



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2016

Thèse N° 132

Médecine complémentaire en oncologie

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 / 07 /2016

PAR

Mme. Soumia LAHIAOUNI

Née le 23 Octobre 1990 à El Attaouia

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Médecine complémentaire-cancer-Marrakech-épidémiologie

JURY

Mme. N. MANSOURI

Professeur de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale

PRESIDENTE

Mme. M. KHOUCHANI

Professeur agrégée de Radiothérapie

RAPPORTEUR

Mme. L. AMRO

Professeur agrégée de Pneumologie

Mme. W.FADILI

Professeur agrégée de Néphrologie

Mr. A. ZYAD

Professeur d'Immunologie Tumorale et de biologie moléculaire
Université Sultan Moulay Slimane

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي
أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ
صَالِحاً تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي
عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ."

صدق الله العظيم

سورة النمل الآية 19

Serment d'hypocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr BadieAzzaman MEHADJI

: Pr Abdalheq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr.Ag. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogique

: Pr.EL FEZZAZI Redouane

Secrétaire Générale

: MrAzzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMAL Said	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillofaciale
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
CHELLAK Saliha	Biochimie-chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique

CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SARF Ismail	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
FIKRY Tarik	Traumato- orthopédie A		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirmaxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
AIT ESSI Fouad	Traumato-orthopédie B	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie

ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
BAHA ALI Tarik	Ophthalmologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie A
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgieréparatrice et plastique	MAOULAININE Fadlmrabihrabou	Pédiatrie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENJILALI Laila	Médecine interne	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-physiologie	MOUFID Kamal	Urologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie B	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie A	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAFIK Aziz	Chirurgie thoracique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie-réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RADA Noureddine	Pédiatrie A
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie A	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SORAA Nabila	Microbiologie-virologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique

EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie-virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie-embryologiecytogénétique
ADALI Nawal	Neurologie	FADIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBACHIR Anass	Anatomie-pathologique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENHADDOU Rajaa	Ophthalmologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	OUERAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro-entérologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo-phtisiologie

EL AMRANI MoulayDriss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	SERHANE Hind	Pneumo-ptisiologie
EL KAMOUNI Youssef	MicrobiologieVirologie	TOURABI Khalid	Chirurgieréparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgiegénérale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI EI Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZIDANE MoulayAbdelfettah	ChirurgieThoracique



DEDICACES



*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut,
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,
l'amour, le respect et la reconnaissance.
Aussi, c'est tout simplement que :*



Je dédie cette thèse

A mes très chers parents :

Khadija HAJLI et Lahcen LAHIAOUNI

Aucune expression, aussi élaborée qu'elle soit, ne pourrait traduire ma profonde gratitude et ma reconnaissance pour toutes ces années de sacrifices et de dévouement surtout celles de mes études médicales. Merci de m'avoir soutenu et aidé à surmonter tous les imprévus de la vie. C'est grâce à ALLAH puis à vous que je suis devenue ce que je suis aujourd'hui.

En ce jour, j'espère réaliser l'un de vos rêves et être digne de porter votre nom.

Puisse ALLAH m'aider pour rendre un peu soit-il de ce que vous m'avez donné.

Puisse ALLAH vous accorder santé, bonheur et longue vie afin que je puisse vous rendre un minimum de ce que je vous dois.

A mes êtres chers, je vous témoigne mon profond amour et mes respects les plus dévoués.

Je vous aime profondément

A mon très cher époux Abdeljalil OUAAZIZ

et mon très cher fils Ammar

Quand je t'ai connu, j'ai trouvé l'homme de ma vie, mon âme sœur et la lumière de mon chemin.

Ma vie à tes côtés est remplie de belles surprises.

Tes sacrifices, ton soutien, ta gentillesse sans égal, ton profond attachement m'ont permis de réussir mes études.

Sans ton aide, tes conseils et tes encouragements ce travail n'aurait vu le jour.

Je te prie de trouver dans ce travail l'expression de mon estime et mon sincère attachement.

Que Dieu garde et bénisse notre enfant Ammar.

Je prie Dieu le tout puissant pour qu'il vous donne bonheur et prospérité.

Je vous aime énormément

A mes très chers sœurs et frères

Safia, Abderrahman, Maryem et Yacer

*Je vous dédie ce travail en témoignage de ma gratitude et mon
attachement.*

*Puisse nos fraternels liens se pérenniser et consolider davantage.
Je ne pourrais d'aucune manière exprimer mon immense gratitude
pour tous les sacrifices consentis, votre aide et votre générosité
extrêmes ont été pour moi une source de courage, de confiance et de
patience.*

*Qu'il me soit permis aujourd'hui de vous assurer ma profonde et
grande reconnaissance. Qu'Allah vous apporte bonheur et santé, et
que tous vos rêves voient le jour.*

Je suis très fière de vous.

Je vous aime beaucoup

*A toute la famille LAHIAOUNI, toute la famille HAJLI et la famille
OUAAZIZ*

Avec toute mon estime et mon affection.

*Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à votre
égard, et soit la preuve du désir que j'aie depuis toujours pour vous
honorer.*

Que Dieu vous accorde santé et longue vie.

Avec toute mon affection et mon respect.

À MES CHERES AMIES ET COLLEGUES

En particulier ; KHAOULA LAKLOUMI, FATIMA-EZZAHRA LAIRANI, SIHAM LALAOUI RACHIDI, HANAE TAGHZOUTI, JINANE KHARBOUCH, SALMA BAHY, YASMINE LAKTIB, MALIKA RAMI, MINA SATLI, WAFAE Ait BELAID...

Et tous ceux et celles que j'ai omis de citer

En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent.

Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements, votre aide.

J'ai trouvé en vous le refuge de mes chagrins et mes secrets.

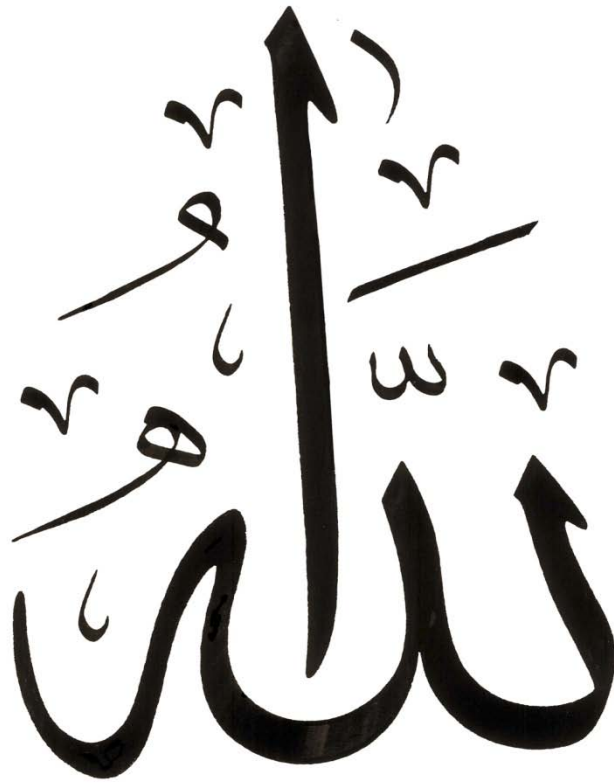
Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, autant dans votre vie professionnelle que privée.

Je prie Allah pour que notre amitié et fraternité soient éternelles...



REMERCIEMENTS





*A ALLAH:
Tout puissant
Qui m'a inspiré
Qui m'a guidé dans le bon chemin
Je vous dois ce que je suis devenue
Louanges et remerciements
Pour votre clémence et miséricorde*

À NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENTE DE THESE

MADAME LE PROFESSEUR MANSOURI NADIA
Professeur de l'Enseignement Supérieur de Stomatologie et
Chirurgie maxillo-faciale
CHU Mohamed VI – Marrakech

Vous nous avez accordé un grand honneur en acceptant de présider le jury de notre thèse.

Puissent des générations et des générations avoir la chance de profiter de votre savoir qui n'a d'égal que votre sagesse et votre bonté.

Veillez, Chère Maître, trouvez dans ce modeste travail l'expression de notre haute considération et notre profond respect pour avoir guidé les premiers pas de ma carrière.

À NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE

MADAME LE PROFESSEUR KHOUCHANI MOUNA
Professeur agrégée de Radiothérapie
CHU Mohamed VI – Marrakech

Vous m'avez honoré par votre confiance en me confiant cet excellent sujet de travail.

Nous avons eu la chance et le privilège de travailler sous votre direction, de profiter de votre culture scientifique, vos compétences professionnelles incontestables ainsi que vos qualités humaines qui vous valent l'admiration et le respect de tous.

Les conseils fructueux que vous nous avez prodigué ont été très précieux, et nous vous en remercions chaleureusement.

Votre bonté, votre modestie, votre compréhension, ainsi que vos qualités professionnelles ne peuvent que susciter notre grande estime et profond respect.

Veillez trouver ici, l'assurance de notre reconnaissance et notre profonde admiration.

À NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
MADAME LE PROFESSEUR AMRO LAMYAE
Professeur Agrégé en Pneumologie
CHU Mohamed VI – Marrakech

Nous vous remercions de la spontanéité et de la simplicité avec lesquelles vous avez accepté de juger ce travail.

Votre probité au travail et votre dynamisme, votre sens de responsabilité nous ont toujours impressionnés et sont pour nous un idéal à atteindre.

Nous espérons être dignes de votre confiance, et nous vous prions, Chère Maître, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

À NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
MADAME LE PROFESSEUR WAFAA FADILI
Professeur Agrégé en Néphrologie
CHU Mohamed VI – Marrakech

Nous sommes particulièrement touchés par la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail.

Votre parcours professionnel, votre compétence incontestable, votre charisme et vos qualités humaines font de vous un grand professeur et nous inspirent une grande admiration et un profond respect.

Permettez-nous, Chère Maître de vous exprimer notre profond respect et notre sincère gratitude.

À NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ZYAD ABDELMAJID
Professeur d'Immunologie Tumorale et de biologie moléculaire
Université Sultan Moulay Slimane – Beni Mellal

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Vous êtes un homme de science. Vos qualités professionnelles et humaines me servent d'exemple.

Je vous remercie de bien vouloir porter intérêt à ce travail. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de mes sincères remerciements.

À PROFESSEUR LATIFA ADERMOUCH et son équipe
Professeur Assistante en Médecine communautaire et Épidémiologie
CHU Mohamed VI – Marrakech

Vous m'avez beaucoup aidée dans l'élaboration de ce travail. Votre disponibilité et vos précieuses recommandations ont été pour moi un grand apport. Je vous remercie pour votre sympathie et votre bienveillance. Il m'est particulièrement agréable de vous exprimer ma profonde gratitude et ma grande estime.

À Docteur DARFAOUI MOUNA
Médecin résident en Radiothérapie
CHU Mohamed VI – Marrakech

L'enthousiasme et l'emballement avec lesquels vous avez soutenu mon travail reflètent parfaitement votre engagement aux côtés des jeunes médecins. Ils reflètent aussi votre souci de perfection dans votre noble mission ; celle de nous guider vers la réussite et nous former en tant que médecins - citoyens qui aiment et œuvrent pour le développement de notre cher pays. Veuillez accepter mes plus respectueuses salutations.

***À tous mes Professeurs de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Marrakech***

Une thèse est le fruit de plusieurs années d'études et je ne saurais oublier dans mes dédicaces l'ensemble de mes professeurs et maîtres qui ont contribué de près ou de loin dans l'élaboration de ce travail.

***Aux médecins résidents au Service Universitaire oncologie-
radiothérapie
CHU Mohammed VI Marrakech***

*Merci à vous tous pour le soutien et l'aide que vous m'avez apportés pour la réalisation de ce travail.
Veuillez accepter mes plus respectueuses salutations.*

***À tous les médecins internes et les étudiants 4ème et 6ème année au
Service Universitaire oncologie-radiothérapie
CHU Mohammed VI Marrakech***

*Je vous remercie infiniment pour votre soutien et de l'aide précieuse que vous m'avez réservés à chaque moment que j'en avais besoin, pour mener à bien cette étude scientifique.
Je vous l'offre aujourd'hui car chacun parmi vous y a participé de loin ou de près.*

À tous ceux qui m'ont aidée, de près ou de loin, à l'élaboration de ce travail.



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations

CHU Med VI	: Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI.
MAC	: médecine complémentaire et alternative
MC	: médecine complémentaire
MTC	: médecine traditionnelle chinoise
NCCAM	: National center for complementary and alternative medicine
NIH	: National Institute of Health
OMS	: organisation mondiale de la santé
SIDA	: syndrome d'immunodéficience acquise
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine



PLAN



INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES	3
I. Méthodologie	4
II. Questionnaire	5
III. Analyse des résultats	5
RESULTATS:	6
I. Caractéristiques sociodémographiques de la population générale	7
II. Prévalence de l'utilisation de la MC	13
III. Caractéristiques sociodémographiques des utilisateurs de la MC	14
IV. Raisons de la non-utilisation de la MC	20
V. Caractéristiques de l'utilisation des MC	20
VI. Relation médecin-malade	26
DISCUSSION	28
I. GENERALITE SUR LA MEDECINE COMPLEMENTAIRE	29
II. DISCUSSION DES RESULTATS	45
1. Prévalence de l'usage de la MC	45
2. Caractéristiques des utilisateurs de la MC	47
3. Caractéristiques de la MC	51
4. Raisons du non utilisation de la MC	55
5. Relation médecin-malade	55
PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS	58
CONCLUSION	60
ANNEXES	62
RESUME	66
BIBLIOGRAPHIE	70



INTRODUCTION



La recherche scientifique a permis de réaliser d'énormes progrès nationaux en matière de prise en charge des cancers. Actuellement on dispose de plusieurs armes thérapeutiques notamment la chirurgie, les cytotoxiques, la radiothérapie ... Cependant la médecine complémentaire et alternative est devenue de plus en plus fréquemment utilisée dans la pratique de routine des patients souffrant de maladies chroniques tel le cancer. La prévalence de cette utilisation à travers la littérature variait de 7% à 64%.[1]

Les médecines complémentaires et alternatives sont définies par le NCCAM, comme «un groupe de divers systèmes médicaux et de soins de santé, des pratiques, et des produits qui ne sont généralement pas considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle ». [2]

Les études qui ont été réalisées sur la médecine complémentaire sont souvent des études de prévalence. Elles tentent de dresser un profil type du patient utilisateur de la médecine non conventionnelle et omettent, pour la plus part, d'étudier les raisons du recours à ces thérapies, la relation médecin-patient, ainsi que les bénéfices et les dangers que peuvent présenter ces disciplines.

Notre travail a été conçu dans l'objectif de remédier à ces insuffisances afin de dresser un profil global de l'utilisation des MAC chez les patients cancéreux dans la région de Marrakech. Nous avons étudié la prévalence d'utilisation, les différents types de thérapies utilisées, ainsi que les raisons de recours à ces médecines, et en dernier lieu, la relation médecin-patient.



MATÉRIELS ET MÉTHODES



I. Méthodologie:

Il s'agit d'une étude descriptive prospective portant sur une série de 342 patients suivis au service d'oncologie-radiothérapie du CHU Mohammed VI de Marrakech sur une durée de 1 an entre Mai 2015 et Avril 2016.

Pour le calcul de l'échantillon il fallait tenir compte de la prévalence de l'utilisation des MAC dans la littérature (64%) et de la précision souhaité (5%). La taille est obtenue par la formule suivante :

$$N = P (1-P) (Zx/D)^2$$

- * N : taille de l'échantillon
- * P : Prévalence de l'utilisation des MAC selon la littérature
- * Zx : Degré de confiance
- * D : écart d'imprécision

1. Critères d'inclusion :

- ❖ Age supérieur à 18 ans,
- ❖ Diagnostic histologique de cancer.
- ❖ Aptitude physique et mentale pour répondre au questionnaire.

2. Critères d'exclusion :

- ❖ Les patients en cours de diagnostic
- ❖ qui n'ont reçu encore aucun traitement
- ❖ Qui ont refusé de répondre au questionnaire
- ❖ qui sont au stade palliatif et jugés trop fatigués pour participer à l'étude.

II.Questionnaire :

Pour réaliser cette étude un questionnaire de 32 items a été établi après plusieurs modifications afin d'obtenir le maximum d'informations épidémiologiques nécessaires. Il a été inspiré par les données de la littérature (Annexe 1).

Un questionnaire anonyme a été mis à la disposition de patients volontaires suivis dans notre formation aussi bien en hospitalisation conventionnelle, qu'en hôpital du jour ou en consultation. Il a été présenté comme une étude destinée à comprendre le recours à la médecine complémentaire chez le patient cancéreux.

Un consentement a été obtenu pour participer à l'étude.

III.Analyse des résultats :

Le logiciel Excel a été utilisé pour les analyses statistiques. Le traitement des données s'est fait en pourcentage, en moyenne ou en médiane. L'étude était de type descriptif :

- ❖ Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages.
- ❖ Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts types.



RÉSULTATS



I. Caractéristiques sociodémographiques de la population de notre étude :

Dans cette étude un total de 342 patients a été inclus.

1. Age

La moyenne d'âge des patients était de 49,7 ans avec des extrêmes allant de 18 à 78 ans et un écart-type de 13,2. On notait une proportion élevée des patients âgés de 40 à 70 ans.

(Figure 1)

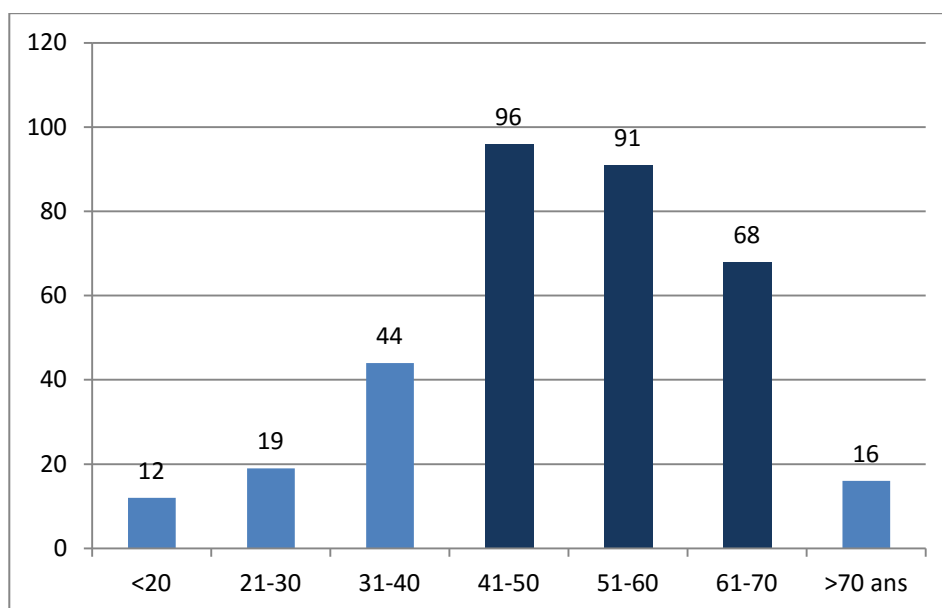


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge.

