué par la vulgarisation de certains types de CAM (huiles essentielles...) le manque de sensibilisation à ce sujet.

Pourtant cette discussion est d'une importance capitale, vu le risque des effets secondaires de la CAM et ses interactions possibles avec le traitement conventionnel.

LIMITES DE L'ETUDE

Notre étude, comme la plus part des études similaires, ne permet pas d'évaluer la vraie prévalence des patients atteints de SA utilisant la CAM, car tous les patients qui y sont inclus, étaient suivis au CHU Hassan II. Nous avons aussi remarqué que la plupart des patients utilisateurs de la CAM étaient déçus du traitement alternatif reçu, ce qui les a amenés à la médecine conventionnelle, ce fait laisse à suggérer qu'une autre catégorie de patients ne suit que le traitement alternatif ; donc notre échantillon n'est pas représentatif de la population atteinte de SA.

D'un autre côté, le questionnaire a été présenté aux patients par 2 investigateurs, ce qui ne permet pas d'écarter qu'il y ait eu une différence concernant le recueil des données et l'influence sur les patients. En effet la présence d'un médecin auprès des malades est certes indispensable, vu le taux élevé d'analphabètes et la nécessité de recueillir correctement les données cliniques, mais elle pourrait fausser les résultats car la présence d'un représentant de la médecine conventionnelle aurait pu dissuader les patients de divulguer leur utilisation de la CAM, ainsi que d'évaluer correctement son efficacité.

Une autre limite de cette étude, est l'évaluation de l'efficacité de la CAM, notre étude étant transversale ne permet pas d'évaluer l'efficacité de la CAM utilisée. Les différents types de CAM utilisés n'ont pas été jugés séparément.

CONSTATS

ET

PROPOSITIONS

La CAM dans notre étude est dominée par l'ingestion de plantes par des malades ayant un niveau d'instruction élevé. L'incompréhension entre le rhumatologue et son patient réside souvent dans le fait que le premier ne voit que les effets toxiques potentiels et le risque que le patient abandonne son traitement, tandis que le patient ne voit que les effets positifs de la médecine complémentaire sa maladie.

En pratique, il est important de pouvoir conseiller son patient au sujet de la CAM, tout d'abord en initiant un dialogue. Il ne faut pas hésiter à demander au patient d'apporter les substances utilisées. Trois situations sont possibles : soit le praticien connaît les toxicités du produit et peut de suite en informer le patient, soit le praticien va chercher les informations sur cette substance puis il en informe le patient, soit il ne trouve pas d'information sur cette substance mais informe son patient qu'aucune étude n'est faite jusqu'à ce jour et qu'il peut exister des interactions avec le traitement conventionnel ou des effets secondaires.

Le bénéfice que peuvent apporter certaines médecines alternatives comme traitement complémentaire dans le traitement de la SA est indéniable, cependant la rareté des études méthodologiquement correctes visant à prouver leur efficacité et à préciser leurs commodités d'emploi, ainsi que la désorganisation et le manque de professionnalisme de ce secteur dans notre pays empêchent son intégration au système de santé.

En effet, l'OMS recommande l'intégration de la CAM dans les systèmes de santé, mais pour que cette intégration soit possible et acceptée par les professionnels de la santé, la CAM, à l'image de la médecine conventionnelle, devrait bénéficier d'études méthodologiques pour répertorier les types de CAM ayant des effets thérapeutiques, leurs indications, leurs doses thérapeutiques et toxiques, et les interactions qu'elles peuvent engendrer.

Il est indispensable que la médecine traditionnelle occupe une place importante dans la démarche de recherche de soins par les marocains, ce qui impose que ce secteur soit organisé et réglementé. De ce fait, il est impératif de créer un organisme similaire au NCCAM (National Center of Complementary and Alternative Medicine), ayant pour rôle de mener des études concernant la CAM, de faire des recommandations et de mettre en place un cadre réglementaire et juridique pour ce secteur.

CONCLUSION

Une proposition importante de patients marocains atteints de SA a recours à la CAM. En effet, notre étude, la première de son genre dans notre pays, a objectivé que 72.7% des malades ont utilisé la CAM dans le traitement de leur maladie et que le motif de cette utilisation était principalement pour guérir la maladie. Notre étude a souligné également la grande diversité des types de CAM utilisés dominés par la phytothérapie. Un niveau d'instruction moyen et haut ainsi que l'exercice d'une profession étaient des facteurs prédictifs d'utilisation de la CAM. La CAM, à l'instar de la médecine conventionnelle, doit bénéficier d'études scientifiques évaluant ses éventuels bénéfices, ses toxicités et ses interactions avec le traitement conventionnel afin que le rhumatologue ou le généraliste puisse conseiller et avertir correctement l'utilisateur. Dans l'attente de ces études, qui restent méthodologiquement difficiles au cours d'une maladie qui évolue vers l'ankylose irréversible, il nous paraît très important de :

- Informer le patient sur sa maladie, son caractère chronique, sur ses traitements disponibles et surtout l'absence de traitement curatif.
- Ouvrir un dialogue sur la CAM en posant des questions directes sur ce sujet après avoir gagné confiance du patient afin de pouvoir le conseiller sur ses effets bénéfiques éventuels mais surtout toxiques.

