



# Les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie : traitements inévalués ou pratiques inapprouvées

*Complementary and alternative medicine in oncology: assessment and problematic*

**Mots-clés :** Médecines complémentaires et alternatives, Revue de la littérature, Préférences des malades, Cancérologie.

**Keywords:** *Complementary and alternative medicine, Literature review, Patients' preferences, Oncology.*

J.-M. Dilhuydy<sup>(1)</sup>

L'utilisation très fréquente des médecines complémentaires, voire alternatives (CAM), en cancérologie traduit "l'irrépressible montée des médecines différentes" [1], alors que nous assistons, paradoxalement, à des progrès scientifiques indéniables qui concernent toutes les armes thérapeutiques, avec des avancées prometteuses en biologie moléculaire et génétique. Cet état de fait soulève des problématiques particulièrement complexes [2].

## Fréquence d'utilisation des CAM

L'utilisation des CAM, en particulier en cancérologie, est beaucoup plus importante qu'on ne peut l'imaginer.

Aux États-Unis, la plupart des auteurs s'accordent sur une fréquence de l'ordre de 30 à 40 % dans la population générale, et de 70 à 80 % en cancérologie.

La fréquence d'utilisation, chez les enfants qui ont un cancer, à l'instigation de leurs parents, est de l'ordre de 9 à 84 % selon les auteurs [3].

Chez les adultes traités et suivis pour un cancer, la fréquence d'utilisation se situe entre 18 et 83 % : 43 % pour les patients avec un cancer de la prostate [4], 72 % pour les patientes avec un cancer du sein [5].

1. Institut Bergonié, Centre régional de lutte contre le cancer, 229, cours de l'Argonne, 33076 Bordeaux Cedex.

Bernstein [6], pour une série de 100 patientes dont 80 % utilisent des CAM, retrouve la fréquence d'utilisation suivante :

- vitaminothérapie (vitamine C, vitamine E) : 81 % ;
- phytothérapie (thé vert/pépins de raisin/lait de chardon) : 54 % ;
- techniques de relaxation (méditation/respiration profonde) : 30 % ;
- massages : 20 % ;
- remèdes personnels : 10 %.

Adler [7] a montré, dans sa série, que 72 % des femmes avec un cancer du sein bénéficiaient d'une forme de médecine complémentaire :

- traitement diététique particulier : 26,6 % ;
- aide spirituelle dite énergétique : 23,7 % ;
- phytothérapie : 12,9 % ;
- massages : 14,2 % ;
- méthodes psychologiques : 9,2 %.

La médecine traditionnelle chinoise a beaucoup de succès avec, en particulier, les herbes traditionnelles et l'acupuncture.

Burstein [8], sur une série de 480 patientes qui ont présenté un cancer du sein à un stade précoce, précise que le traitement complémentaire est utilisé de novo dans 28,1 % des cas, sachant que d'autres patientes (10,6 %) l'utilisaient déjà avant l'entrée en maladie. Dans 18,8 % des cas, il s'agissait de traitements physiques et dans 21,5 % des cas, de traitements à visée psychologique.

Au Canada, la fréquence d'utilisation est de l'ordre de 20 à 50 % selon les États dans la population générale et de 67 % pour les patients qui ont un cancer du sein [9].

En Australie, selon les auteurs, 22 à 52 % des patients en chimiothérapie utilisent ce type de traitement.

En Europe, selon les études et selon les pays, la fréquence d'utilisation se situe entre 16 et 52 %, avec une moyenne de l'ordre de 45 % (France, Allemagne, Finlande, Norvège, Suisse).

En France, 50 % de la population générale âgée de 18 ans et plus reconnaissent avoir eu recours au moins une fois à une médecine complémentaire. En cancérologie, on retrouve une fréquence de l'ordre de 52 % [10].

## **Tentative de définition et de classification des CAM**

Le nombre de CAM individualisées est relativement important : 50 en France, 58 en Allemagne, 67 au Royaume-Uni, plus de 200 en Suède [11]. Une tentative de classification a été faite par la Ligue nationale suisse contre le cancer et par Schraub en 1991. On peut distinguer :

- les thérapies fondées sur un concept médical global : *viscum album* et médecine anthroposopique, homéopathie, acupuncture et médecine chinoise, etc. ;

- les régimes alimentaires particuliers : régimes de Breuss, de Gerson, de Kousmine, etc. ;
- des traitements supposés stimuler le système immunitaire : sérocytols, sérums de Naessens, appareil de Priore, etc. ;
- les phytothérapies : *carnivora*, ginseng, plantes du Dr Tubery, essiac, concombre amer, *aloe vera*, champignon kombucha, etc. ;
- les traitements par enzymes : carzodelan forte, *trypanosa*, etc. ;
- la stimulation de la phosphorylation de la cellule cancéreuse : physiatrons du Dr Solomidès, thérapie à l’ozone, etc. ;
- les traitements divers : vitamine C à haute dose, *laetrile*, oligoéléments, traitement de Beljanski, thérapie imaginative active de Simonton, etc.

Il faut évoquer également les médecines traditionnelles (Rau Tahiti, médecine Sidha et Unami) et les thérapies comportementales comme les techniques de relaxation (méditation, respiration profonde), les techniques d’imagerie mentale, de biofeedback, l’hypnose, le soutien par des groupes d’entraide ou des groupes de prière.