2. Sexe

La répartition des patients selon le sexe a permis de dégager une très nette prédominance féminine avec un sexe ratio de 0,37 soit 2homme/5femme. (Figure 2)

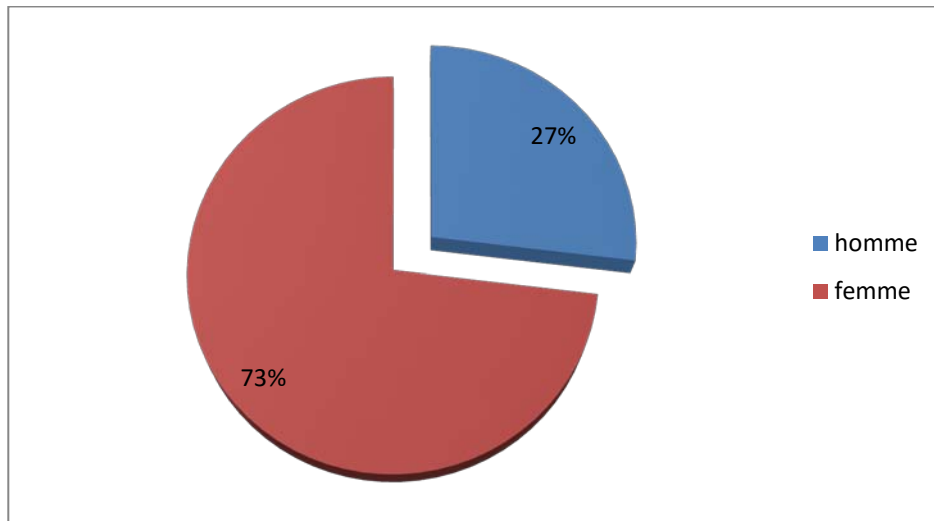


Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe.

3. Etat civil

Dans notre échantillon 64,9% des patients soit 222 étaient mariés. (Figure 3)

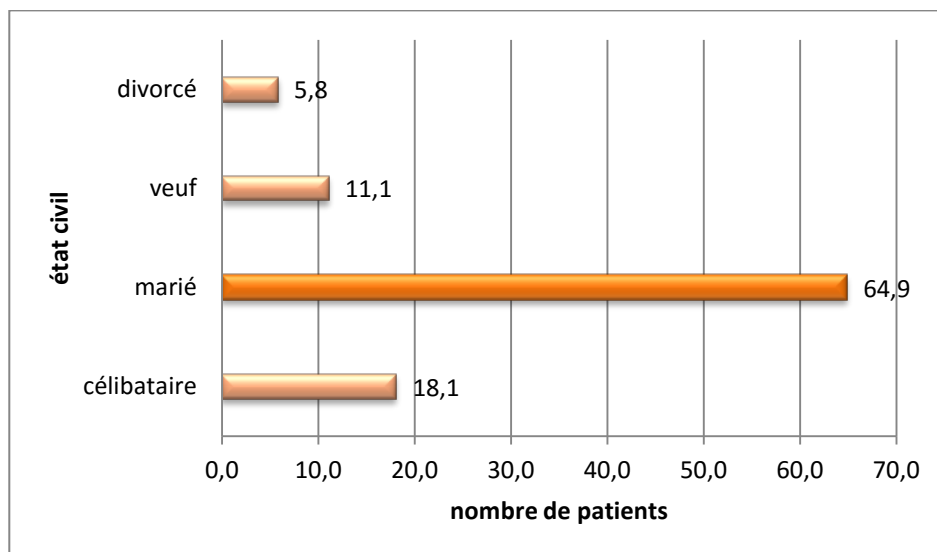


Figure 3 : Répartition des patients selon l'état civil.

4. Niveau d'instruction

Dans cette série 56% des patients étaient analphabètes. (Figure 4)

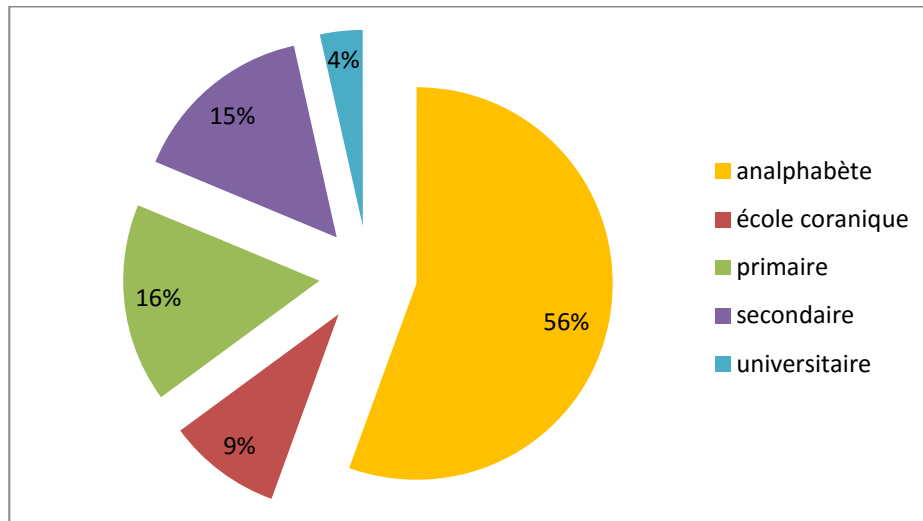


Figure 4 : Répartition des patients selon le niveau d'instruction.

5. Profession

Les trois quarts des patients (n= 262 soit 76,6%) n'exerçaient aucune profession. (Figure 5)

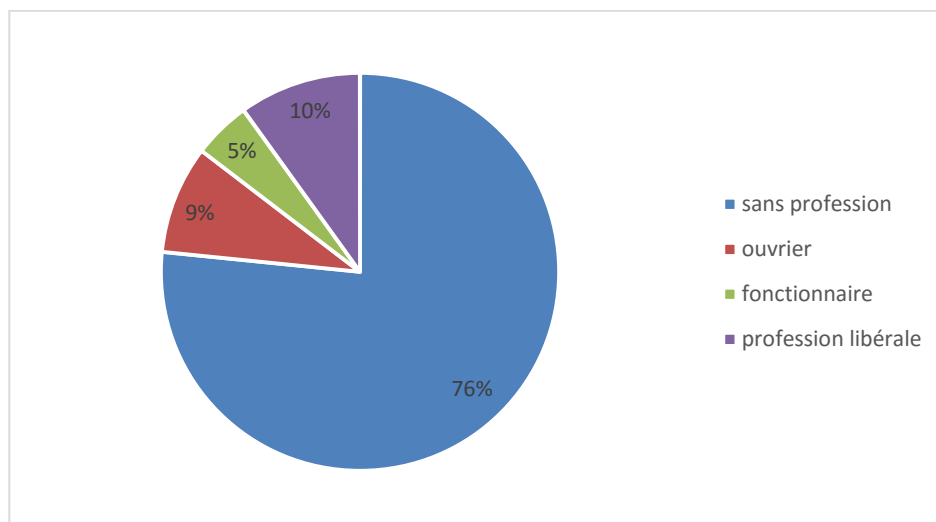


Figure 5 : Répartition des patients selon la profession.

6. Niveau socio-économique:

Les deux tiers des patients (n=212 soit 62%) étaient de bas niveau socioéconomique. (Figure 6)



Figure 6 : Répartition des patients selon le niveau économique.

7. Origine

Parmi les participants dans notre étude 69% étaient d'origine urbaine. (Figure 7)

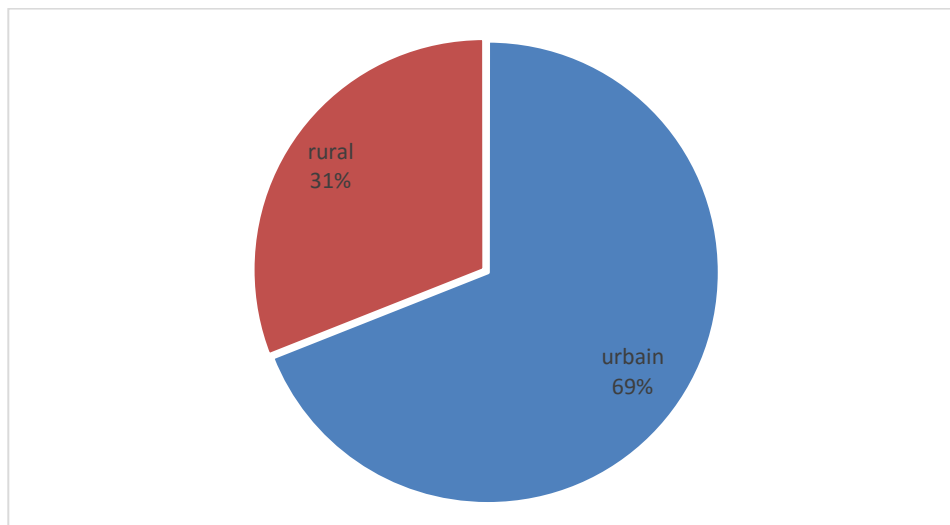


Figure 7 : Répartition des patients selon l'origine géographique.

8. Ethnie

Les deux tiers des patients (n=220 soit 64%) étaient arabe. (Figure 8)

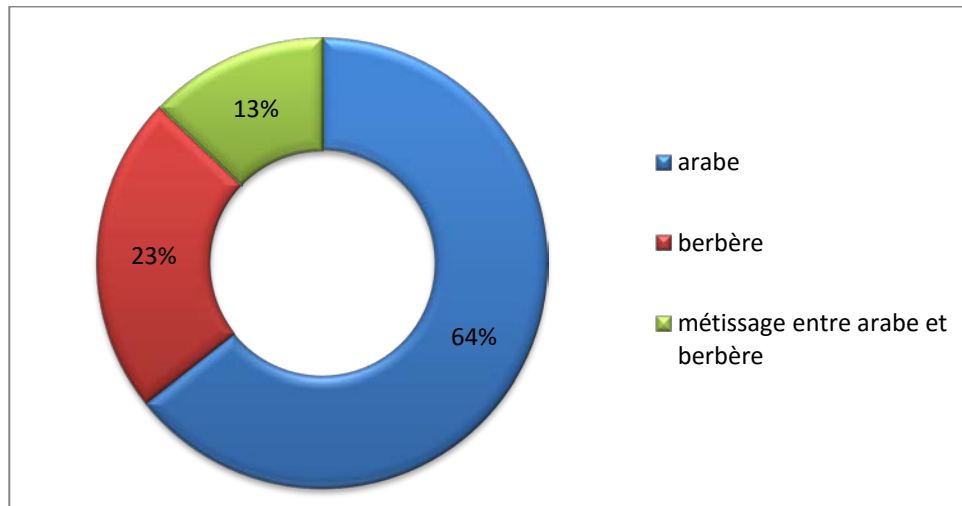


Figure 8 : Répartition des patients selon l'ethnie.

9. Caractéristiques de la maladie

9.1. Type de cancer

Les 2 localisations de cancers les plus représentés étaient les cancers gynécologiques avec 54% et les cancers digestifs avec 18%. (Figure 9)

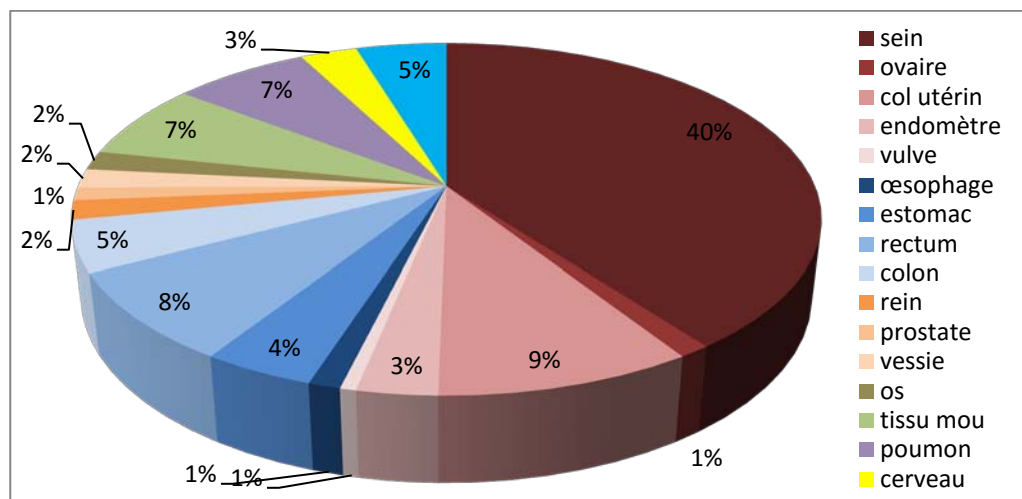


Figure 9 : Répartition des patients selon les localisations des cancers.

9.2. Délai de consultation

Le délai de consultation variait de 15 jours à 84 mois avec une moyenne de 7,6 mois. Les deux tiers de la population étudiée (n= 222 soit 64,9%) consultaient le service durant les 6 premiers mois après l'installation des premiers signes cliniques. (Figure 10)

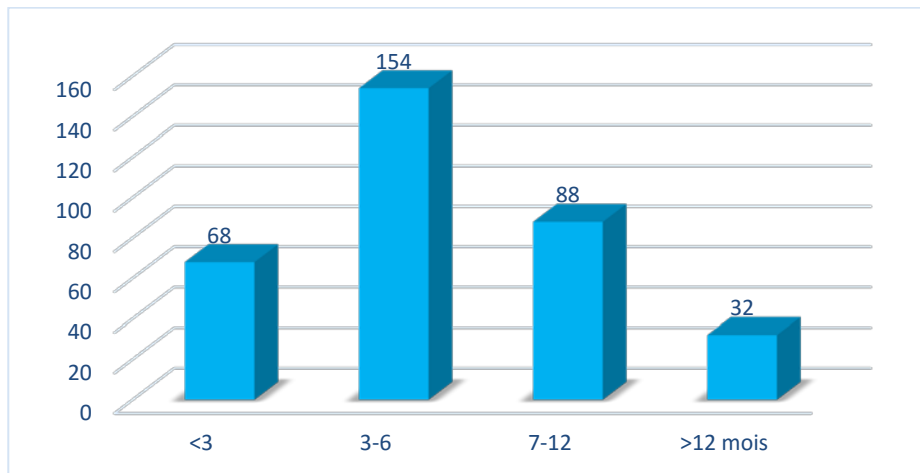


Figure 10 : Répartition des patients selon le délai de consultation.

9.3. Types de traitement conventionnel déjà reçu

Dans cette étude tous les patients inclus ont déjà reçu un traitement conventionnel à base de chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie etc... (Figure 11)

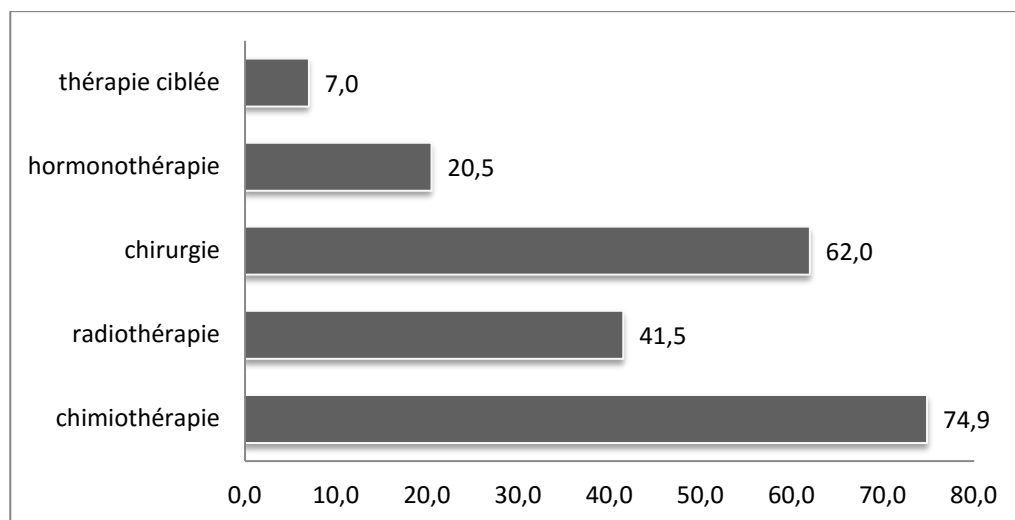


Figure 11 : Répartition des patients selon le traitement déjà reçu.

9.4. Types de traitement conventionnel en cours

94,7% des patients inclus recevaient un ou plusieurs traitements conventionnels au moment de l'administration du questionnaire (Figure 12)

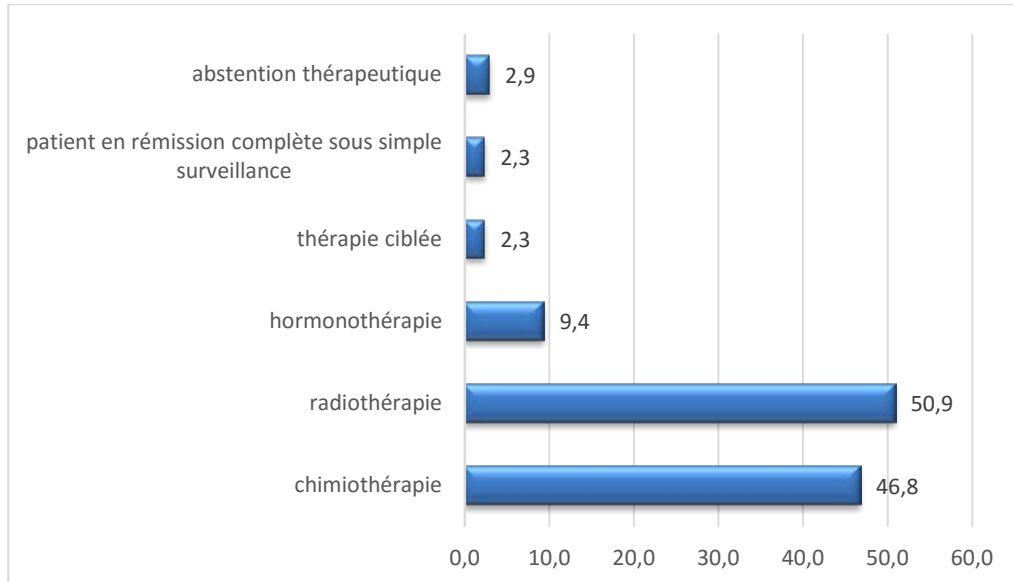


Figure 12 : Répartition des patients selon l'indication thérapeutique.