RESUME

La médecine alternative et complémentaire (CAM) est l'ensemble des systèmes de soins, de pratiques et de produits, ne faisant pas partie de la médecine conventionnelle.

Dans notre travail, nous avons étudié son utilisation par une population de patients atteints de spondyloarthrite ankylosante (SA), suivis en hospitalier ou en consultation au CHU Hassan II. Nous nous sommes intéressés à la prévalence d'utilisation, aux types de thérapies utilisées, aux raisons du recours à ces médecines et la relation médecin-malade a été analysée sur l'existence et la qualité du dialogue concernant le CAM.

Parmi les 110 patients inclus dans cette étude, 72.7% ont utilisé au moins une fois la CAM dans leur vie, 54% ont déclaré avoir commencé l'utilisation à l'annonce de leur SA, et 23% des patients utilisaient la CAM avant la déclaration de leur maladie. 75% des patients ont déclaré avoir utilisé la CAM dans un but de guérison, et 18.80% pour soulager les symptômes. 81.3% ont suivi les conseils de l'entourage pour le choix de la CAM.

Concernant les types de CAM, 75% des patients ont utilisé les plantes médicinales en ingestion, 67.50% ont utilisé les massages avec ou sans application d'un produit, 56.30% ont eu des cures thermales, et 40% ont eu recours aux bains de sable et à l'acupuncture. Au sujet des produits ingérés, le miel naturel a été utilisé par 56.30% des patients, 55% ont utilisé les grains de nigelle, 25% ont ingéré des mélanges de plantes de compositions inconnues, 18.75% ont eu recours au câpre et 12.50% ont utilisé le gingembre.

75% des patients n'ont pas informé leur médecin sur leur utilisation de la CAM, et 89% de ceux-ci déclaraient ne pas l'avoir fait par ce qu'il ne leur a jamais demandé.

Les utilisateurs et les non utilisateurs de la CAM ne différaient ni dans l'âge, ni dans le sexe, ni dans l'habitat... Par contre le statut professionnel et le haut niveau d'instruction étaient des facteurs prédictifs de l'utilisation de la CAM ($p=0.02$, $p=0.001$ respectivement)

ABSTRACT

The complementary and alternative medicine (CAM) is the set of health care systems, practices and products that are not part of conventional medicine. In our work, we studied its use by a population of patients with ankylosing spondylitis (AS), followed in hospital or consultation. We looked at the prevalence of use, types of therapies used, reasons for the use and the doctor-patient relationship was analyzed on the existence and quality of dialogue concerning the CAM.

Of the 110 patients included in this study, 72.7% used at least once in their lives CAM, 54% said they had started using it when their AS was announced and 23% of patients used CAM before knowing about their disease. 75% of patients reported using CAM for the healing purpose, 18.80% to relieve symptoms. 81.3% followed the advice of those around for the choice of CAM.

Regarding the types of CAM, 75% of patients used medicinal plants in ingestion, 67.50% used massage with or without application of a product, 56.30% used spa treatments, and 40% of patients used to have sand baths and acupuncture. About the ingested products, natural honey was used by 56.30% of patients, 55% used black cumin, 25% of ingested plant mixtures of unknown composition, 18.75% used the caper and 12.50% the ginger.

75% of patients did not inform their doctor about their use of CAM, 89% of them said that they have never done it because they have not been asked to do so.

Users and non users of CAM do not differ in age, sex or background... However, the practice of profession ($p=0.001$) and high level of education ($p=0.02$) are predictors of the use of CAM.

ملخص

الطب البديل و التكميلي هو مجموعة من نظم الرعاية الصحية والممارسات و المنتجات التي لا تنتمي إلى الطب التقليدي.

في عملنا هذا درسنا استعماله من قبل عينة من المرضى الذين يعانون من داء التهاب الفقار الرثياني, المتابعين عن طريق الإقامة في المستشفى أو الاستشارة الطبية. و قد نظرنا في, معدل انتشار الاستعمال, و تحليل أنواع العلاجات المستعملة, و أسباب استخدام هذه العلاجات, و العلاقة بين الطبيب و المريض التي تم تحليلها حسب وجود و نوعية الحوار حول الطب البديل و التكميلي.

من بين 110 حالة المدرجة في هذه الدراسة 72.7 % استخدمت مرة واحدة على الأقل في حياتها الطب البديل و التكميلي, 54 % صرحت بأنها بدأت استعماله عندما علمت بإصابتها بداء التهاب الفقار الرثياني, و استخدمت 23 % قبل ظهور المرض. أفاد 75 % من المرضى أنهم استعملوه لغرض الشفاء, و 18.8 % لتخفيف الأعراض. 81.3 % اختاروا اللجوء إلى الطب البديل و التكميلي إتباعا لنصائح أشخاص من الوسط المحيط بهم.