II. Prévalence de l'utilisation de la MC

Parmi les 342 patients inclus dans cette étude, 148 patients, soit 43,3% de l'échantillon étudié, ont utilisé au moins une fois la MC dans leur vie. (Figure 25)

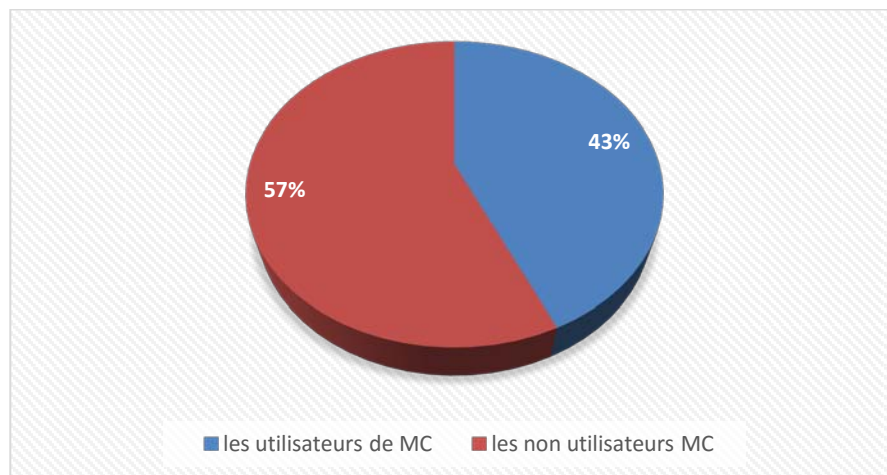


Figure 25 : Prévalence de l'utilisation de la MC.

III. Caractéristiques sociodémographiques des utilisateurs de la MC

1. Age

La moyenne d'âge des patients était de 49,3 ans avec des extrêmes allant de 18 à 76 ans et un écart-type de 13,9. On notait une proportion élevée des patients âgés de 40 à 70 ans. (Figure 13)

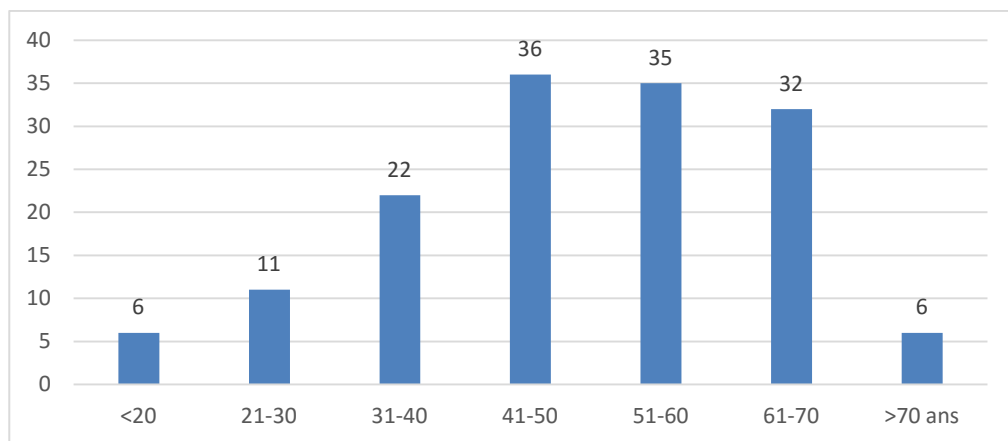


Figure 13 : Répartition des patients utilisateurs de la MC selon l'âge.

2. Sexe

La répartition des patients selon le sexe a permis de dégager une très nette prédominance féminine avec un sexe ratio de 0,40 soit 2homme/5femme. (Figure 14)

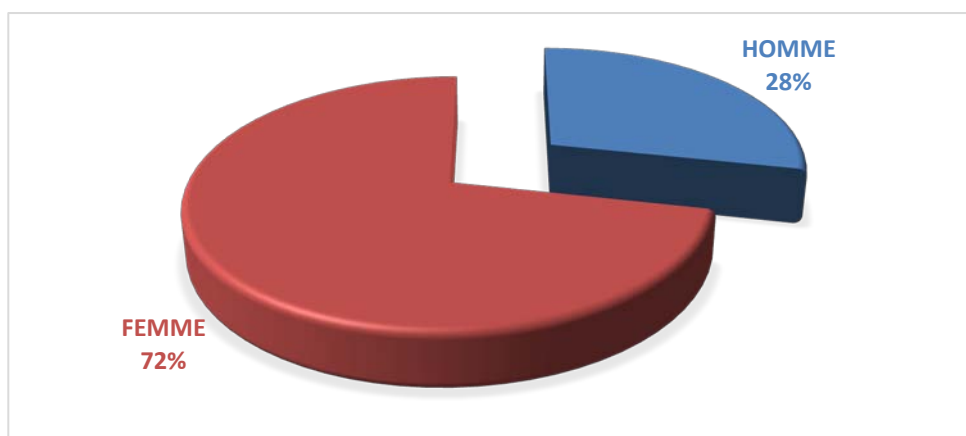


Figure 14 : Répartition des patients utilisateurs de la MC selon le sexe.

3. Etat civil

58,1% (n=86) des patients étaient mariés. (Figure 15)

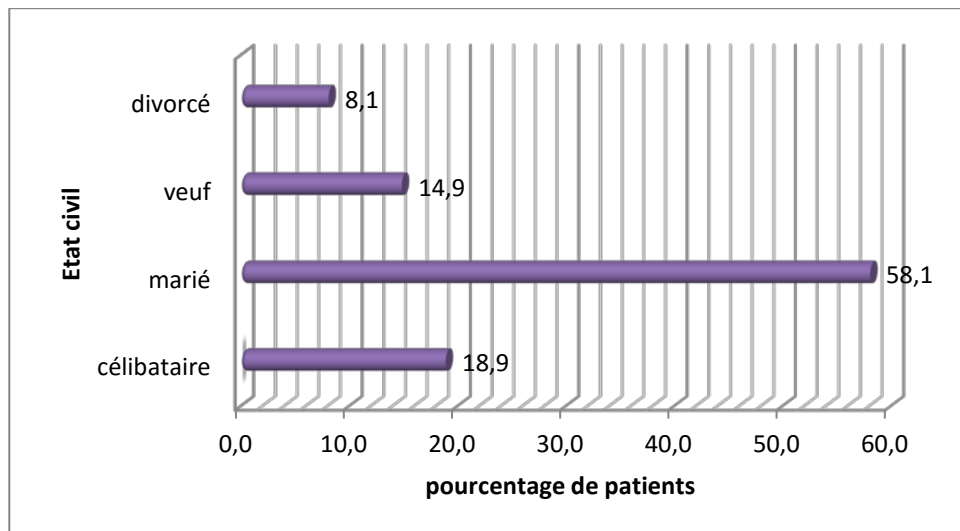


Figure 15 : Répartition des patients utilisateurs de la MC selon l'état civil.

4. Niveau d'instruction

54% des patients (n=80) étaient analphabètes. (Figure 16)

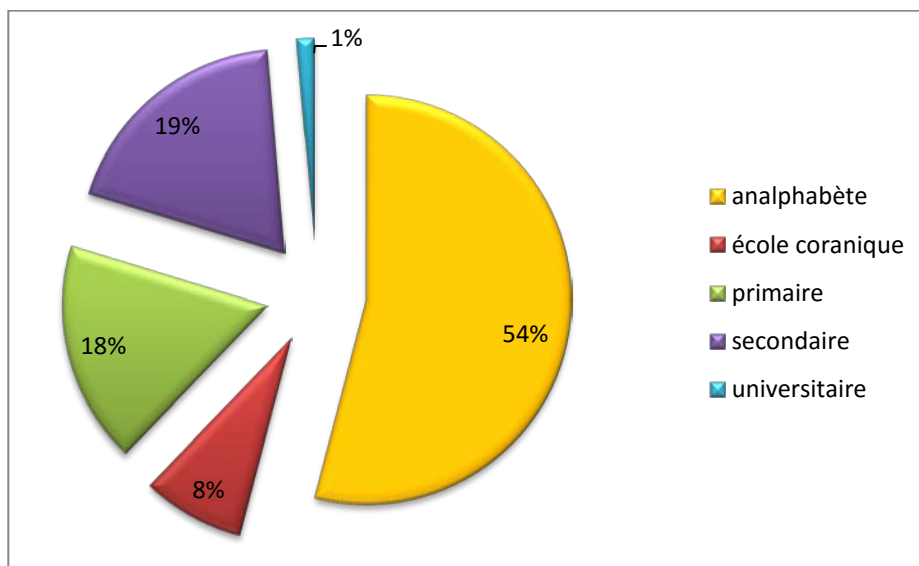


Figure 16 : Répartition des patients utilisateurs de la MC selon le niveau d'instruction.

5. Profession

74,3% des patients (n= 110) n'exerçaient aucune profession. (Figure 17)

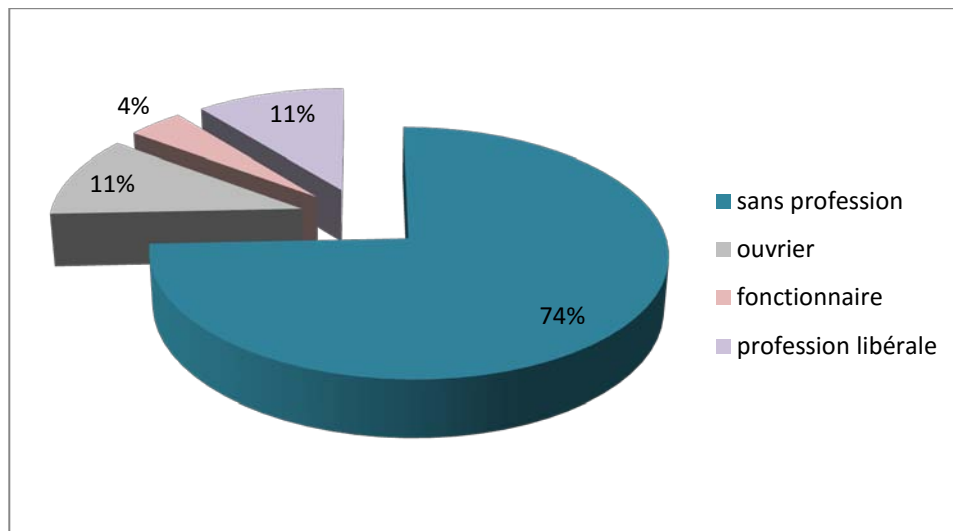


Figure 17 : Répartition des patients utilisateurs de la MC selon la profession.

6. Niveau socio-économique:

55,4% des patients (n=82) étaient de bas niveau socioéconomique. (Figure 18)

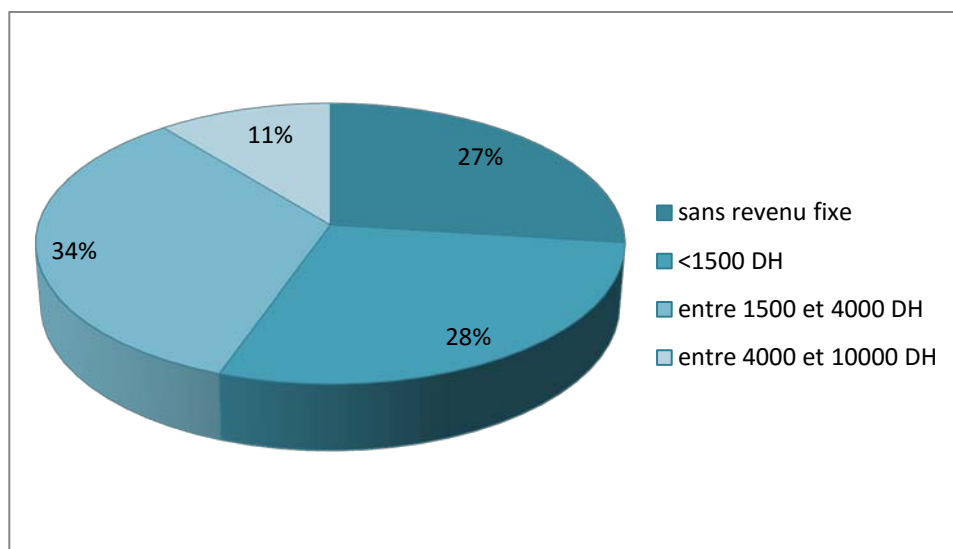


Figure 18 : Répartition des patients utilisateurs de la MC selon le niveau socio-économique.

7. Origine

65% des patients habitaient en milieu urbain. (Figure 19)

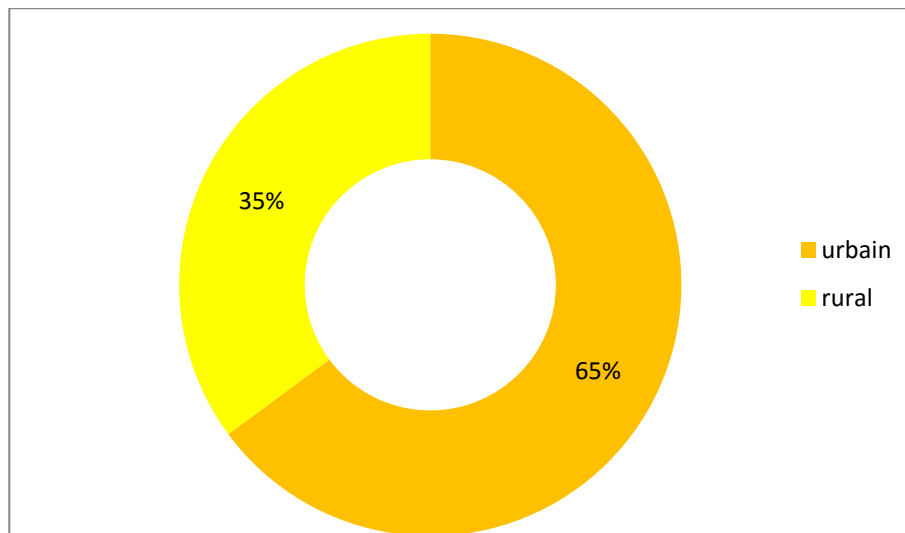


Figure 19 : Répartition des patients utilisateurs de la MC selon l'origine.

8. Ethnie

65% des patients (n=96) étaient arabe. (Figure 20)

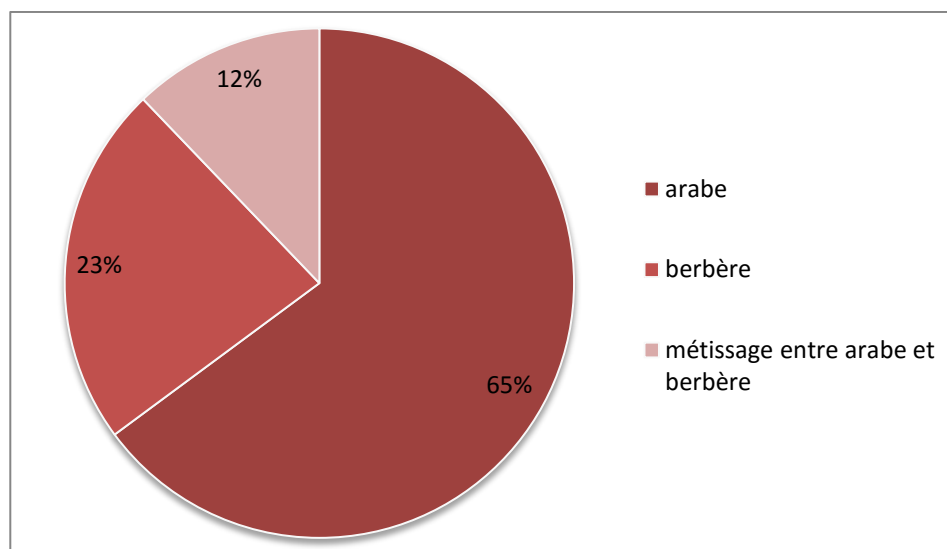


Figure 20 : Répartition des patients utilisateurs de la MC selon l'ethnie.

9. Caractéristiques de la maladie

9.1. Type de cancer

Les 2 localisations de cancers les plus représentés étaient les cancers gynécologiques avec 53% et les cancers digestifs avec 16%. (Figure 21)

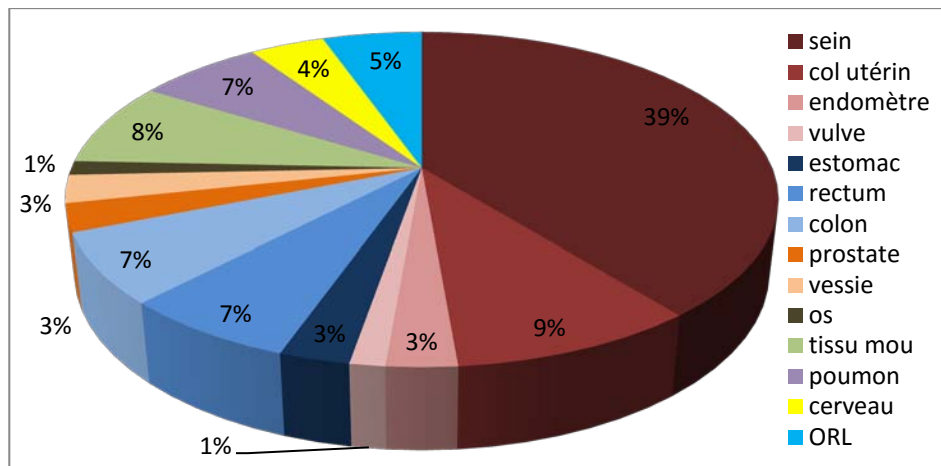


Figure 21 : Répartition des patients utilisateurs de la MC selon la localisation de cancer.