فيما يتعلق بأنواع الطب البديل و التكميلي, 75 % من المرضى استخدموا النباتات الطبية عن طريق البلع, 67.5 % استخدموا التدليك مع أو بدون استعمال مستحضرات, 56.3 % لجؤوا إلى الحمامات المعدنية الطبيعية و 40 % إلى حمامات الرمال و الوخز بالإبر. أما بالنسبة للمنتجات المأخوذة عن طريق البلع, فالعسل استعمال من قبل 56.3 % من المرضى, 55 % استعملوا الحبة السوداء, 25 % استعملوا خلطات نباتية مجهولة التركيب, 18.75 % استخدموا الزنجبيل و 12.5 % استعملوا الحلبة.

75 % من المرضى لم يبلغوا أطبائهم استخدامهم الطب البديل و التكميلي و 89 % منهم صرحوا بأنهم لم يفعلوا ذلك لكونهم لم يسبق أن طلب منهم ذلك.

المستعملون و غير المستعملين للطب البديل و التكميلي لا يختلفون لا من حيث السن ولا من حيث الجنس و لا من حيث المسكن... بينما مستوى التعليم المتوسط و العالي و ممارسة مهنة تعتبر عوامل تنبؤية باستعمال الطب البديل و التكميلي.

ANNEXES

ANNEXE 1 :

CRITERES DE NEW YORK MODIFIES

1. Critère radiologique

- a. Sacroiliite de grade \geq à 2 si sacroiliite bilatérale ou
- b. Sacro-iliite de grade \geq 3 si sacroiliite unilatérale

2. Critères cliniques (au moins 1)

- a. Lombalgies et raideur lombaire de plus de trois mois améliorées par l'activité physique et non soulagées par le repos.
- b. Limitation de la mobilité du rachis lombaire dans le plan sagittal et frontal.
- c. Limitation de l'expansion thoracique par rapport aux valeurs de sujets de même âge et même sexe.

Référence : van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. Arthritis Rheum 1984;27(4):361-8.

FICHE D'EXPLOITATION

EUDE SUR L'UTILISATION DE LA MÉDECINE ALTERNATIVE AU COURS DE LA SPONDYLOARTHRITE ANKYLOSANTE

I- IDENTITE :

Nom et prénom :

N° du dossier :

IP :

Téléphone :

Sexe : 1. Homme 0. Femme : Ménopausée : 1. Oui 0. Non

Lieu d'habitat : 0. Urbain 1. Rural 2. Suburbain

Age :

Profession : 0. Agriculteur 1. Artisan, commerçant ou chef d'entreprise 2. Profession libérale
3. Fonctionnaire 4. Employé 5. Ouvrier 6. Retraité 7. Sans

profession

Niveau d'instruction : 1. Primaire 2. Secondaire 3. Enseignement supérieur 0. Analphabète

Statut marital : 1. Marié(e) 2. Veuf (ve) 3. Divorcé(e) 0. Célibataire

Habitudes toxiques : Tabagisme : 1. Oui 0. Non Alcoolisme : 1. Oui 0. Non

II- SITUATION CLINIQUE :

Date des premiers symptômes :

Date de diagnostic de la maladie :

Délai diagnostique :

Appréciation globale de la maladie par le patient : BASG :

Appréciation de l'activité de la maladie : BASDAI : ASDAS :

Appréciation de l'impotence fonctionnelle : BASFI :

Appréciation de la qualité de vie : ASQoL :

Manifestations extra-articulaires : 0. RAS 1. Oculaire 2. Pulmonaire 3. Digestive 4. Autres

III- EXAMEN CLINIQUE :

Poids (Kg) : Taille (cm) : IMC :

Indice de Schober :

Distance doigt-sol :

Ampliation thoracique :

DMS : Flexion : Extension :

DMA : Droit : Gauche :

DTA : Droit : Gauche :

Distance occiput-mur : Distance C7-mur : Distance L3-mur :

IV- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

VS :

CRP :

HLA B27 : 0. Négatif 1. Positif 2. Non fait

Score radiologique : BASRI :

V- TRAITEMENTS :

Traitement médical :

- AINS : 0. Non 1. Oui
Si oui :

Molécules :

Durée :

En cours : 0. Non 1. Oui

- Antalgiques : 0. Non 1. Oui
Si oui : Molécules :
Durée :
En cours : 0. Non 1. Oui
- Anti-TNF : 0. Non 1. Oui
Si oui : Molécules :
Durée :
En cours : 0. Non 1. Oui
- Autres :
- Rééducation** : 0. Jamais 1. Parfois 2. Régulièrement
- Activité physique** : 0. Non 1. Oui
Si oui : Quel type :
Quel rythme :

VI- MEDECINE ALTERNATIVE :

Utilisez-vous ou avez utilisé la médecine alternative ?