9.2. Délai de consultation

Le délai de consultation variait de 1 à 36 mois avec une moyenne de 7,3 mois. 65,5% de la population utilisatrice de la MC (n= 97) consultaient le service durant les 6 premiers mois après l'installation des premiers signes cliniques. (Figure 22)

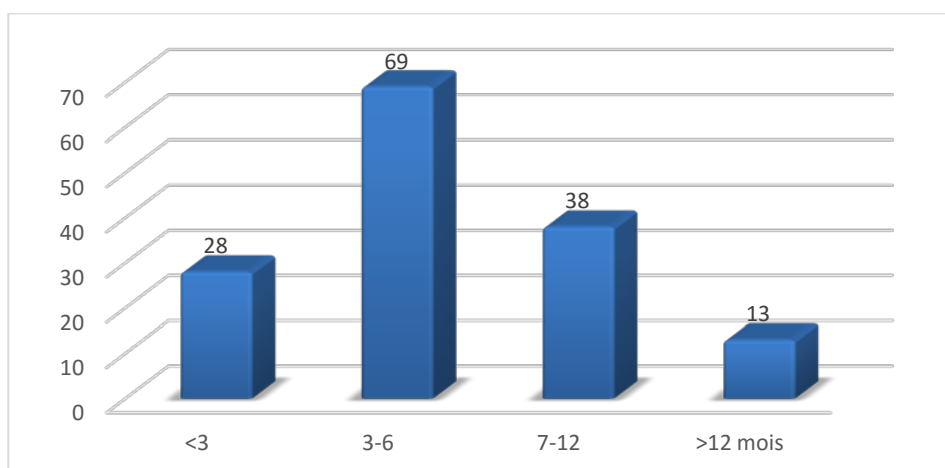


Figure 22 : Répartition des patients utilisateurs de la MC selon le délai de consultation.

9.3. Types de traitement conventionnel déjà reçu

Le traitement déjà reçu par les patients était à la fois la chirurgie et la chimiothérapie pour 45,9% des patients et la chimiothérapie seul pour 21,6% des cas. Chez 64% (n=219) des patients le but était curatif et 36% palliatif. (Figure 23)

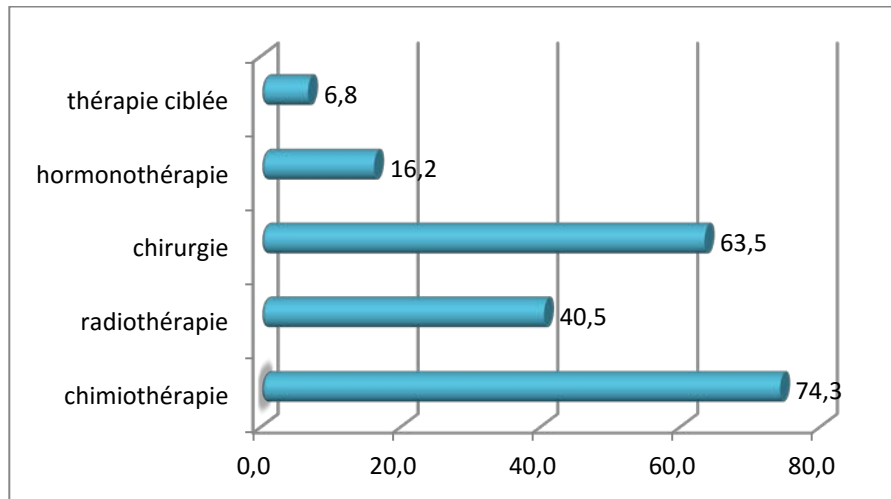


Figure 23 : Répartition des patients utilisateurs de la MC selon le traitement déjà reçu.

9.4. Types de traitement conventionnel en cours

Le traitement utilisé pour le cancer était la radiothérapie dans 71,9% des cas et la chimiothérapie dans 52,6% des cas. Le traitement était en cours pour 91,2% des cas. (Figure 24)

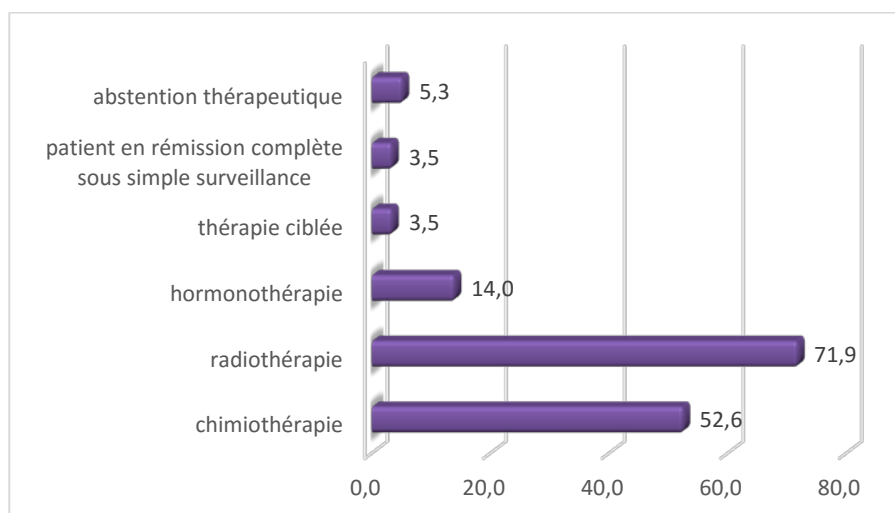


Figure 24 : Répartition des patients utilisateurs de la MC selon l'indication thérapeutique.

IV. Raisons de la non-utilisation de la MC

Les patients non utilisateurs de la médecine alternative citaient plusieurs raisons pour leur abstinence : 33% déclaraient avoir peur des effets indésirables de la MC alors que, et 21,6% ne croyaient pas en son efficacité. (Figure 26).

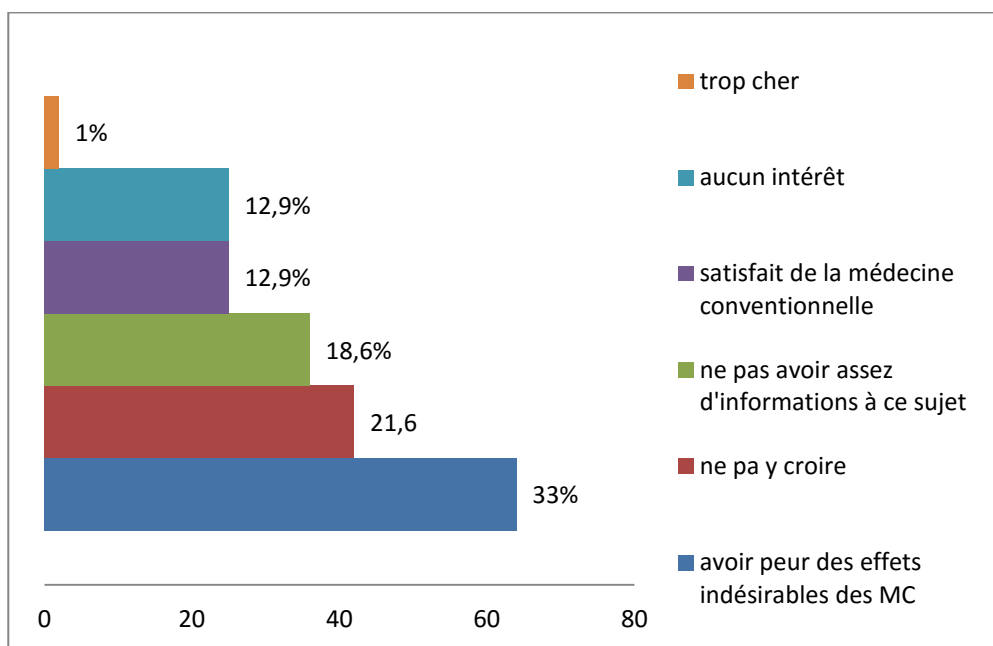


Figure 26 : Raisons du non utilisation de la MC.

V. Caractéristiques de l'utilisation de la MC

1. Type de médecine complémentaire utilisée

Les types de MC utilisés sont répertoriés dans le tableau I. La consommation de plantes était la modalité la plus utilisée avec une fréquence de 69%. La consommation de miel naturel était rapportée par 68% des patients. L'eau de source (ZamZam) était employée dans 32% des cas. Alors que 9% des patients utilisaient des combinaisons sans connaître leurs composants.

Les pratiques spirituels étaient retrouvées chez 65% des utilisateurs de MC.

Tableau I : Différents types des médecines complémentaires rapportées.

Types de MC utilisés	n= 148	pourcentage
Miel naturel	100	68
Plantes ^a	102	69
Nigelle (Sanouj)	26	18
Aristoloché (Beraztam)	22	15
Fenugrec (Halba)	28	19
Anserine (Mkhinza)	6	4
Romarin (Yasir)	14	9
Thym (Zritra)	14	9
Cresson alenois (Habrchad)	14	9
Curcuma (Khorkom)	2	1
Armoise (Chih)	18	12
Cactus (Sebbar)	10	7
Marjolaine (Merdadouch)	4	3
marrube blanc (Merouta)	26	18
Laurier-rose (Dafla)	6	4
feuilles d'olives moulues	6	4
mélanges de plantes	14	9
Spirituelle	96	65
Pratique de prière	66	45
Lecture de Coran	46	31
Visite de Marabout	12	8
Visite de tombe	6	4
Eau de ZamZam ^b	48	32
Autres		
Urines de chameau	4	3
Point de feu	4	3
Gelée royale	10	7
^a Chaque nom de plante est traduit en dialectal marocain		
^b eau de ZamZam : eau bénite rapportée de la Mecque		

2. Mode d'utilisation de la MC:

2.1. Durée d'utilisation

La durée d'utilisation de la MC variait de 1 jour à 72 mois avec une moyenne de 5,5 mois.

(Figure 27)

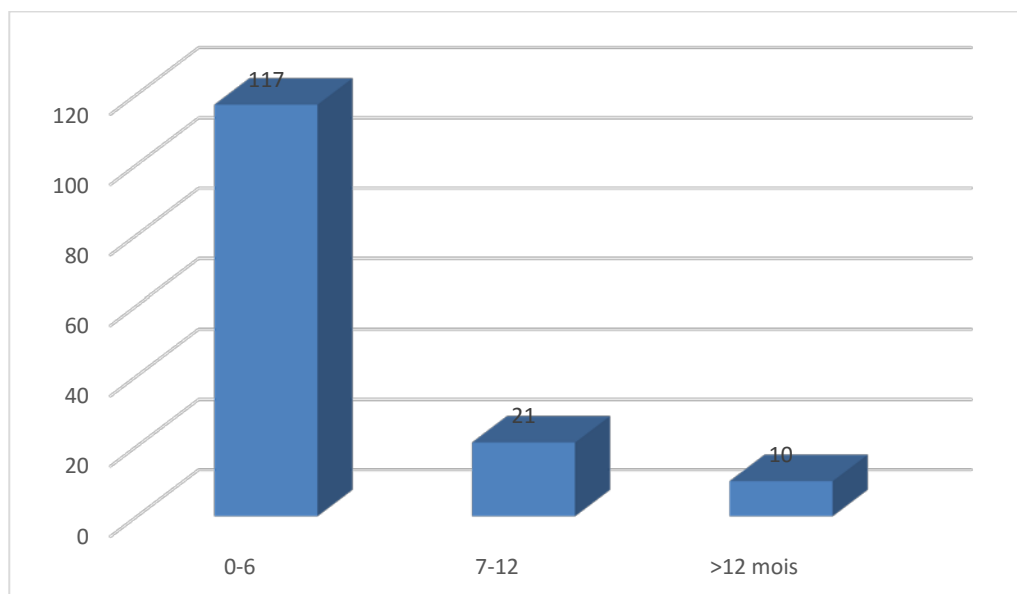


Figure 27 : Répartition selon la durée d'utilisation de la MC.

2.2. Moment d'utilisation

Dans notre échantillon 43,2% (n=64) des participants ont eu recours à la MC au cours du traitement conventionnel. (Figure 28)

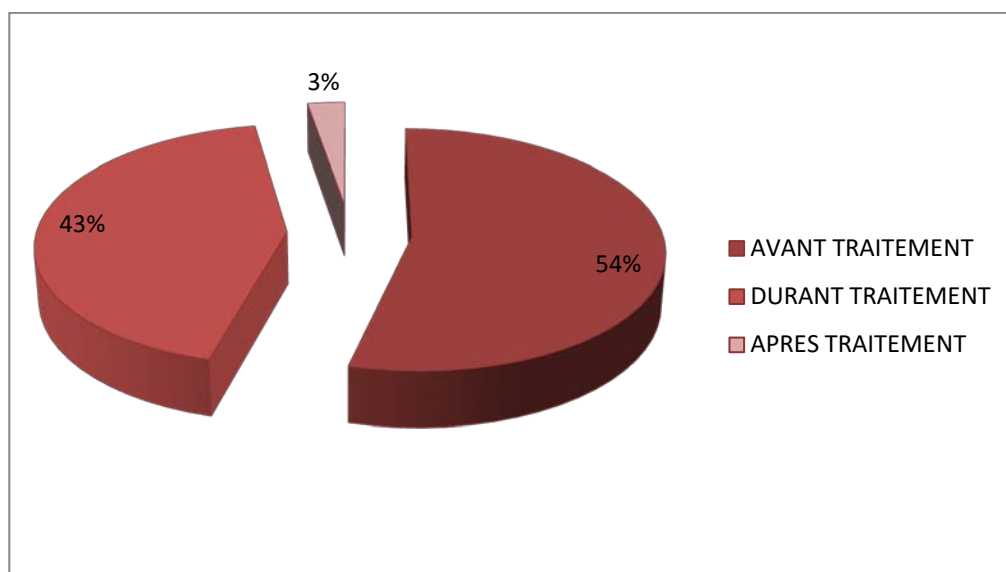


Figure 28 : Répartition des patients selon le moment d'utilisation de la MC.

2.3. Fréquence d'utilisation

54% des patients (n=80) utilisaient la MC quotidiennement. (Figure 29)

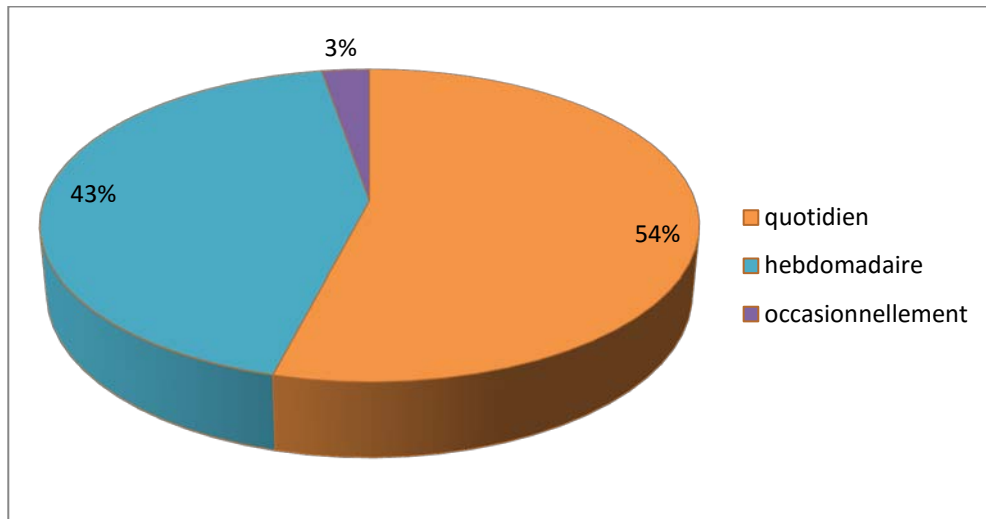


Figure 29 : Répartition des patients utilisateurs de la MC selon la fréquence d'utilisation.

3. Objectifs d'utilisation de la MC

Les 2 principaux objectifs étaient de guérir la maladie 59,5% (n=88) et de soulager les symptômes inhérents à celle-ci 37,8% (n=56). (Figure30)

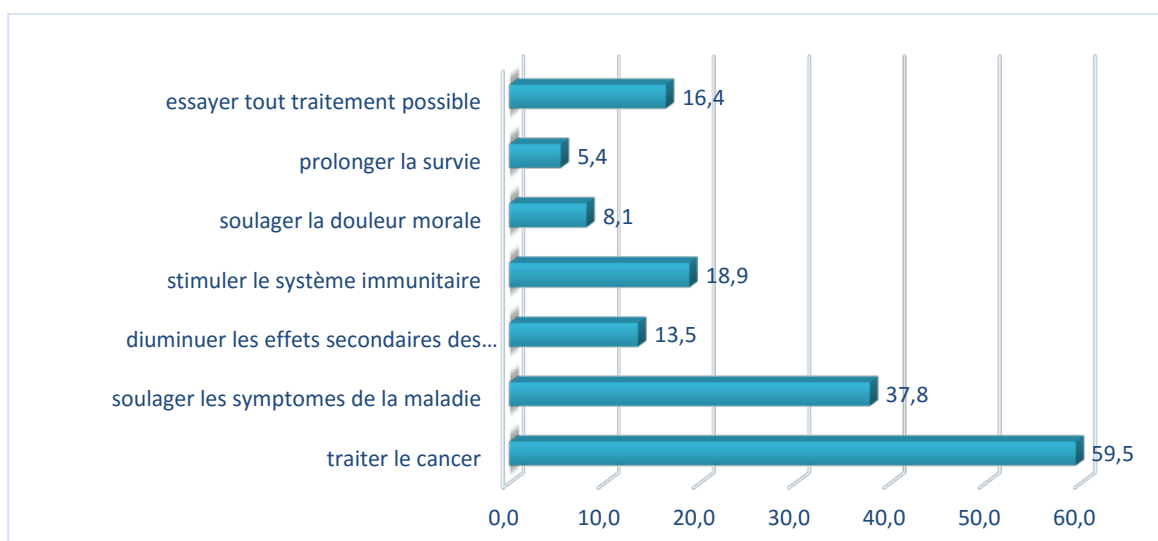


Figure 30 : Différents objectifs de l'utilisation de la MC dans notre échantillon et leurs pourcentages.

4. Source d'information sur la MC

La source d'information sur la MC utilisée était l'entourage direct (la famille et amis) pour les 3/4 des patients (n=110 soit 74,3%). (Figure 31)

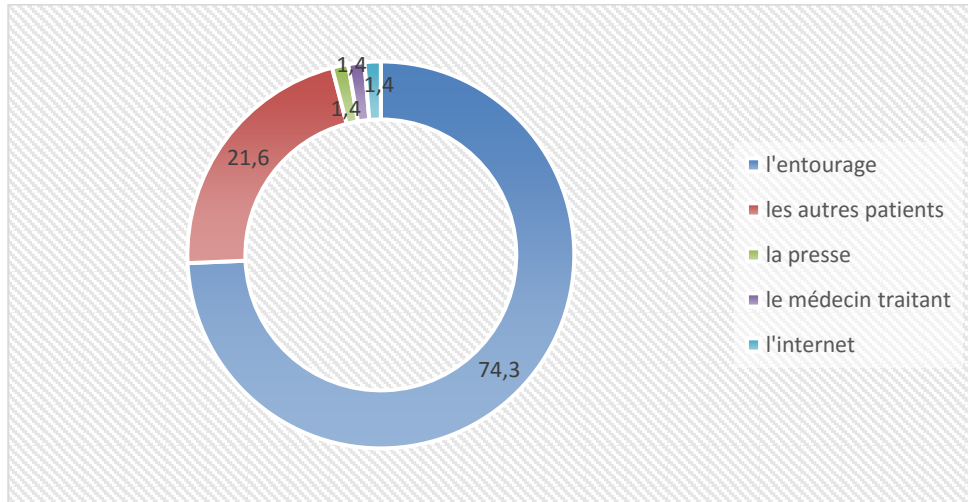


Figure 31 : Sources d'information rapportées.

5. Evaluation de l'utilisation de la MC

5.1. Effet constaté par le patient après utilisation de la médecine complémentaire

49,3% (n=73) des patients concluaient qu'il n'y avait aucun bénéfice à l'utilisation de la MC, tandis que 41,2% (n=61) déclaraient se sentir mieux après son utilisation. (Figure 32)

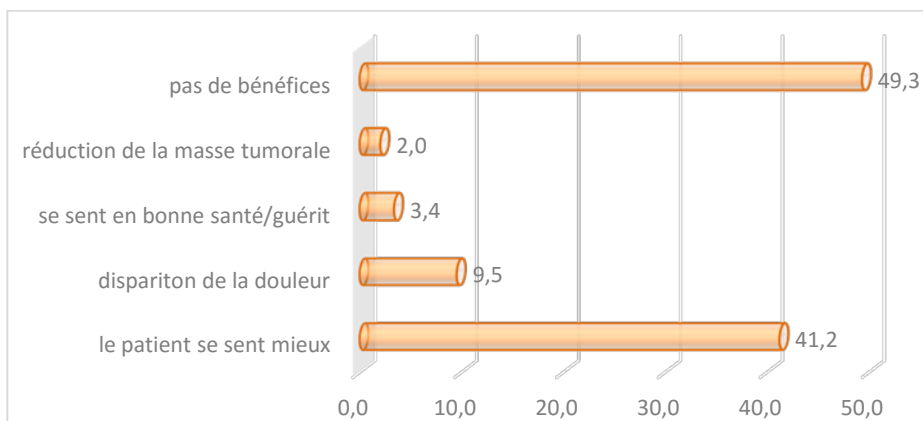


Figure 32 : Répartition des patients selon leurs constatations après utilisation de la MC.

5.2. effets indésirables

89,2% des patients (n=326) ne rapportaient pas l'existence d'effets indésirables liés à l'utilisation de la MC.

Chez les 16 malades (10,8%) les nausées et les vomissements présentaient les effets indésirables les plus rapportés avec 75% (n=12). (Figure 33)

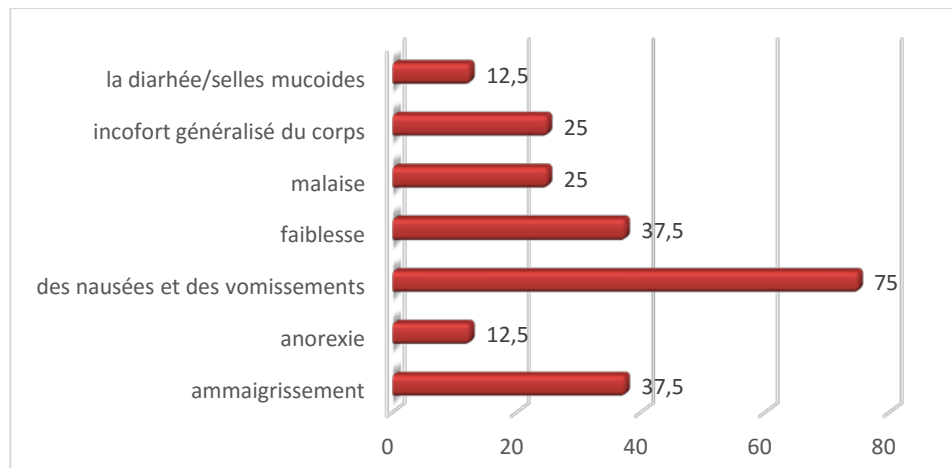


Figure 33 : Types d'effets indésirables liés à l'utilisation de la MC.

6. Coût de la MC

La quasi-totalité des patients (n=140 soit 95%) estimaient le budget mensuel consacré à la MC de moins de 500 dh. (Figure 34)

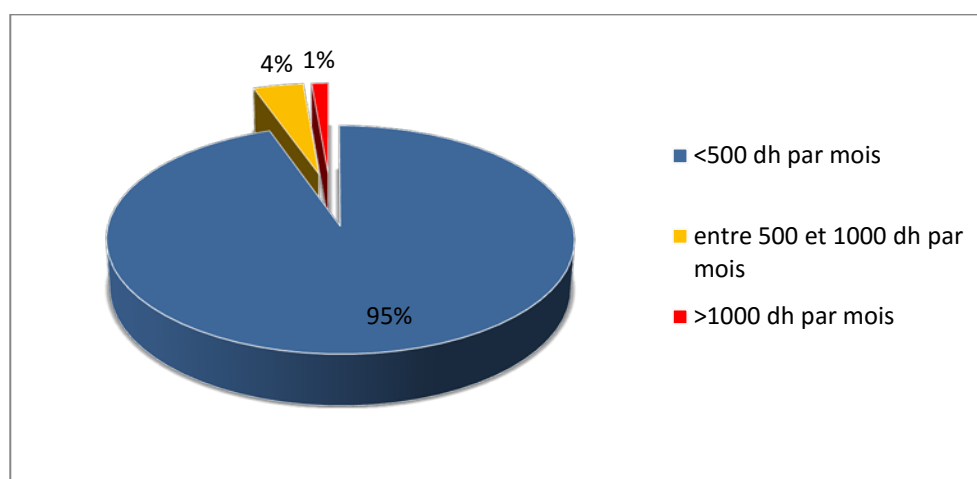


Figure 34 : Répartition des patients selon le Coût de la MC.

VI. Relation médecin-malade

1. Est-ce que le patient a été déjà interrogé sur l'utilisation de la médecine complémentaire par son médecin ou un professionnel de santé?

90,5% des patients utilisateurs de la MC (n=134) avaient répondu non, tandis que 9,5% (n=14) avaient été déjà interrogés par un professionnel de santé sur l'utilisation de la MC.

2. Est-ce que le patient a mentionné l'utilisation de la médecine complémentaire à son médecin?

Parmi les patients utilisateurs de la MC, 7,6% (n=26) ont discutés avec leur médecin traitant de ces remèdes, 82,4% (n=122) n'ont jamais discuté.

3. Pourquoi le patient n'a pas mentionné l'utilisation de la médecine complémentaire à son médecin?

83,6% (n=102) des patients déclaraient ne pas avoir informé leur médecin par ce qu'il ne le leur demandait jamais. (Figure 35)

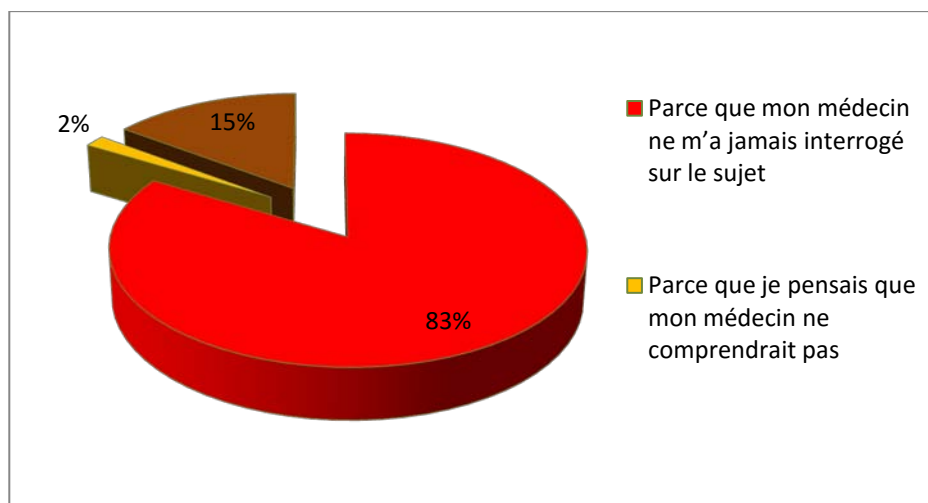


Figure 35 : Répartition des patients selon les raisons pour lesquelles ils n'avaient pas mentionné l'utilisation de la MC à leur médecin.

4. Attitude du médecin vis à vis l'utilisation de la MC

Parmi les 26 patients qui avaient discuté l'utilisation de la MC avec leur médecin traitant, 62% (n=16) le médecin leur conseillaient d'arrêter l'utilisation. (Figure 36)

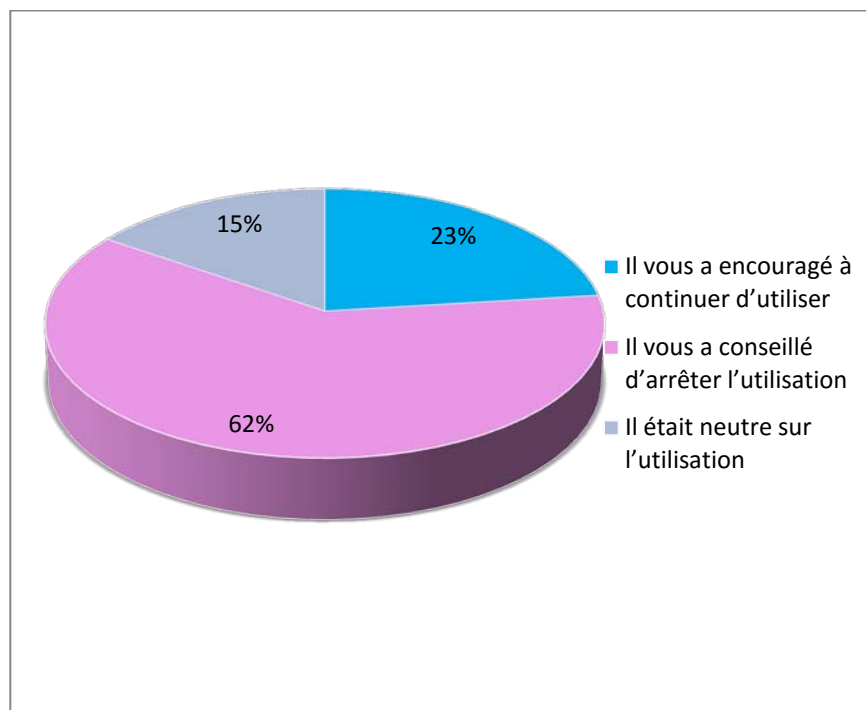


Figure 36 : Répartition des patients selon l'attitude du médecin vis à vis l'utilisation de la MC



DISCUSSION



I. GÉNÉRALITÉ SUR LA MEDECINE COMPLEMENTAIRE

1. Définition des médecines complémentaires et alternatives (MAC):

Les experts luttent pour trouver une définition adéquate des MAC, et aucun libellé mondialement accepté n'existe actuellement, vu sa grande diversité, sa constante évolution, et sa relation ambiguë avec la médecine conventionnelle.

Selon l'OMS les termes « médecine complémentaire » ou « médecine alternative » font référence à un vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant. Dans certains pays, ils sont utilisés de manière interchangeable avec le terme « médecine traditionnelle». [3]

Le NIH a associé la médecine alternative à la médecine complémentaire sous l'abréviation MAC. Il définit les MAC comme un groupe divers de soins médicaux de pratiques et de produits ne faisant généralement pas partie de la médecine conventionnelle, et distingue entre la médecine complémentaire se référant à l'utilisation des MAC en collaboration avec la médecine conventionnelle, et la médecine alternative en tant qu'utilisation des MAC à la place de la médecine conventionnelle. [2]

2. Classification des médecines complémentaires et alternatives(MAC):

Les MAC 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 disparition de certaines pratiques et l'apparition de nouvelles.

Des critères de classification ont été établis par Y.Barel et M.Butel dans leur ouvrage « les médecines parallèles : quelques lignes de force. » [4]:

2.1. Age d'apparition :

Les auteurs ont classé les types de MAC selon leur âge d'apparition en six grandes catégories temporelles :

- Préhistoire et antiquité : qui 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.
- Moyen âge et temps modernes : 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.
- XIX^e siècle : a vu la naissance de l'adventisme, le début de la naturothérapie, l'usage thérapeutique des métaux, et surtout l'homéopathie.
- Fin XIX^e siècle – début XX^e siècle : constitue selon les auteurs une période charnière pour les MAC 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.
- L'entre-guerre : 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.
- L'après-guerre et la période contemporaine : cette dernière a connu l'apparition de plus de la moitié des médecines, et elle 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.

2.2. Spécificité médicale :

Les auteurs différencient les médecines spécifiques dont le but est purement thérapeutique (ex : apithérapie, chiropraxie...) et les médecines non spécifiques qui s'inscrivent dans des philosophies plus larges qui englobent les aspects de la vie courante, et qui sont ; le plus souvent ; à visée à la fois diagnostique et thérapeutique (ex : Âyurveda, acupuncture, l'anthroposophie....)

Ces deux classements sont intéressants pour avoir une idée sur l'histoire des médecines complémentaires, leurs origines et les différents paradigmes qui les déterminent, mais ne donnent pas une idée claire sur les modes d'action, les produits utilisés, et les pathologies concernées par ces médecines.

A défaut d'une classification internationale, nous rapportons la classification mise en ligne par le NCCAM dans son site. [2]

2.3. Classification des MAC selon le NCCAM :

La classification du NCCAM n'est pas vraiment précise, mais peut s'avérer très pratique : elle regroupe les MAC dans 4 grandes catégories. Certaines pratiques pouvant s'inscrire dans plusieurs catégories. Ces catégories sont les suivantes :

- La première catégorie est la médecine corps-esprit, qui comprend l'hypnose, la méditation, le biofeedback et thérapie cognitivo-comportementale.
- Les pratiques basée sur la biologie constituent la seconde catégorie et comprennent des substances de notre environnement naturel qui sont utilisées pour renforcer et guérir le corps humain, tels que les prébiotiques, les probiotiques et les suppléments alimentaires.
- Les pratiques manipulatoires et axées sur le corps englobent la troisième catégorie et impliquent la manipulation et le déplacement de un ou plusieurs parties du corps comme un moyen de parvenir à la guérison; les exemples incluent massage, la manipulation chiropratique et la réflexologie.

- La dernière catégorie au sein des MAC comprend la «médecine énergétique», à savoir l'acupuncture, la thérapie magnétique, et le Reiki.
- Deux disciplines supplémentaires, à noter, comprennent la médecine traditionnelle chinoise et la médecine ayurvédique. La MTC a un héritage près de 2000ans et se préoccupe de mettre le patient en équilibre grâce à des pratiques qui affectent les forces opposées du yin et du yang. La médecine ayurvédique est une pratique traditionnelle indienne, également basé sur le principe de l'équilibre; c'est une discipline médicale globale visant à intégrer le corps et l'esprit pour atteindre le contentement, la prévention de la maladie, et une bonne santé. Les praticiens utilisent des substances d'origine naturelle telle que les huiles et les herbes, ainsi que divers traitements, y compris le jeûne, le yoga et la méditation, pour atteindre l'harmonie chez un patient.

3. Position de la médecine complémentaire à travers le monde

Ces dernières années ont connu une nette augmentation de l'utilisation de la médecine complémentaire, partout dans le monde, y compris aux pays développés et en voie de développement. Ceci est expliqué par un certain nombre de raisons. 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.[5]

Le recours à la médecine traditionnelle a connu un regain d'attention et d'intérêt dans le monde, selon l'OMS :[6]

- 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 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 eu 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 10 800.
- 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 Medicine », un montant de 17 milliards \$ US a été consacré aux remèdes traditionnels en 2000.
- Au Royaume-Uni, les dépenses annuelles consacrées à la médecine parallèle représentent 230 millions \$ US.
- Le marché mondial des plantes médicinales, en expansion rapide, représente actuellement plus de US \$60 milliards par an.

4. Médecine alternative et complémentaire au Maroc :

Au Maroc la médecine complémentaire est essentiellement représentée par la médecine traditionnelle. En effet, la médecine traditionnelle marocaine qui prend ses origines de la médecine arabe et islamique occupe une place prépondérante dans la vie des gens, c'est la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent, rationnellement ou non, sur les théories, croyances et expériences propres à notre culture.

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: [7]

- 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'utilisations des plantes médicinales 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.

5. place de la médecine complémentaire chez les patients d'oncologie au Maroc :

3.1. Plantes médicinales ou phytothérapie:

Le recours à cette pratique 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 le cancer.

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

a. Nigelle cultivée (Sanouj)

Nigella sativa L. ou cumin noir est une plante annuelle de la famille des Renonculacées originaire du sud-ouest de l'Asie. Les graines sont utilisées comme remède traditionnel ou comme épice dans de nombreux pays du monde.

Potentiellement toxiques en raison de la présence de terpénoïdes et d'alcaloïdes, elles peuvent toutefois être consommées sans danger en petites quantités. L'empoisonnement expérimental provoque une dyspnée, myosis, des convulsions et une dépression respiratoire.[7]

Au Maroc on l'utilise pour toutes les maladies en raison de ses innombrables effets : antitussif, antiasthmatique, contre les infections broncho-pulmonaires, antidote contre les poisons, abortive, et contre la grippe.[8]

Durant ces 25 dernières années, plusieurs études se sont intéressées surtout aux effets antioxydant, anticancéreux et anti-inflammatoire de ces graines.[9]



Figure 37 : La Nigelle cultivée

b. Aristoloche (Beraztam)

Aristolochia LongaL. est une plante herbacée de la famille des aristolochiacées, pousse sur le Mont Atlas au Maroc.

Cette plante est considérée, à tort, comme antidote contre certaines intoxications, voire de morsures de serpents. La racine de Beraztam est fréquemment utilisée pour traiter le cancer,

ainsi que d'autres maladies : les palpitations cardiaques, la constipation, les affections intestinales, les maladies cutanées, les blessures.[10]

Aristolochia longa doit sa toxicité à un acide très concentré au niveau de la racine et que l'OMS considère comme fortement toxique et cancérigène: l'acide aristolochique[11]. Ce composant néphrotoxique est considéré comme un facteur de risque spécifique pour le carcinome urothélial. [12] [13]

Les rapports de cas, des patients aux États-Unis qui ont connu des toxicités (par exemple, l'insuffisance rénale et le cancer urothélial) après l'ingestion de suppléments dérivés de ces plantes, ont été publiés.[14]



Figure 38 : *Aristolochia longa*



Figure 39 : Aristoloche sec

c. Fenugrec (Halba)

Trigonella foenum-graecum est une plante herbacée de la famille des Fabaceae originaire du Moyen-Orient et d'Inde. Il s'est répandu très tôt dans les pays méditerranéens et indien. Il est utilisé principalement comme plante médicinale et condimentaire.