0. Non 1. Oui

Si non, pourquoi ?

0. J'ai peur des effets secondaires 1. J'ai peur des interactions
2. Je n'y crois pas 3. Je n'ai pas confiance 4. Autres (précisez)

Si oui à quel moment ?

0. J'ai toujours utilisé des médecines alternative et cela bien avant ma SA
1. Lors de l'annonce de mon SA
2. Dès que j'ai su que j'allais recevoir un traitement au long cours
3. Après que j'ai commencé mon traitement
4. Autre (Précisez) :

Quel type de médecine alternative avez-vous ou utilisez-vous et à quelle fréquence ?

Codage		0	1	2	3	4	5
	Oui Non	Au moins une fois/j	Au moins une fois/ sem	Au moins une fois/mois	Au moins une fois/ trimestre	Au moins une fois/an	Une seule fois
Acupuncture							
Plantes (précisez)							
Huiles essentielles/ massage							
Homéopathie							
Piqures d'abeilles							
Médecine chinoise							
Ostéopathie							
Cures thermale (précisez)							
Bains de sables (précisez)							
Saignée							
Autres (précisez)							

Pourquoi avez-vous utilisé ou utilisez-vous la médecine alternative dans le traitement de votre SA ?

0. Pour atténuer les effets secondaires des traitements
1. Pour soulager la douleur 2. Pour soulager la raideur 3. Pour guérir la maladie
4. A cause de contraintes économiques 5. Autres (précisez)

Comment connaissez-vous la médecine alternative ?

0. Internet 1. Presse (livre, revue, journal, télé, radio) 2. Entourage
3. Médecin 4. Autres patients 5. Autres (précisez)

Avez-vous discuté avec votre rhumatologue de la médecine alternative ?

0. Non 1. Oui

Si non, pourquoi ?

Si oui, êtes vous satisfait de sa réponse ?

0. Non 1. Oui

Si vous utilisez la médecine alternative en avez-vous informé votre rhumatologue ?

0. Non 1. Oui

Si non pourquoi ?

0. Mon rhumatologue ne m'a jamais posé de questions sur les autres thérapies
1. Mon rhumatologue ne me comprendrait pas
2. Mon rhumatologue va me décourager ou désapprouver
3. Il n'est pas important que mon rhumatologue soit informé
4. Mon rhumatologue ne va pas continuer à me traiter
5. Je ne suis pas sûr(e) que la médecine alternative soit bénéfique
6. Je crains d'être jugé par mon rhumatologue
7. Autres : Précisez:

Pensez-vous que la médecine alternative peut avoir des effets secondaires ?

0. Non 1. Oui 2. Je ne sais pas

Pensez-vous que la médecine alternative peut avoir des interactions avec votre traitement ?

0. Non 1. Oui 2. Je ne sais pas

Sur cette échelle, à combien évaluez-vous l'efficacité de la médecine alternative ?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sur cette échelle, à combien évaluez-vous l'efficacité de la médecine conventionnelle ?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sur cette échelle, à combien évaluez-vous l'efficacité combinée des deux ?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Coût mensuel :

0. 20 à 50 DH 1. 50 à 100 DH 2. 100 à 200 DH
3. 200 à 300 DH 4. > 300 DH

ASDAS (Ankylosing Spondylarthritis Disease Activity Score)

EVA douleur= 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EVA raideur= 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NAD et/ou NAG= ...

EVA activité= 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

CRP=... mg/l

Appréciation globale de la maladie par le patient : BASG (Bath Ankylosing Spondylitis - Global score)

- Comment évaluez-vous l'effet de votre maladie sur votre état général durant la semaine précédente ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Comment évaluez-vous l'effet de votre maladie sur votre état général durant les 6 mois précédents ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Score radiologique BASRI

Radiographies à considérer :

- o Bassin de face
- o Rachis lombaire de face
- o Rachis lombaire de profil
- o Rachis cervical de profil

• Méthode de Calcul

Un système de score global pour le rachis lombaire de profil, le rachis lombaire de face et le rachis cervical de profil définit le BASRI. Chaque radiographie est évaluée en utilisant la méthode suivante :

0 = stade normal

1 = stade douteux

2 = stade léger : érosion, squaring évident, ou sclérose, sur moins de 3 vertèbres

3 = stade modéré : syndesmophytes sur au moins 3 vertèbres, incomplets, ou avec fusion ne dépassant pas alors 2 vertèbres

4 = stade sévère : fusion concernant au moins 3 vertèbres

Les hanches sont évaluées sur une radiographie de bassin de face où :

0 = stade normal

1 = stade douteux

2 = stade léger : interligne pincé de façon circonférentielle, restant de plus de 2 mm

3 = stade modéré : interligne pincé, inférieur ou égal à 2 mm, ou production osseuse de moins de 2 cm)

4 = stade sévère (déformation de la tête ou production osseuse de plus de 2 cm)

Le score sera augmenté d'un point lorsqu'il y a au moins 2 des 3 anomalies suivantes : érosions, ostéophytes, protrusion.

ASQoI

- | | | |
|-----|---|--------------|
| 1. | My condition limits the places I can go: | 0. No 1. Yes |
| 2. | I sometimes feel like crying: | 0. No 1. Yes |
| 3. | I have difficulty dressing: | 0. No 1. Yes |
| 4. | I struggle to do jobs around the house: | 0. No 1. Yes |
| 5. | It's impossible to sleep: | 0. No 1. Yes |
| 6. | I am unable to join in activities with my friends/family: | 0. No 1. Yes |
| 7. | I am tired all the time: | 0. No 1. Yes |
| 8. | I have to keep stopping what I am doing to rest: | 0. No 1. Yes |
| 9. | I have unbearable pain: | 0. No 1. Yes |
| 10. | It takes a long time to get going in the morning: | 0. No 1. Yes |
| 11. | I am unable to do jobs around the house: | 0. No 1. Yes |
| 12. | I get tired easily: | 0. No 1. Yes |
| 13. | I often get frustrated: | 0. No 1. Yes |
| 14. | The pain is always here: | 0. No 1. Yes |
| 15. | I feel I miss out on a lot: | 0. No 1. Yes |
| 16. | I find it difficult to wash my hair: | 0. No 1. Yes |
| 17. | My condition gets me down: | 0. No 1. Yes |
| 18. | I worry about letting people down: | 0. No 1. Yes |

BIBLIOGRAPHIE

- [1] NCCAM Publication No. D347. Updated November 2010. What is Complementary and Alternative Medicine ? (Disponible sur <http://nccam.nih.gov>)
- [2] Zollman C., Vickers A. ABC of complementary medicine. What is complementary medicine ? BMJ 1999 ; 319 : 693-696.
- [3] Lannoye P. Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles de la commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs. Publication du Parlement européen. Documents de séance N°A4-0075/97.
- [4] Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle, OMS. Publiés en 2000 par l'OMS. (Disponible sur le site de l'OMS <http://www.who.int>)
- [5] Barel Y. ; Butel M. (1998). Les médecines parallèles : quelques lignes de force. pp 237-277. Documentation française/ Mire, le point sur. France.
- [6] Note d'information aux médias. 7 décembre 2010 / TOKYO. L'OMS définit des normes en matière d'information pour la médecine traditionnelle. (Disponible sur le site de l'OMS <http://www.who.int>)
- [7] Discours du directeur général de l'OMS, Conférence internationale sur la médecine traditionnelle pour les pays d'Asie du Sud-Est, New Delhi, Inde, 12-14 février 2013.
- [8] Organisation mondiale de la santé (2002). Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005
- [9] Stratégie pharmaceutique de l'OMS 2004-2007. Genève, organisation mondiale de la santé, 2004 (WHO/EDM/2004.5)
- [10] Continuity and change - implementing the third WHO medicines strategy : 2008-2013. Genève, organisation mondiale de la santé, 2009 (WHO/EMP/2009.1)
- [11] BALLAKHDAR J. Une nouvelle optique de la médecine traditionnelle au Maroc. Forum Mond Santé 1989 ;10(2) :209-215
- [12] HAMAMOUCHE M. LES PLANTES MEDICINALES ET AROMATIQUES MAROCAINES. Edition 1999, 389p.

- [13] J.Bellakhdar, Renée Claisseb, Jacques Fleurentic, and Chafique Younos. Repertory of standard herbal drugs in the Moroccan pharmacopoea Journal of Ethnopharmacology Volume 35, Issue 2, December 1991, Pages 123-143.
- [14] Ghannadi A, Hajhashemi V, Jafarabadi H. An investigation of the analgesic and anti-inflammatory effects of *Nigella sativa* seed polyphenols. J Ethnopharmacol. 2001 Jun ;76(1) :45-8.
- [15] Vaillancourt F, Silva P, Shi Q, Fahmi H, Fernandes JC, Benderdour M. Elucidation of molecular mechanisms underlying the protective effects of thymoquinone against rheumatoid arthritis. J Cell Biochem. 2011 Jan ;112(1) :107-17.
- [16] Al-Ghamdi MS. The anti-inflammatory, analgesic and antipyretic activity of *Nigella sativa*. J Ethnopharmacol. 2001 Jun ;76(1) :45-8.
- [17] Salem ML. Immunomodulatory and therapeutic properties of the *Nigella sativa* L. seed. Int Immunopharmacol. 2005 Dec ;5(13-14) :1749-70.
- [18] Tekeoglu I, Dogan A, Ediz L, Budancamanak M, Demirel A. Effects of thymoquinone (volatile oil of black cumin) on rheumatoid arthritis in rat models. Phytother Res. 2007 Sep ;21(9) :895-7.
- [19] Woo CC, Kumar AP, Sethi G, Tan KH. Thymoquinone : Potential cure for inflammatory disorders and cancer. Biochem Pharmacol. 2011 Oct 10.
- [20] Ahmadiani A, Javan M, Semnanian S, Barat E, Kamalinejad M. Anti-inflammatory and antipyretic effects of *Trigonella foenum-graecum* leaves extract in the rat. Journal of Ethnopharmacology Volume 75, Issues 2-3, May 2001, Pages 283-286.
- [21] Javan M, Ahmadiani A, Semnanian S, Kamalinejad M. Antinociceptive effects of *Trigonella foenum-graecum* leavec extract. Journal of Ethnopharmacology Volume 58, Issue 2, October 1997, Pages 125-129.
- [22] Kawabata T, Cui MY, Hasegawa T, Takano F, Ohta T. Anti-inflammatory and anti-melanogenic steroidal saponin glycosides from Fenugreek (*Trigonella foenum-graecum* L.) seeds. Planta Med. 2011 May ;77(7) :705-10. Epud 2010 Oct 26.
- [23] Vyas S, Agrawal RP, Solanki P, Trivedi P. Analgesic and anti-inflammatory activities of *Trigonella foenum-graecum* (ssed) extract. Acta Poloniae Pharmaceutica Drug Research, Vol. 65 No. 4 pp. 473-476, 2008.