La substance active est isolée dans les graines. On en trouve encore sous forme de graines inclus dans les préparations.

Grâce à son principal constituant diosgénine, le fenugrec pourrait avoir un effet préventif sur l'apparition de certains types de cancers[15], en particulier du colon[16], et du sein[17]. Aussi il peut être utilisé en tant qu'anticancéreux vu ses effets anti-inflammatoires et antinéoplasiques[18]

Dans notre pays, il est utilisé comme fortifiant, soins capillaires, hypoglycémiant, et contre les palpitations cardiaques.[8]



Figure 40 : Graines de fenugrec

d. Marrube blanc (Merouta)

Marrubium vulgare est une plante herbacée du genre *Marrubium*, de la famille des Lamiaceae. Elle pousse dans toute l'Afrique du Nord et presque dans toute l'Europe, au centre et au Sud-ouest de l'Asie et aux Canaries.

Plusieurs sont ses utilisations au Maroc : diurétique, hypoglycémiant, soins capillaires, vermifuge (teigne), antipyrétique, contre l'ictère, anti diarrhéique, et contre les taches de pigmentation du visage. [8]

On a démontré que les extraits isolés à partir du *Marrubium vulgare* sont pourvus d'une bonne activité antioxydante, antimicrobienne ainsi qu'une activité anti hépatotoxique. [19]



Figure 41 : Marrube blanc

e. Armoise (Chih)

L'*Artemisia Herba-Alba* est une plante herbacée à tiges ligneuses et ramifiées, il est largement répandu depuis les îles Canaries et le sud-Est de l'Espagne jusqu'aux steppes d'Asie centrale, et à travers l'Afrique du Nord, l'Arabie et le Proche-Orient.

Les infusions de ces espèces ont été utilisées comme analgésique, antispasmodique, anti diarrhéique ou comme agent diurétique[20], tandis que plusieurs extraits et huiles essentielles de ces plantes ont montré des activités biologiques, telles que l'activité antimicrobienne[21], antioxydante [22] [23], anti-inflammatoire [24].

En outre, cette plante est fréquemment utilisée comme antiseptique gastro-intestinal, vermifuge, antidote de poison, et hypoglycémiant[8].



Figure 42 : Armoise

3.2. 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[25] :

- 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.

Aucun de ces fondements n'a, à ce jour, recueilli l'assentiment de la communauté scientifique. Par contre, plusieurs méta analyses ont montré que l'homéopathie s'est avérée avoir un certain avantage en ce qui concerne la prévention ou la réduction de la sévérité de la mucite induite par la chimiothérapie, ainsi que la prophylaxie de la dermatite aiguë secondaire à la radiothérapie. [26] [27]



Figure 43 : Homéopathie Granules

3.3. Acupuncture :

L'acupuncture est l'une des cinq branches de la Médecine traditionnelle chinoise. Elle se base sur une approche énergétique et holistique. Selon la pensée médicale orientale, elle agit sur le Qi (prononcer tchi) qui circule dans le corps par la voie des méridiens. Des aiguilles insérées à la surface de la peau stimulent des points d'acupuncture précis afin de régulariser le Qi ainsi que des fonctions physiologiques, organiques et psychiques ciblées.

L'acupuncture peut être utile pour la gestion de la douleur cancéreuse et la douleur postopératoire. Aussi elle peut fournir un allègement supplémentaire de la nausée et des vomissements induits par la chimiothérapie chez les patients recevant un traitement antiémétique standard. [14]

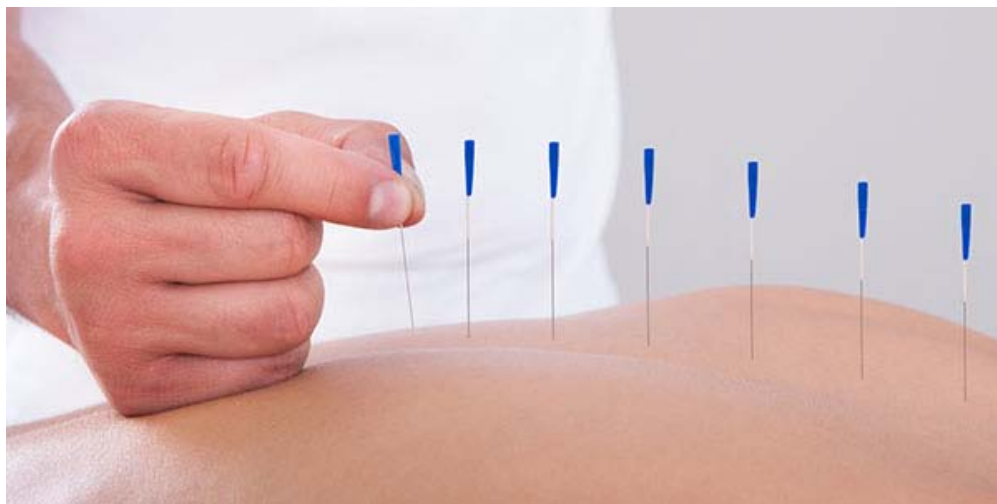


Figure 44 : Acupuncture

3.4. Points de feu :

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.

3.5. Médecine de l'esprit-corps :

Tel que défini par le NCCAM, elle comprend un groupe diversifié de procédures ou de techniques administrés ou enseigné par un praticien ou un enseignant qualifié.

Médecine de l'esprit-corps utilise une variété de techniques visant à améliorer la capacité de l'esprit à affecter les fonctions corporelles et les symptômes. Certaines techniques qui ont été considérées comme MAC dans le passé sont devenues des pratiques du grand public (par exemple, des groupes de soutien aux patients et la thérapie cognitivo-comportementale). D'autres techniques corps-esprit sont toujours considérés comme MAC, y compris la méditation, la prière, la visite de tombes et de marabouts, la guérison mentale, et les thérapies qui utilisent la créativité telle que l'art, la musique ou la danse.[2]

3.6. Yoga

Le Yoga peut être défini plus précisément comme un système de développement physique, mental et spirituel qui a pris naissance dans l'Inde ancienne. Les principales composantes des nombreux systèmes de yoga comprennent des postures physiques, contrôle de la respiration et la méditation. [14]

Le Yoga peut être efficace dans la prévention ou la gestion de la fatigue et l'amélioration du sommeil et de la qualité de vie des patients atteints de cancer. Une méta-analyse, étudiant les effets du yoga sur la fatigue liée au cancer, a synthétisé les résultats de plusieurs essais. Le type d'intervention de yoga, la longueur, et la fréquence est différente dans chaque essai. Les résultats mis en commun de toutes les études (n = 362) ont trouvé que le yoga par rapport au témoin a été associé à une amélioration significativement plus importante de la fatigue. [28]



Figure 45 : Yoga.

3.7. Traitement chiropratique

Le traitement chiropratique consiste principalement mais non exclusivement à la manipulation vertébrale pour «ajuster les subluxations». Quelques études mentionnent la chiropratique comme efficace, mais sans déterminer plus précisément son efficacité. [29] [30]

La manipulation chiropratique a été fondée comme une discipline de guérison alternative par Daniel David Palmer en 1895 à Davenport, Iowa. Les chiropraticiens représentent la troisième profession de la santé de premier contact en Amérique du Nord, et l'autorisation existe dans 46 États des États-Unis et dans des dizaines de pays à travers le monde. Au Maroc aussi il existe plusieurs centres de chiropratique notamment à Rabat et Casablanca.

C'est une thérapie qui met l'accent sur la relation entre la structure du corps, principalement la colonne vertébrale, et son fonctionnement. Bien que les praticiens peuvent utiliser une variété d'approches de traitement, ils effectuent principalement des ajustements (manipulations) à la colonne vertébrale ou d'autres parties du corps dans le but de corriger les problèmes d'alignement, soulager la douleur, améliorer la fonction, et de soutenir la capacité naturelle du corps à se guérir. [31]



Figure 46 : Chiropratique.

3.8. Le Reiki

C'est une pratique de soins non conventionnelle d'origine japonaise, fondée sur des soins par imposition des mains.

La thérapie est assurée par des praticiens appelés maîtres Reiki. C'est une forme de thérapie énergétique dans laquelle le thérapeute place les mains à proximité ou sur des parties du corps du patient tout en maintenant une intention thérapeutique spécifique afin d'accéder à des sources d'énergie qui peuvent renforcer la capacité du corps à se guérir, réduire l'inflammation et soulager la douleur et le stress. [14]

D'après le NIH, le reiki n'est pas une médecine fondée sur des faits mais une croyance basée sur la foi. Cette intervention a été étudiée dans quelques essais cliniques. Cependant, il n'y a aucune preuve scientifique qui valide l'existence d'une telle énergie. Cette pratique semble être généralement sans danger.[32] [33]

Le Reiki a été étudié pour une variété d'indications. Une étude randomisée de phase II a montré un meilleur contrôle de la douleur chez les patients atteints de cancer avancé qui ont reçu la thérapie du Reiki. [34]



Figure 45 : Reiki.

II. DISCUSSION DES RESULTATS

1. Prévalence de l'usage de médecine complémentaire chez les patients atteints de cancers

Notre étude indique que, chez les patients atteints de cancer suivis au service d'oncologie–radiothérapie du CHU Mohammed VI de Marrakech, 43,3 % des patients utilisaient les médecines complémentaires.

Nos résultats sont proches de ceux de plusieurs études, notamment :

- Une étude menée à Fès retrouve sur un groupe de patients atteints de cancer une prévalence de 46% d'utilisation des MAC. [35]

- Une deuxième méta-analyse faite au moyen -orient, regroupant 16 pays, a mis en évidence une prévalence d'utilisation des MAC entre 25 et 50% chez les patients cancéreux. [36]

Mais reste légèrement supérieure à celle retrouvée dans les pays occidentaux notamment, Amérique, Europe et Australie :

- une méta-analyse rassemblant 26 études menées dans 13 pays différents a montré que le pourcentage moyen d'utilisation des MAC chez les adultes était de 31,4% avec un intervalle allant de 7% à 64%. [1]
- La méta-analyse, intéressant 14 pays européens, parle d'un taux moyen d'utilisation des MAC de 35,9% chez les patients atteints de cancer avec un écart entre les pays de 14,8% à 73,1%. [37]
- une étude réalisée en France sur un groupe de 195 patients cancéreux, avaient recensé 67 cas soit 34% utilisant les MAC. [38]
- Üstündağ S et Al ont rapporté que la prévalence d'utilisation des MAC en Turquie était de 38,3% chez les patients suivis en oncologie. [39]

Cette prévalence semble être encore plus élevée dans des pays africains notamment Nigéria :

- dans une étude réalisée sur des patients atteints de cancer, avaient mis en évidence une prévalence d'utilisation des MAC de 65%. [40]

Toutefois ces chiffres de prévalence dépendent de la définition des médecines complémentaires, et ce qui est accepté comme étant des médecines complémentaires. Par exemple l'étude menée en France trouvait une prévalence de 34 % d'utilisateurs, mais les pratiques spirituelles et religieuses n'étaient pas acceptées comme médecine complémentaire. [38]

Rappelons que les techniques spirituelles, religieuses faisaient partie dans notre étude de la médecine complémentaire.

Tableau II : Comparaison de la prévalence de l'utilisation des MAC chez les patients atteints de cancer.

Auteur	Pays	Année	Prévalence
Notre étude	Maroc Marrakech	2016	43,3%
Brahmi SA. et al.[35]	Maroc Fès	2008	46%
E. Ben-Arye et al.[36]	Moyen-Orient	2015	[25-50%]
Ernst E. et al.[1]	Royaume-Uni ; USA	1998	31,4% [7-64%]
A. Molassiotis et al.[37]	Europe	2005	35,9% [14,8-73,1%]
S.TRÄGER-MAURY et al.[38]	France	2007	34%
Üstündağ S et al.[39]	Turquie	2015	38,3%
Ezeome ER. et al.[40]	Nigeria	2007	65%

2. Caractéristiques des utilisateurs de la médecine complémentaire

2.1. Age

La moyenne d'âge retrouvée dans notre série était de 49,3 ans. Ce résultat rejoint ceux rapportés par une étude menée à Fès (49,1 ans), une étude menée en France (57,2 ans) et une autre menée au Nigeria (51,9 ans). [35,38,40]

Cette moyenne d'âge est expliquée par l'exclusion des enfants dans notre étude.

Tableau III : Comparaison de l'âge des patients atteints de cancer utilisateur des MAC.

Auteur	Pays	Année	Age
Notre étude	Maroc Marrakech	2016	49,3 ans
Brahmi SA. et al.[35]	Maroc Fès	2008	49,1 ans
S.TRÄGER-MAURY et al.[38]	France	2007	57,2 ans
Ezeome ER. Et al.[40]	Nigeria	2007	51,9 ans

2.2. Sexe

Dans notre série il y a une nette prédominance des sujets de sexe féminin avec un sexe ratio de 0,40. Nos résultats sont comparables à ceux retrouvés dans plusieurs études nationales et internationales qui ont suggérées que le sexe féminin était un facteur favorisant l'utilisation des MAC. Notamment les séries de Fès (Sexe ratio=0,51), Nigeria (Sexe ratio=0,7) et Australie avec un P value de 0.02. [35, 40, 41]

Cette prédominance féminine peut être expliquée par le recours des femmes aux médecines complémentaires dans d'autres domaines de la vie.

2.3. Etat civil

Les patients mariés représentaient 58,1% des utilisateurs de MAC. Dans la série Nigérienne ce pourcentage était proche au notre avec (77,9%). [40]

Üstündağ S et al. a étudié la relation entre l'état civil et la prévalence de l'utilisation de MAC mais qui était statistiquement non significative ($P=0.78$). [39]

2.4. Niveau d'instruction

Le niveau scolaire de 79,7% des patients utilisateurs de MC ne dépassait pas le primaire (54% étaient analphabètes). Ces mêmes résultats étaient retrouvés à Fès avec les deux tiers des patients de leur série qui étaient analphabètes. [35]

Les études menées au Brésil et en Australie suggère que les patients utilisateurs de MAC ont le plus souvent un haut niveau d'instruction ($P = 0.002$). [42,43] Ceci dit les études réalisées en Turquie ($P=0.14$) et Nigeria ($P>0.05$) ont trouvé que le niveau d'instruction n'influçait pas l'utilisation des MAC.[39,40]

2.5. Profession

Parmi les participants dans notre étude 74,3% des patients n'exerçait aucune profession. Ces résultats rejoignent ceux retrouvés en Turquie où 51,5% des patients utilisateurs des MAC étaient des femmes au foyer. Cependant en France, il y avait plus de patients utilisateurs de médecine complémentaire parmi les actifs (24 %) que parmi les retraités (9 %).[38,39]

Ceci peut être expliqué par la prédominance féminine dans notre échantillon.

2.6. Niveau socio-économique:

55,4% des patients inclus dans notre étude étaient de bas niveau socioéconomique, Ainsi qu'à Fès (72%) et Nigeria (47,1%).[35,40] En revanche, dans la méta analyse Brésilienne, les patients qui utilisaient la MC avaient un revenu familial élevé.[42]

Ceci peut être expliqué par une distribution bimodale des utilisateurs de MAC : Les groupes à revenu élevé sont prêts à investir dans les MAC en parallèle des soins de santé conventionnels et les groupes à faible revenu utilisent les MAC comme un substitut pour les soins conventionnels généralement onéreux. [44]

2.7. Origine

L'origine urbaine est prédominante. Elle est constatée chez 65% des patients. Ceci peut être expliqué par les problèmes d'accessibilité aux soins au niveau rural ainsi que par le manque d'éducation et le bas niveau socio-économique qui règnent dans ces régions.

2.8. caractéristiques de la maladie

a. Type de cancer

Les 2 localisations de cancers les plus représentés étaient les cancers gynécologiques avec 53% (cancer du sein 39%) et les cancers digestifs avec 16% (cancer colorectal 14%). Nos résultats concordent avec ceux de la littérature :

- A Fès, ils trouvaient que les 2 cancers les plus représentés étaient le cancer du sein avec 44% et le cancer du côlon avec 18%. [35]
- En Australie, ils rapportaient que les patients atteints de cancer du sein avaient la plus forte utilisation des MAC (92,0%), suivie par les patients atteints de cancer du poumon (85,2%), les patients atteints de cancer de la prostate (84,4 %). [41]
- En France ainsi qu'en Turquie ils constataient aussi que les cancers prédominants sont les cancers digestifs et le cancer du sein avec 37 % ; 25 % et 22,6% ; 22,1% respectivement. [38,39]

Le cancer du sein est le premier cancer de la femme dans le monde et son incidence ne cesse d'augmenter, ce qui explique leur prévalence dans notre échantillon ainsi que dans les séries nationales et internationales.[45]

b. Délai de consultation

Nous avons noté que 65,5% des patients consultaient durant les 6 premiers mois après l'installation des premiers signes cliniques.

Le délai de consultation varie entre 1 à 36 mois avec une moyenne de 7,3 mois. Ce délai peut être corrélé à la progression chronique de la maladie mais il peut être influencé par d'autres facteurs à savoir:

- le niveau socioéconomique : la majorité des patients suivie dans notre service sont de niveau socioéconomique bas.
- La culture et les traditions : la croyance aux pratiques traditionnelles fait parfois traîner les patients avant qu'ils consultent dans un centre médical.
- La couverture sanitaire : le réseau sanitaire ne couvre pas la totalité des zones rurales, ce qui pose un problème d'accessibilité.

c. Traitement conventionnel déjà reçu

100% des patients inclus dans cette étude avaient reçu un traitement conventionnel à base de chirurgie chez 63,5% des patients, chimiothérapie chez 74,3% des patients et radiothérapie dans 40,5% des cas. Le but de ce traitement était curatif chez 64% des patients et palliatif chez 36% des patients.