- [24] Nogueira de Melo GA, Grespan R, Fonseca JP, Farinha TO, da Silva El, Romeo AL, Bersani-Amado CA, Cuman RK. Inhibitory effects of ginger (*Zingiber officinale* Roscoe) essential oil on leukocyte migration in vivo and in vitro. *J Nat Med*. 2011 Jan ;65(1) :241-6. Epub 2010 Oct 28.
- [25] Fouda Am, Berika MY. Evaluation of the effect of hydroalcoholic extract of *Zingiber officinale* rhizomes in rat collagen-induced arthritis. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2009 Mar ;104(3) :262-71. Epub 2009 Jan 20.
- [26] Srivasta KC, Mustafa T. Ginger (*Zingiber officinale*) and rheumatic disorders. *Med Hypotheses*. 1989 May ;29(1) :25-8.
- [27] Janet L. Funk, Jennifer B. Frye, Janice N. Oyarzo, and Barbara N. Timmermann. Comparative Effects of two Gingerol-containing *Zingiber officinale* extracts on Experimental Rheumatoid Arthritis. *J Altern Complement Med*. 2005 Feb ;11(1) :149-54.
- [28] G.A Ulmer, les effets curatifs spéciaux de l'avoine et du millet. Extrait du fascicule mensuel de Waerland, avril 2003.
- [29] Zhou H, Jian R, Kang J, Huang X, Li Y, Zhuang C, Yang F, Zhang L, Fan X, Wu T, Wu X. Anti-inflammatory effects of caper (*Capparis spinosa* L.) fruit aqueous extract and the isolation of main phytochemicals. *J Agric Food Chem*. 2010 Dec 22 ;58(24) :12717-21. Epub 2010 Nov 24.
- [30] Panico Am, Cardile V, Garufi F, puglia C, Bonina F, Ronsisvalle G. Protective effect of *Capparis spinosa* on chondrocytes. *Life Sci*. 2005 Sep 30 ;77(20) :2479-88.
- [31] Xiaolu FENG, Jincal LU, Hailiang XIN, Lei Zhang, Yuliang W, and Kexuan T. Anti-arthritic active fraction of *Capparis spinosa*L. Fruits and its chemical constituents. *YAKUGAKU ZASSHI* 11(3)423-429 (2011).
- [32] Kuptniratsaikul V, Thanakhumtorn S, Chinswangwatanakul P, Wattanamongkonsil L, Thamlikitkul V. Efficacy and safety of curcuma domestica extracts. *J Altern Complement Med*. 2009 Aug ;15(8)891-7.
- [33] van Tubergen A, van der Linden S. A brief history of spa therapy. *Ann Rheum Dis* 2002 ;61 :273-5.