En Turquie on a rapporté que 30,6% de patients n'ont reçu que la chimiothérapie, 34,3% ont eu une chirurgie suivie de chimiothérapie, et 35,1% ont reçu les trois modalités thérapeutiques à savoir la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. L'analyse de ces résultats conclue que le recours aux MAC était significativement plus fréquent chez les patients recevant une chimiothérapie de deuxième ligne ($P = 0.04$).[39]

d. Traitement conventionnel en cours

Le traitement était en cours pour 91,2% des cas. L'étude menée en France montre que le type de traitement et le fait que le traitement soit en cours ou non n'étaient pas significativement différent entre les utilisateurs et les non-utilisateurs de MAC.[38]

3. Caractéristiques des médecines complémentaires utilisées

3.1. Type de médecine complémentaire utilisée

Dans notre série, la consommation de plantes était la modalité la plus utilisée avec une fréquence de 69%. La consommation de miel naturel était rapportée par 68% des patients. L'eau de source (ZamZam) était employée dans 32% des cas. Alors que 9% des patients utilisaient des combinaisons sans connaître leurs composants. Les pratiques spirituelles étaient retrouvées chez 65% des utilisateurs des MAC. La Nigelle, l'Aristolochie, Fenugrec, marrube blanc et l'armoise sont les plantes les plus utilisées.

Ces types de MAC sont les plus accessibles pour le patient marocain qui émanent le plus souvent de notre culture et religion.

Nos résultats concordent avec ceux rapportées par plusieurs études à travers le monde :

- Dans l'étude menée à Fès les substances les plus répandues étaient les plantes, le miel pur et l'eau de Zem Zem. Il s'agissait parfois de « recettes » que même les utilisateurs ne connaissaient pas le contenu réel. Parmi les plantes l'*Aristolochia longa* était la plus utilisée. [35]
- Dans la méta analyse faite au moyen orient, la phytothérapie a été considérée comme la principale modalité des MAC utilisée par les patients atteints de cancer par rapport aux autres thérapies. l'utilisation des plantes a varié selon les pays, 88,9% en Jordanie, 92% au Liban, 93,5% en Palestine, 95,6% en Turquie, à 96,2% à Chypre. [36]
- La méta-analyse européenne montre que les plantes médicinales ont été de loin le traitement le plus couramment utilisé. Une large gamme de plantes a été enregistrée.[37]

- Au Nigeria, on constatait que les formes les plus couramment utilisés des MAC sont les traitements à base de biologie, y compris les plantes. Les pratiques spirituelles notamment la prière et la guérison par la foi (39,4%) venaient en deuxième rang.[40]
- En Turquie, les patients préféraient le miel (32%) et les pépins de raisin (14,1%) comme suppléments nutritionnels, l'ortie (22,3%) et Nigelle (20,1%) comme suppléments à base de plantes. La plupart des patients de l'étude ont pratiqué des rituels religieux et culturels (92,2%; n = 361). [39]

Les plantes utilisées diffèrent d'un pays à l'autre, probablement à cause des informations spécifiques ethnopharmacologique et de la tradition, ainsi que la disponibilité.

D'autres pratiques prédominent dans les pays occidentaux :

- Dans l'étude réalisée en France, les deux substances les plus fréquemment documentées étaient l'homéopathie puis les plantes. [38]
- Dans la méta analyse Brésilienne, les thérapies à base de plantes étaient parmi les principales thérapies complémentaires et alternatives utilisées ainsi que l'homéopathie, la médecine ayurvédique, la médecine traditionnelle chinoise, les thérapies psychologiques, thérapies spirituelles, et les groupes de soutien.[42]
- En Australie, la catégorie la plus couramment utilisée de MAC était les vitamines, les minéraux, les huiles et les herbes (67,8%), suivie par le mouvement et thérapies physiques (56,3%), le régime alimentaire spécialisé (29,6%) et les pratiques spirituelles (21,4%). [41]

Ces résultats sont très alarmants car autant de thérapies à base de biologie (y compris les plantes) peuvent interférer avec les agents de chimiothérapie et la radiothérapie. [46]

Par ailleurs, Il est considéré que les rituels religieux pourraient être moralement bénéfiques pour le patient en l'aidant à surmonter la maladie et accepter le traitement médical.[47]

3.2. Mode d'utilisation de la MC:

Dans notre échantillon la durée d'utilisation des MAC variait de 1 jour à 72 mois avec une moyenne de 5,5 mois. 43,2% des participants ont eu recours à la MC au cours du traitement conventionnel et 54% des patients utilisaient les MAC quotidiennement.

Ces résultats sont proches de celles retrouvées dans les études antérieures, 77,9% des patients ont utilisé les MAC quotidiennement dans l'étude nigérienne, ainsi que 78 % des substances de thérapies complémentaires ont été prises quotidiennement en France.[38,40]

Cela confirme l'intérêt de demander systématiquement au patient s'il prend des médecines complémentaires afin de s'assurer qu'il n'y aura pas d'interaction pharmacologique avec le traitement suivi ou encore d'effets secondaires.

3.3. Objectifs d'utilisation de la MC

Dans la littérature, les principaux objectifs d'utilisations des MAC étaient : guérir la maladie, soulager les symptômes secondaires à celle-ci et donc améliorer la qualité de vie. [35-38] [40-42] [48]

Pareille à notre étude, les 2 principaux objectifs étaient de guérir la maladie 59,5% et de soulager les symptômes inhérents à celle-ci 37,8%.

3.4. Source d'information sur la médecine complémentaire

Dans notre série, la principale source d'information sur la MC était l'entourage pour 74,3%, comme l'a retrouvée une étude menée à Fès pour plus de la moitié de ces utilisateurs ainsi que les résultats des études menées en France, Nigeria et la méta analyse européenne.[35,37,38,40]

Une autre source importante est retrouvée dans la littérature: il s'agit d'internet qui a été rapporté par une étude américaine. [49] Cependant les patients doivent être avisés que les informations disponibles sur les moteurs de recherche ne sont pas toutes fiables. Au Maroc, malgré que l'accès internet est de plus en plus large, selon notre étude celui-ci ne représente que 1,4% des sources d'information pour les patients.

Dans une étude récente menée en Allemagne en 2015, la source d'information la plus importante sur les MAC tel que rapportent les patients était les médecins et les infirmières.[50] Ceci peut être expliqué par l'intégration des MAC dans leur système de soins et la formation de personnel soignant dans ce sens.

3.5. Evaluation de l'utilisation de MC

a. Effet constaté par le patient après utilisation de la médecine complémentaire

Dans notre échantillon 49,3% des patients ne trouvaient aucun bénéfice à l'utilisation de MC, tandis que 41,2% déclaraient se sentir mieux après son utilisation et 3,4% des patients se sentaient guéris et en bonne santé. Ces résultats sont similaires à l'étude menée au Nigeria.[40]

L'évaluation de l'efficacité de MC est difficile puisque 91,2% des patients inclus dans notre étude utilisaient la MC au cours de traitement conventionnel.

b. Effets indésirables

Dans notre série 89,2% des patients ne rapportaient pas l'existence d'effets indésirables liés à l'utilisation de la MC.

Chez les 16 malades (10,8%), les nausées et les vomissements représentaient les effets indésirables les plus rapportés. Ces résultats rejoignent les données de la littérature :

- Dans l'étude menée au Japon, Aucun effet indésirable n'a été connu par 62,2% des patients. Le reste des patients (5,3%) ont eu des effets indésirables tels que nausées, diarrhée, constipation, éruption cutanée, et le dysfonctionnement hépatique. [51]
- Dans la méta analyse européenne, seulement 4,4% des patients ont signalé des effets secondaires des thérapies complémentaires qu'ils avaient utilisé. Parmi ces effets indésirables on a noté des troubles gastriques et des nausées, prurit, céphalées, et dégradation de la fonction rénale.[37]
- Au Nigeria, la majorité des patients (63,4%) n'ont pas perçus des effets indésirables des MAC. Les effets indésirables signalés incluent l'amaigrissement, l'anorexie, des nausées et des vomissements, faiblesse, malaise, et des diarrhées.[40]

c. Coût de la MC

Concernant le budget mensuel consacré à la médecine complémentaire, la moyenne était dans la série de Fès de 26 dirhams, avec des extrêmes de 0 à 300 dirhams par mois, et il était de moins de 50 euros pour 37 % des patients en France. [35,38]

Dans notre étude, La quasi-totalité des patients soit 95% estimaient le budget mensuel consacré à la MC de moins de 500 dh. Ce faible coût peut être expliqué par le prix abordable des produits de MC utilisés par les malades et leur disponibilité sur le marché.

4. raisons du non utilisation de la médecine complémentaire

Dans notre étude, les patients citaient plusieurs raisons pour leur abstinence notamment 33% des cas déclaraient avoir peur des effets indésirables de la MC alors que et 21,6% ne croyaient pas en leur efficacité. A Fès, les deux raisons les plus évoqués étaient que les patients doutaient de l'efficacité d'une telle médecine ou qu'ils étaient découragés par leur entourage. Dans la méta-analyse européenne les arguments avancés par les patients étaient la satisfaction du traitement conventionnel dans 43,4% des cas, et le manque de croyance en l'efficacité de ces thérapies dans 49,8% des cas. [35] [37]

5. Relation médecin-malade

5.1. Est-ce que le patient a été déjà interrogé sur l'utilisation de la médecine complémentaire par son médecin ou un professionnel de santé?

Dans notre étude 90,5% des patients utilisateurs de la MC avaient répondu non, tandis que 9,5% étaient déjà interrogé par un professionnel de santé sur l'utilisation de la MC.

L'absence d'interrogatoire sur l'utilisation de la MC par les patients expose à un risque considérable d'interaction des produits de MAC avec les traitements conventionnels. Ces risques ont également été soulignés par d'autres études. [52,53]

5.2. Est-ce que le patient a mentionné l'utilisation de la médecine complémentaire à son médecin?

Parmi les patients utilisateurs de la MC inclus dans notre travail, 7,6% (n=26) ont discuté avec leur médecin traitant de ces remèdes, 82,4% (n=122) n'ont jamais rapporté cette utilisation. Ce qui rejoint la littérature :

- Dans l'étude de Fès 97% des patients utilisateurs de la médecine complémentaire n'ont pas révélé cette utilisation à leur médecin cancérologue.[35]
- En Turquie, ils ont constaté que 88,1% des patients n'ont pas informé les médecins ou les infirmiers sur l'utilisation des MAC.. [39]
- Au Japon, Près des deux tiers des patients (60,7%) n'ont jamais consulté leur médecin sur l'utilisation des MAC.[51]

Le taux de divulgation de l'utilisation des MAC était plus élevé en France et au Nigeria :

- En France, plus de la moitié (57 %) des utilisateurs de médecine complémentaire n'informaient pas leur cancérologue de cette utilisation. [38]
- Au Nigeria, environ un tiers (32,7%) des utilisateurs de MAC ont discuté avec leur médecin.[40]

5.3. Pourquoi le patient n'a pas mentionné l'utilisation de la médecine complémentaire à son médecin?

83,6% des patients de notre série déclaraient ne pas avoir informé leur médecin par ce que ces derniers ne le leur jamais demandaient.

Cet argument était le plus rapporté par les patients à travers la littérature nationale et internationale notamment en France(82 %), Fès (65,2%), et au japon (56,1%). [35,38,51]

EL. DAVIS et al concluaient que les principales raisons de la non-divulgation étaient le manque d'enquête du médecin; l'anticipation du patient de la désapprobation, le désintérêt, ou de l'incapacité du médecin pour aider; et la perception du patient que la divulgation de l'utilisation des MAC est sans rapport avec les soins conventionnels. [54]

5.4. Attitude du médecin visé à vis l'utilisation de la MC

Dans notre série, parmi les 26 patients qui avaient discuté l'utilisation de la MC avec leur médecin traitant, 62% (n=16) étaient conseillé d'arrêter cette utilisation. Par ailleurs, en Irlande l'attitude des médecins était partagée entre encourageant de cette pratique 37,2%, déconseillant 16,3%, et neutre 46,5%.[55]

Indépendamment de ce que les professionnels de la santé croient à propos de MC, il est évident que les patients utilisent, et continueront à utiliser, les thérapies complémentaires. Par conséquent, à partir d'un point de vue professionnel, le personnel de santé doivent être conscients d'une telle utilisation des MAC et pour être en mesure d'éduquer les patients de manière appropriée. Cela va sans doute nécessiter la refonte de la prestation de l'éducation médicale et de soins de santé, d'élargir notre compréhension du concept de la médecine et de nous aider à travailler vers l'intégration les MAC pour lesquelles la preuve de l'efficacité existe dans les services de soins de santé de grand public.



*PERSPECTIVES ET
RECOMMANDATIONS*



D'après les résultats de notre étude, ainsi que les données de la littérature, on constate que la prévalence de l'utilisation de MC chez les patients en oncologie est élevée.

Le patient ne voit souvent pas spontanément l'intérêt d'informer son médecin traitant et en éprouve plutôt un désagrément car il ne sait pas comment sa démarche sera accueillie. L'incompréhension entre le cancérologue 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 conventionnel au profit de la médecine complémentaire, tandis que le patient ne voit que les effets positifs de la médecine complémentaire.

Au terme de ce travail, certaines suggestions peuvent être faites :

- Promouvoir des études méthodologiques pour répertorier les types de MAC ayant des effets thérapeutiques, leurs indications, leurs doses thérapeutiques et toxiques, et les interactions qu'elles peuvent engendrer.
- Concevoir un dépliant concernant les médecines complémentaires destiné aux patients pourrait être mis à leur disposition dans les services de cancérologie au même titre que celui expliquant la chimiothérapie, ses effets secondaires etc... Il pourrait être un outil de présentation pour appuyer le discours de l'oncologue ou permettre d'initier un dialogue avec ce dernier.
- L'intégration des MAC dans les systèmes de santé et mettre en place un cadre réglementaire et juridique pour ce secteur.
- Former des oncologues ainsi que des médecins généralistes et des spécialistes d'autres disciplines ainsi que des infirmières sur MAC pour améliorer la sécurité de l'utilisation des thérapies complémentaires.
- Renouveler l'interrogatoire du patient au sujet de la MC le plus souvent possible au cours des consultations.
- Enfin Le dialogue médecin-malade doit être plus ouvert car la communication médecin-patient est nécessaire pour maintenir la sécurité du patient et son bien-être.



CONCLUSION



La part de patients atteints de cancer utilisant la médecine complémentaire est importante. En effet, dans notre étude, 43,3 % de patients utilisaient la médecine complémentaire dans le traitement de leur maladie. Beaucoup d'études de prévalence ont tracé des profils d'utilisateur de médecine complémentaire. Mais ces caractéristiques sont variables selon la population sélectionnée, le type de MC et la définition que l'on en donne.

Dans notre échantillon, les utilisateurs de MAC étaient des femmes en foyer, âgées en moyenne de 49,3 ans, analphabètes, ayant un bas niveau socio-économique. La Nigelle, Fenugrec, marrube blanc, l'armoise, et l'Aristolochie ; malgré sa toxicité et son pouvoir cancérigène ; sont les plantes les plus utilisées. Les pratiques spirituelles étaient retrouvées chez 65% des utilisateurs des MAC.

La MC doit bénéficier au même titre que la médecine conventionnelle d'études scientifiques évaluant ses éventuels bénéfices, toxicités et interactions avec le traitement conventionnel afin que l'oncologue puisse en avertir l'utilisateur.

Des efforts doivent être fournis pour mieux informer les patients à ce sujet, et intégrer certains aspects de la MC dans le système de santé public.



ANNEXE (1)

Fiche d'exploitation

Ce questionnaire vise à savoir à quel degré des patients cancéreux dans notre service utilisent la médecine complémentaire dans le traitement de leur cancer. Il est seulement un travail de recherche scientifique. Les réponses que vous donnez aux questions ici ne pourront en aucun cas influencer la façon dont nous allons vous traiter comme un individu. Les résultats de cette recherche nous aideront à comprendre nos patients atteints de cancer et donc mieux nous aider à améliorer les soins que nous rendons à eux. Nous vous implorons de nous donner la réponse la plus honnête à chaque question possible. Vous pouvez choisir de ne pas répondre à toutes les questions que vous n'êtes pas à l'aise avec. Nous vous garantissons la confidentialité.

1- Age : _ _ _ _ _ 2-Sexe : _ _ _ _ _

3-Etat civil : célibataire Marié(e) veuf(e) divorcé(e)

4-Niveau d'instruction : Analphabète Ecole coranique Primaire Secondaire
 Universitaire

5-Profession : _ _ _ _ _

6-Couverture médicale : RAMED Assurance maladie Payant sans assurance

7-Ethnie : arabe berbère métissage entre arabe et berbère

8-Origine : (ville/région)_ _ _ _ _

9-Niveau de revenu mensuel familial : <1500DH entre 1500 et 4000
 entre 4000 et 10000 > 10000 DH sans revenu fixe

10-Type de cancer (précisez s'il vous plait) : _ _ _ _ _

11- stade clinique (précisez s'il vous plait) : _ _ _ _ _

12-Délai de consultation : _ _ _ _ _ mois

13-Type de traitement conventionnel déjà reçu : Chimiothérapie Radiothérapie
 Chirurgie Hormonothérapie Thérapie ciblée aucun traitement

- 14-Type de traitement conventionnel en cours :** Chimiothérapie Radiothérapie
 Hormonothérapie Thérapie ciblée
 Patient en rémission complète sous simple surveillance abstention thérapeutique

15-Avez-vous utilisé autre chose (médecine complémentaire) que le traitement qui vous a été donné par votre médecin pour traiter ce cancer ?

- Oui non

16-Si non, pourquoi ?

- Ne pas avoir assez d'informations à ce sujet Aucun intérêt Ne pas y croire
 Trop cher
 Satisfait de la médecine conventionnelle
 avoir peur des effets indésirables de la médecine complémentaire

17-si oui, quel type de médecine complémentaire vous utilisez ?

- Miel naturel

Plantes : Sanouj Beraztam Halba Mkhinza Yazir Zaitra Habrchad Khorkom
 Chih Sebar Merouta Mardadouch Dafla mélanges de plantes

Spirituelle : pratique de prière lecture de coran visite de marabout
 visite de tombe Eau de zamzam

- Autres (précisez s'il vous plait) : _ _ _ _ _

18-Pour combien de temps de temps avez-vous utilisez cette médecine complémentaire ?
(précisez s'il vous plait) _ _ _ _ _

19-A quel moment avez-vous utilisez la médecine complémentaire ?

- Avant traitement durant le traitement après le traitement reçu

20-À quelle fréquence utilisez-vous cette médecine complémentaire?

- Quotidien Hebdomadaire Occasionnellement Seulement une fois

21-Quelle est votre Source d'information sur la médecine complémentaire:

- L'entourage les autres patients la presse Le médecin traitant
 l'internet
 Autres (précisez s'il vous plait) : _ _ _ _ _

22-Comment avez-vous décidé à utiliser cette médecine complémentaire?

- Recommandé par la famille ou les amis C'est votre propre volonté
 Recommandé par un professionnel de santé

23-Pourquoi avez-vous utilisé la médecine complémentaire:

- Diminuer les effets secondaires des traitements Soulager les symptômes de la maladie traiter le cancer
- Stimuler le système immunitaire Soulager la douleur morale
- Prolonger la survie Essayer tout traitement possible
- Autres (précisez s'il vous plait) : _ _ _ _ _

24-Avez-vous obtenu suffisamment d'informations sur l'efficacité et l'innocuité de la médecine complémentaire avant de commencer à l'utiliser ?

- Oui non

25-Quelles sont vos constatations après la prise de la médecine complémentaire ?

- Le patient se sent mieux disparition de la douleur se sent en bonne santé / guérit réduction de la masse tumorale Pas de bénéfices

26-Est-ce que ce vous avez remarqué des effets indésirables après votre utilisation de médecine complémentaire ?

- Oui non

27-Si oui, les quels ?

- Maigrir Anorexie Des nausées et des vomissements
- Faiblesse Malaise Inconfort généralisé du corps
- La diarrhée / selles mucoïdes
- Autres (précisez s'il vous plait) : _ _ _ _ _

28-Le cout de traitement par médecine complémentaire :

- < 500 dh par mois entre 500 dh et 1000 dh par mois plus de 1000 dh
- ne souhaite pas répondre

29-Est-ce que vous avez déjà été interrogé sur l'utilisation de la médecine complémentaire, par votre médecin ou autre professionnel de santé ?

- Oui non

30-Avez-vous mentionné l'utilisation de la médecine complémentaire à votre médecin ?

- Oui non

31-Si non, pourquoi ?

- Parce que mon médecin ne m'a jamais interrogé sur le sujet Parce que je pensais que mon médecin ne comprendrait pas
- Parce que je pensais que mon médecin aurait désapprouvé la médecine complémentaire

32-Si oui, quelle était la réponse de votre médecin ?

- Il vous a encouragé à continuer d'utiliser Il vous a conseillé d'arrêter l'utilisation
- Il était neutre sur l'utilisation Autres (précisez s'il vous plait) : _ _ _ _ _



RÉSUMÉS



Résumé

La médecine complémentaire et alternative est un groupe de système de soins, de pratiques et de produits ne faisant pas partie de la médecine conventionnelle.

Nous avons réalisé une étude descriptive sur l'utilisation de la médecine complémentaire parmi une population de patients cancéreux suivis dans le service d'oncologie–radiothérapie du CHU Mohammed VI de Marrakech. L'objectif de cette étude est d'estimer la prévalence de l'utilisation de la médecine complémentaire chez les malades atteints de cancers, et d'étudier les raisons de cette utilisation. Enfin, la relation médecin–patient a été analysée sur l'existence et la qualité d'un dialogue à propos de la médecine complémentaire.

Un total de 342 patients a été inclus dans notre étude. 43,3% des malades rapportent l'utilisation de la médecine complémentaire, âgés en moyenne de $49,3 \pm 13,9$ ans, 72% des utilisateurs étaient de sexe féminin. Les plantes médicinales étaient les substances les plus utilisées (69%). Le but de cette utilisation était de guérir la maladie dans 59,5% des cas, et de soulager les symptômes dans 37,8% des cas. 82% des utilisateurs n'informaient pas leurs médecins traitant de cette utilisation vu que cette question n'était pas abordée en consultation.

La médecine complémentaire doit bénéficier au même titre que la médecine conventionnelle d'études scientifiques évaluant ses éventuels bénéfices, toxicités et interactions avec le traitement conventionnel afin que l'oncologue puisse en avertir l'utilisateur.

Abstract

The complementary and alternative medicine is a group of health care systems, practices and products that are not a part of conventional medicine.

We conducted a descriptive study on the use of complementary medicine among a population of cancer patients previously treated or monitored in the oncology- radiotherapy department of University Hospital of Mohammed VI Marrakech. The objective of this study was to estimate the prevalence of complementary medicine use in patients with cancer, and to explore the reasons for this use. Finally, the doctor-patient relationship has been analyzed on the existence and quality of dialogue about complementary medicine.

A total of 342 patients were included in our study. 43,3% of patients reported using complementary medicine, mean age $49,3 \pm 13,9$ years. 72% of users were female. Medicinal plants were the substances most used. The purpose of complementary medicine use was to cure the disease in 59,5% of cases, and relieve symptoms in 37,8% of cases. 82% of users did not inform their treating physician because this issue was not raised in consultation.

Complementary medicine must be given along with conventional medicine scientific studies evaluating potential benefits, toxicities and interactions with conventional treatment to the oncologist could warn the user.

ملخص

الطب التكميلي والبديل يشكل مجموعة من النظم الصحية, الممارسات والمنتجات التي لا تنتمي للطب الحديث.

لقد أجرينا دراسة وصفية عن استعمال الطب التكميلي وسط مجموعة من مرضى السرطان الذين يعالجون في مصلحة الأنكولوجيا والعلاج الإشعاعي بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش. في عملنا هذا درسنا استعماله من قبل عينة من المرضى الذين يعانون من السرطان, المتابعين عن طريق الإقامة بالمستشفى أو الاستشارة الطبية. وقد نظرنا في معدل انتشار الاستعمال وجررنا اسباب استخدام هذه العلاجات. أخيراً, تم تحليل العلاقة بين الطبيب والمريض حول وجود حوار عن الطب التكميلي. تم ادماج 342 مريض في هذه الدراسة, 43,3% منهم استخدموا مرة واحدة على الأقل بحياتهم الطب التكميلي والبديل, معدل أعمارهم 49,3 سنة. 72% من الحالات كانت من النساء. الأعشاب الطبية كانت المواد الأكثر استعمالاً. أفاد 59,5% من المرضى أنهم استعملوه لغرض الشفاء و 37,8% اختار اللجوء للطب التكميلي اتباعاً لنصائح أشخاص من الوسط المحيط بهم. 82% لم يبلغوا أطباءهم باستخدام الطب التكميلي, و 83,6% منهم صرحوا بأنهم لم يفعلوا ذلك لكونهم لم يسبق أن طلب منهم. كما هو الشأن بالنسبة للطب الحديث يجب إجراء دراسات علمية حول الطب التكميلي, لتقييم فوائده المختلفة, المضاعفات والتفاعلات مع الطب الحديث, هذا لكي يتمكن الطبيب من ارشاد مستعمل الطب التكميلي.



BIBLIOGRAPHIE



1. **Ernst E, Cassileth BR.**
The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer: a systematic review.
Cancer 1998; 83(4): 777-82.
2. **National Center for Complementary and Alternative Medicine.**
Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?
nccam.nih.gov/health/whatiscom.
3. **World Health Organisation.**
Traditional Medicine: Definitions.
<http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>
4. **Y.Barel et M.Butel.**
Les médecines parallèles : quelques lignes de force.
Documentation française, 1988, 303p.
5. **World Health Organisation.**
Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023.
http://www.who.int/publications/list/traditional_medicine_strategy/fr/
6. **World Health Organisation.**
Aide-mémoire N°134 Révisé mai 2003. Médecine traditionnelle.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/2003/fs134/fr/>
7. **Hamamouchi.M.**
Les plantes médicinales et aromatiques marocaines.
Édition 1999, 389p.
8. **Bellakhdar J, Claisse R, Fleurentin J, Younos C.**
Repertory of standard herbal drugs in the Moroccan pharmacopoea.
J Ethnopharmacol. 1991; 35(2): 123-43.
9. **Agbaria R, Gabarin A, Dahan A, Ben-Shabat S**
Anticancer activity of *Nigella sativa* (black seed) and its relationship with the thermal processing and quinone composition of the seed.
Drug Des DevelTher. 2015; 9: 3119-24
10. **J BAMMI, A DOUIRA**
LES PLANTES MÉDICINALES DANS LA FORET DE L'ACHACH (PLATEAU CENTRAL, MAROC)
Acta BotanicaMalacitana 2002 ; 27: 131-145

11. **Centre antipoison du Maroc (CAPM)**
Aristolochia Longa (Bereztém)
<http://www.pharmapresse.net/pages/centre-antipoison-du-maroc-capm/intoxication-aux-plantes/aristolochia-longa-bereztem.html>
12. **Ouzzane A, Rouprêt M, Leon P, Yates DR, Colin P**
[Epidemiology and risk factors of upper urinary tract tumors: literature review for the yearly scientific report of the French National Association of Urology].
Prog Urol. 2014; 24(15) :966-76.
13. **Schmeiser HH, Stiborová M, Arlt VM**
Chemical and molecular basis of the carcinogenicity of Aristolochia plants.
Curr Opin Drug Discov Devel. 2009 ; 12(1) :141-8.
14. **JD. White**
Complementary and Alternative Medicine.
CHAPTER 33
15. **Aggarwal BB, Shishodia S.**
Molecular targets of dietary agents for prevention and therapy of cancer.
Biochem Pharmacol. 2006 ; 71(10) :1397-421.
16. **Raju J, Patlolla JM, Swamy MV, Rao CV.**
Diosgenin, a steroid saponin of *Trigonella foenum-graecum* (Fenugreek), inhibits azoxymethane-induced aberrant crypt foci formation in F344 rats and induces apoptosis in HT-29 human colon cancer cells.
Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2004 ; 13(8) :1392-8.
17. **Amin A.**
Chemopreventive activities of *Trigonella foenum-graecum* (Fenugreek) against breast cancer.
Cell Biol Int. 2005 ; 29(8) :687-94
18. **Sur P, Das M, Gomes A, Vedasiromoni JR, Sahu NP, Banerjee S et al.**
Trigonella foenum-graecum (fenugreek) seed extract as an antineoplastic agent.
Phytother Res. 2001 ; 15(3) :257-9.
19. **DJAHRA A B**
Etude phytochimique et activité antimicrobienne, antioxydante, antihépatotoxique du Marrube blanc ou *Marrubium vulgare* L.
Biologie Végétale, UNIVERSITE BADJI MOKHTAR - ANNABA ; 2014

20. **Benjumea D, Abdala S, Hernandez-Luis F, Pérez-Paz P, Martín-Herrera D**
Diuretic activity of *Artemisia thuscula*, an endemic Canary species.
*J Ethnopharmacol.*2005 ; 100(1-2) :205-9.
21. **Setzer WN, Vogler B, Schmidt JM, Leahy JG, Rives R.**
Antimicrobial activity of *Artemisia douglasiana* leaf essential oil.
*Fitoterapia.*2004 ; 75(2) :192-200.
22. **El-Massry K.F., El-Ghorab A.H. & Farouk A.**
Antioxidant activity and volatile components of Egyptian *Artemisia judaica* L.
Food Chem. 2002 ; 79 :331-336.
23. **Kim KS1, Lee S, Lee YS, Jung SH, Park Y, Shin KH et al.**
Anti-oxidant activities of the extracts from the herbs of *Artemisia apiacea*.
*J Ethnopharmacol.*2003 ; 85(1) :69-72.
24. **Guardia T., Juarez A.O., Guerreiro E., Guzmán JA, Pelzer L.**
Anti-inflammatory activity and effect on gastric acid secretion of dehydroleucodine isolated from *Artemisia Douglasiana*.
J. Ethnopharmacol. 2003 ; 88 : 195-198.
25. **National Center for Complementary and Alternative Medicine.**
Homeopathy.
<https://nccih.nih.gov/health/homeopathy>
26. **Worthington HV, Clarkson JE, Bryan G, Furness S, Glenny AM, Littlewood A et al.**
Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment.
Cochrane Database Syst Rev. 2010 ; (12) :CD000978.
27. **Kassab S, Cummings M, Berkovitz S, van Haselen R, Fisher P.**
Homeopathic medicines for adverse effects of cancer treatments.
Cochrane DatabaseSystRev. 2009 ; (2) :CD004845.
28. **Cramer H, Lange S, Klose P, Paul A, Dobos G.**
Can yoga improve fatigue in breast cancer patients? A systematic review.
ActaOncol. 2012 ; 51(4) :559-60.
29. **National Center for Complementary and Integrative Health**
Chiropractic: In Depth
<https://nccih.nih.gov/health/chiropractic/introduction.htm>

30. **Jensen MP, Abresch RT, Carter GT, McDonald CM.**
Chronic pain in persons with neuromuscular disease.
Arch Phys Med Rehabil. 2005 ;86(6) :1155-63.
31. **Ernst E**
A Critical Appraisal of Complementary and Alternative Medicine.
Wall & Melzack's Textbook of Pain, Chapter 43, 603-608
32. **National Center for Complementary and Integrative Health**
Reiki: In Depth
<https://nccih.nih.gov/health/reiki/introduction.htm#hed2>
33. **Demir M, Can G, Celek E.**
Effect of Reiki on symptom management in oncology.
Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(8) :4931-3.
34. **Olson K, Hanson J, Michaud M.**
A phase II trial of Reiki for the management of pain in advanced cancer patients.
J Pain Symptom Manage. 2003 ; 26(5) :990-7.
35. **Brahmi SA, El M'rabet FZ, Benbrahim Z, Akesbi Y, Amine B, Nejari C,**
Complementary medicine use among Moroccan patients with cancer: a descriptive study.
Pan Afr Med J. 2011 ; 10 :36.
36. **Ben-Arye E, Schiff E, Mutafoğlu K, Omran S, Hajjar R, Charalambous H, et al.**
Integration of complementary medicine in supportive cancer care: survey of health-care providers' perspectives from 16 countries in the Middle East.
Support Care Cancer. 2015 ; 23(9) :2605-12.
37. **Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Scott JA, Panteli V, et al.**
Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey.
Ann Oncol. 2005 ; 16(4) :655-63.
38. **S Träger-Maury, C Tournigand, F Maindrault-Goebel, P Afchain, A de Gramont, M Garcia-Larnicol, et al.**
Use of complementary medicine by cancer patients in a French oncology department.
Bull Cancer 2007 ; 94 (11) : 1017-25
39. **Üstündağ S, DemirZencirci A.**
Complementary and Alternative Medicine Use Among Cancer Patients and Determination of Affecting Factors: A Questionnaire Study.
*Holist NursPract.*2015 ; 29(6) :357-69.

40. **Ezeome ER1, Anarado AN.**
Use of complementary and alternative medicine by cancer patients at the University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu, Nigeria.
BMC Complement Altern Med. 2007 ; 7 :28.
41. **Edwards GV, Aherne NJ, Horsley PJ, Benjamin LC, McLachlan CS, McKay MJ, et al.**
Prevalence of complementary and alternative therapy use by cancer patients undergoing radiation therapy.
*Asia Pac J ClinOncol.*2014 ; 10(4) :346–53
42. **C Spadacio, NF de Barros**
[Use of complementary and alternative medicine by cancer patients: systematic review].
*Rev SaudePublica*2008 ; 42(1) :158–64
43. **Sullivan A, Gilbar P, Curtain C.**
Complementary and Alternative Medicine Use in Cancer Patients in Rural Australia.
*Integr Cancer Ther.*2015 ; 14(4) :350–8.
44. **Wootton JC, Sparber A.**
Surveys of complementary and alternative medicine: part I. General trends and demographic groups.
J Altern Complement Med. 2001 ; 7(2) :195–208.
45. **Parkin D.M. et al.**
Cancer incidence in five continents. Volume VIII.
IARC SciPubl. 2002 ; (155) :1–781.
46. **Werneke U, Earl J, Seydel C, Horn O, Crichton P, Fannon D.**
Potential health risks of complementary and alternative medicines in cancer patients.
Br J Cancer 2004 ; 90 : 408– 13.
47. **Hamilton AS, Miller MF, Arora N, Bellizzi KM, Rowland JH.**
Predictors of use of complementary and alternative medicine by non-Hodgkin lymphoma survivors and relations hip to quality of life.
*Integr Cancer Ther.*2013 ; 12 :225–235
48. **Rossi E, Vita A, Baccetti S, Di Stefano M, Voller F, Zanobini A.**
Complementary and alternative medicine for cancer patients: results of the EPAAC survey on integrative oncology centres in Europe.
Support Care Cancer. 2015 ; 23(6) :1795–806.

49. **Navo MA, Phan J, Vaughan C, Palmer JL, Michaud L, Jones KL, et al.**
An assessment of the utilization of complementary and alternative medication in women with gynecologic or breast malignancies.
*J Clin Oncol.*2004 ; 22(4) :671-7.
50. **Ebel MD, Rudolph I, Keinki C, Hoppe A, Muecke R, Micke O, et al.**
Perception of cancer patients of their disease, self-efficacy and locus of control and usage of complementary and alternative medicine.
*J Cancer Res ClinOncol.*2015 ; 141(8) :1449-55.
51. **Hyodo I, Amano N, Eguchi K, Narabayashi M, Imanishi J, Hirai M et al.**
Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan.
J Clin Oncol. 2005 ; 23(12) :2645-54.
52. **Qi F, Li A, Inagaki Y, Gao J, Li J, Kokudo N et al.**
Chinese herbal medicines as adjuvant treatment during chemo- or radio-therapy for cancer.
*Biosci Trends.*2010 ; 4(6) :297-307.
53. **Zeller T, Muenstedt K, Stoll C, Schweder J, Senf B, Ruckhaeberle E et al.**
Potential interactions of complementary and alternative medicine with cancer therapy in outpatients with gynecological cancer in a comprehensive cancer center.
*J Cancer Res ClinOncol.*2013 ; 139(3) :357-65.
54. **Davis EL, Oh B, Butow PN, Mullan BA, Clarke S.**
Cancer patient disclosure and patient-doctor communication of complementary and alternative medicine use: a systematic review.
*Oncologist.*2012 ; 17(11) :1475-81.
55. **Chang KH, Brodie R, Choong MA, Sweeney KJ, Kerin MJ.**
Complementary and alternative medicine use in oncology: a questionnaire survey of patients and health care professionals.
BMC Cancer. 2011 ; 11 :196

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف والأحوال

بإذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، بإذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد

للسالِح والطالِح، والصديق والعدو

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان... لا لأذاه

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنِي

وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية متعاونين على البر والتقوى،

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي

نقيةً مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين

والله على ما أقول شهيد

الطب التكميلي في الأنكولوجيا

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية 13 / 07 / 2016

من طرف

السيدة سمية لحياوني

المزداة في 23 أكتوبر 1990 بالعطاوية

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

الطب التكميلي - السرطان - مراكش - علم الأوبئة.

اللجنة

الرئيسة

ن. منصوري

السيدة

أستاذة في طب الأسنان و جراحة الوجه و الفكين.

المشرفة

م. خوشاني

السيدة

أستاذة في العلاج بالأشعة

ل. عمرو

السيدة

أستاذة مبرزة في طب الجهاز التنفسي

و. الفاضلي

السيدة

أستاذة مبرزة في أمراض الكلي

ع. زياد

السيد

أستاذ في علم مناعة الأورام والبيولوجيا الجزيئية

جامعة السلطان مولاي سليمان

الحكام