- [34] Lenoč F, Truhlar P, Polakova Z, Kucerova K, Jarolimek J, Popelka S, et al. Complex spa treatment of ankylosing spondylitis. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech* 1952 ;19 :7-19.
- [35] Pascal Claupierre. Thermalisme dans la spondylarthrite ankylosante : encore d'actualités ? *Revue du Rhumatisme* 72 (2005) 597-600.
- [36] H. SLIMANI, M. BELARBI ALAOUI, Le thermalisme et le développement dans la région de Fès Boulmane, 2010
- [37] <http://soins-naturels.blogspot.com/2007/11/le-thermalisme-au-maroc-2.html> ; le thermalisme au Maroc, 11/11/2007
- [38] Alaoui Y. Le thermalisme de la région Errachidia Tafilalt. *Tourisme* ; 10/02/2008
- [39] Abaynou : une station thermale appelée à devenir une destination touristique prisée ; *Actualités et revue de presse Maroc* ; 03/02/2010
- [40] Maamri A, El Guerrouj B, Malhaoui M, Serghouchni M. Rôle thérapeutique des eaux minérales de Fezouane (Maroc oriental), action in vivo sur les lithiases rénales. *Cahiers de l'ASEES* 2002 ; 7 : 47-52.
- [41] van Tubergen, Landewe R, van der Heijde D, Hidding A, Wolter N, Assher M, et al. Combined spa-exercise therapy is effective in patients with ankylosing spondylitis : a randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 2001 ;45 :430-8.
- [42] Yurtkuran M, Ay A, Karakoc Y. improvement of the clinical outcome in ankylosing spondylitis by balneotherapy. *Rev Rhum* 2005 ;72 : sous presse.
- [43] Avis K2 de la chambre d'ostéopathie relatif à la définition de l'ostéopathie. 11 septembre 2012.
- [44] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Massokinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre du « Whiplash » pour la pratique clinique. Paris : Anaes ; 2003.
- [45] P. Vautravers et al. Manipulations vertébrales - ostéopathie. Evidences/ignorances. *Revue de Rhumatisme* 76 (2009) 405-409.

- [46] Coqueron M, Chevalier V, Marthan J, et al. Techniques manipulatives du rachis et des articulations périphériques. Kinésithérapie – Médecine physique. Ed. Elsevier Paris. Encycl Med Chir 2001 ;26-084-A-10, 9 p.
- [47] Maigne JY, Vautravers P. Mechanism of action of spinal manipulative therapy. Joint Bone Spine 2003 ;70 :336-41.
- [48] Sjaastad O, Fredriksen TA. Cervicogenic headache : criteria, classification and epidemiology. Clin Exp Rheumatol 2000;18 :53-6.
- [49] Fernandez De Las Penas C, Alonso-Blanco C, Luz Cuadrado M, et al. Spinal manipulative therapy in the management of cervicogenic headache. Headache 2005 ;45 :1260-3.
- [50] Cao H, Li X, Liu J. An updated review of the efficacy of cupping therapy. PLoS One. 2012 ; 7(2) :e31793.
- [51] Barry C, Seegers V, Gueguen J, Hassler C, Ali A, Falissard B. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. 27/01/2014
- [52] Acupuncture. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Etats-Unis, November 3-5, 1997.
- [53] Acupuncture : Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials. (ISBN 924154537), Organisation mondiale de la santé, Genève, 2002.
- [54] use of sand bathing for the treatment of arthritis and other conditions. Alternative Therapies in Health and Medicine ; Nov/Dec 2001 ; 7,6; pg : 24.
- [55] Kennedy LG, Jenkinson TR, Mallorie PA, Whitelock HC, Barrett SL, Calin A. Ankylosing spondylitis: the correlation between a new metrology score and radiology. Br J Rheumatol. 1995; 34: 767-71.
- [56] Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. J Rheumatol. 1994; 21:2286-2291.

- [57] Lukas C, Landewé R, Sieper J, Dougados M, Davis J, Braun J, van der Linden S, van der Heijde D. Development of an ASAS-endorsed disease activity score (ASDAS) in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 2009; 68:18-24.
- [58] Calin A, Garrett S, Whitelock H, Kennedy LG, OHea J, Mallorie P et al. A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *J Rheumatol*. 1994; 21:2281-2285.
- [59] Jones SD, Steiner A, Garrett SL, Calin A. The Bath Ankylosing Spondylitis Patient Global Score (BAS-G). *Br J Rheumatol*. 1996; 35:66-71.
- [60] Doward LC, Spoorenberg A, Cook SA, Whalley D, Helliwell PS, Kay LJ et al. Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 2003; 62:20-26.
- [61] Lee MS, Yang CY, Lee SI, Joo MC, Shin BC, Yoo WH, Shin YI. Use of complementary and alternative medicine by patients with Rheumatic diseases in Korea. *Clin Rheumatol*. 2008 Jan ;27(1) :29-33. Epub 2007 Jun 1.
- [62] Petros Efthi miou, Manil Kuka r. Ronal d MacKenzie. Complementary and Alternative Medicine in Rheumatoid Arthritis : No Longer the Last Resort. *HSSJ* (2010) 6 : 108-111 DOI 10.1007/s11420-009-9133-8
- [63] SARA A. QUANDT, HAIYING CHEN, JOSEPH G. GRZYWACZ, RONNY A. BELL, WEI LANG, ANDTHOMAS A. ARCURY. Use of Complementary and Alternative Medicine By Persons With Arthritis : Result of the National Health Interview Survey. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* Vol. 53, No. 5, October 15, 2005, pp 748-755 DOI 10.1002/art.21443.2005, American College of Rheumatology.
- [64] Zaman T, Agarwal S, Handa R. Complementary and alternative medicine use in rheumatic diseases : an audit of patients visiting a tertiary care centre. *Natl Med J India*. 2007 Sep-Oct ;20(5) :236-9.

- [65] Gabriel S. Breuer, Hedi Orbach, Ori Elkayam, Yaakov Berkun, Dafna Paran, Michal Mates and Gideon Neshet. Use of Complementary and Alternative Medicine among Patients Attending Rheumatology Clinics in Israel. *IMAJ* 2006;8 :184-187.
- [66] Hasan ULUSOY, Tulun Kaya GUCER, Murat AKSU, Abdulkadir HABIBOGLU, Gurkan AKGOL, Ayhan BILGICI, Omer KURU, Ilhan CETIN, Ayhan KAMANLI, Salih OZGOCMEN. The use of Complementary and Alternative Medicine in Turkish Patients with Rheumatic Diseases. *Turk J Rheumatol* 2012 ;27(1) :31-37
- [67] Simon M. Chatfield. Shyamali C. Dharmage. Anthony Boers, Belinda J. Martin. Russel R. C. Buchanan. Walter P. Maksymowych. Lionel Schachna. Complementary and alternative medicines in ankylosing spondylitis : a cross-sectional study. *Clin Rheumatol* (2009) 28 :213-217. DOI 10.1007/s10067-008-1029-3
- [68] Curda B, Luxl M, Glauninger P, Falkenbach A. Häufigkeit der Anwendung konventioneller und unkonventioneller Therapiemabnahmen bei Patienten mit Morbus Bechterew. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd* 2000 ;7 :85-8.
- [69] Vecchio PC. Attitudes to alternative medicine by rheumatology outpatient attenders. *J Rheumatol*. 1994 ;21 :145-147
- [70] Marsh J, Hager C, Havey T, Sprague S, Bhandari M, Bryant D. Use of alternative medicines by patients with OA that adversely interact with commonly prescribed medications. *Clin Orthop Relat Res*. 2009 Oct ;467(10).
- [71] Herman CJ, Dente JM, Allen P, Hunt WC. Ethnic differences in the use of complementary and alternative therapies among adults with osteoarthritis. *Prev Chronic Dis*. 2006 Jul ;3(3) :A80.
- [72] Herman CJ, Dente JM, Allen P, Hunt WC, Prasad A, Brady TJ. Use of complementary therapies among primary care clinic patients with arthritis. *Prev Chronic Dis*. 2004 Oct ;1(4) :A12.

REFERENCES DES IMAGES

- Image [a]: Nigelle plante, <http://naturelpxel.com>
- Image [b] : Grains de nigelle, <http://naturelpxel.com>
- Image [c]: Fenugrec plante, <http://after-plastie.com>
- Image [d] : Grains de fenugrec, <http://after-plastie.com>
- Image [e] : Gingembre Plante, <http://directosteo.com>
- Image [f] : Racines de gingembre, <http://directosteo.com>
- Image [g] : Millet noir, <http://alghil.com>
- Image [h] : Grains de millet noir, <http://alghzil.com>
- Image [i]: Câprier, <http://marocagriculture.com>
- Image [j]: Grains de câpre, <http://marocagriculture.com>
- Image [k]: Curcum plante, <http://mysticlily.canalblog.com>
- Image [l]: Curcum, www.harissa.com
- Image [m] : www.moulayyakoub.com
- Image [n]: www.moulayyakoub.com
- Image [o]: Manipulation vertébrale, <http://cliniquealthea.com>
- Image [p]: Ostéopathie, <http://cliniquealthea.com>
- Image [q] : Saignée, infohijama.blogspot.com
- Image [r] : Saignée, infohijama.blogspot.com
- Image [s]: Acupuncture dorsale, <http://agiletherapy.com>
- Image [t]: Aiguille d'acupuncture, <http://agiletherapy.com>
- Image [u] : Apipuncture, www.encyclopedie-universelle.com
- Image [v] : Gelée royale, www.encyclopedie-universelle.com

LISTE DES GRAPHIQUES

- Graphique [1]** : Caractéristiques générales des patients : Sexe
- Graphique [2]** : Niveau d'instruction de la population étudiée
- Graphique [3]** : Moment d'utilisation de la CAM (pour les patients utilisateurs)
- Graphique [4]** : Causes d'utilisation de la CAM
- Graphique [5]** : Sources d'information
- Graphique [6]** : Différents types de CAM utilisée
- Graphique [7]** : Les produits utilisés en ingestion
- Graphique [8]** : Les produits utilisés en application locale
- Graphique [9]** : Coût mensuel de la CAM
- Graphique [10]** : Relation médecin-malade (qualité du dialogue)
- Graphique [11]** : Raisons de non utilisation de la CAM
- Graphique [12]** : Evaluation subjective de la médecine conventionnelle
- Graphique [13]** : Evaluation subjective de la CAM
- Graphique [14]** : Evaluation subjective des deux médecines combinées
- Graphique [15]** : Connaissance des effets secondaires de la CAM
- Graphique [16]** : Interactions entre la CAM et la médecine conventionnelle
- Graphique [17]** : Comparaison subjective entre l'efficacité des différentes médecines