Certains traitements ont une promotion plus particulière dans tel ou tel pays, comme l’a montré l’enquête de l’IUCC réalisée en 1999-2000 dans 33 pays [11] :

- gui (*viscum album/iscador*) en Allemagne et en Europe Centrale ;
- traitement de Di Bella (somatostatine, bromocriptine, cyclophosphamide et multi-vitamines) en Italie ;
- essiac (racine de bardane, oseille, rhubarbe indienne, extrait d’orme) au Canada ;
- *kamateros springwater* pour la Grèce ;
- régime de Breuss (alimentation exclusive par des jus de légumes et des infusions) en Tchécoslovaquie ;
- vaccins Hasumi (à partir de l’urine des patients) au Japon.

En fait, ces médecines complémentaires et/ou alternatives ont, selon les auteurs, de nombreux synonymes qui ajoutent à la confusion de l’analyse des différentes publications. On évoque pour les désigner : les médecines parallèles, les médecines douces et/ou naturelles, vertes, bio, globales, différentes, non conventionnelles, non académiques, nouvelles, non éprouvées, lentes, inspirées, parallèles [12].

Il faut faire le distinguo entre les traitements complémentaires et les traitements alternatifs, les traitements prouvés et inéprouvés [13] :

• **Les traitements complémentaires** (massages, méthodes de relaxation, exercices spirituels de méditation, autohypnose, musicothérapie, aromathérapie, etc.) sont, en fait, des traitements adjuvants qui peuvent pallier les effets secondaires des traitements conventionnels et leur retentissement psychologique ; ils participent à l’amélioration de la qualité de vie des patients. Ils sont utilisés en même temps que les traitements standard spécifiques. Ils sont souvent appelés, à tort, traitements alternatifs ou traitements parallèles (**tableaux I et II**).

• **Les traitements alternatifs**, comme les régimes de Gerson, de Breuss, le traitement de Di Bella, de Beljanski, le *laetrile*, etc., sont utilisés à la place des traitements conventionnels

**TABLEAU I.** *Traitements complémentaires pour lutter contre les symptômes désagréables et le retentissement psychologique de la maladie.*

Hypnothérapie  
Relaxation  
Réflexologie  
Visualisation  
Musicothérapie  
Aromathérapie  
Thérapie par le contact  
Méditation  
Acupuncture  
Homéopathie  
Chiropraxie  
Tai-chi  
Yoga  
Aide par un groupe de soutien  
Aide par un groupe de prière  
etc.

pour prévenir ou traiter les cancers ; ils peuvent être prescrits aussi en complément des traitements standard (*tableaux III et IV*).

La plupart des auteurs, dans leurs articles, font un amalgame entre les deux types de traitement et classent des médecines complémentaires dans la rubrique des médecines alternatives.

Il faut considérer également, parmi les traitements complémentaires et les traitements alternatifs, les traitements qui ont fait la preuve de leur efficacité et les traitements inévalués. Les traitements évalués ont fait l'objet d'essais méthodologiquement bien conduits et/ou ont prouvé de leur efficacité clinique. La psychothérapie, les techniques comportementales comme les techniques de relaxation ou de visualisation mentale, les techniques physiques comme le yoga, le tai-chi, les massages, les groupes de soutien comme les groupes de parole ont prouvé leur utilité. L'homéopathie et l'acupuncture sont reconnues comme des techniques médicales.

Les traitements inévalués n'ont jamais ou pas encore fait la preuve de leur efficacité. Ils reposent

essentiellement sur la seule conviction de leurs promoteurs ou sur des témoignages favorables (régimes particuliers, essiac, laetrile, etc.).

Un traitement non prouvé peut devenir conventionnel, comme un traitement conventionnel peut devenir inévalué quand il est utilisé dans une indication non recommandée, voire obsolète.

**TABLEAU II.** *Efficacité des traitements complémentaires sur les symptômes [29].*

Gingembre, Kava-kava, herbe de la Saint-Jean, Valériane	Nausées, vomissements, anxiété, dépression, Insomnie
Hypnothérapie	Anxiété, douleur, nausées, vomissements
Relaxation	Anxiété, douleur
Réflexologie, visualisation	Stress, douleur
Aromathérapie, musicothérapie, thérapie par le contact	?, stress
Acupuncture	Nausées, vomissements
Homéopathie	Nausées, vomissements, bouffées de chaleur

**TABLEAU III.** *Traitements alternatifs supposés traiter le cancer à la place des traitements éprouvés (ces traitements sont utilisés quelquefois comme traitements complémentaires en association avec les traitements conventionnels).*

Régimes	Régime de Breuss (jus de légumes) Régime de Gerson (régime végétarien + lavements au café) Régime macrobiotique Instinctthérapie de Burger
Lavements	Camomille/café
Urinothérapie	Amaroli
Phytothérapie	Recette du père Romano Zago ( <i>Aloes Arborescens</i> ) Ginseng Essiac (bourdaine, oseille, rhubarbe, orme) Gui ( <i>Viscum Album, Iscador</i> ) (anthroposophie de R. Steiner) Fleurs de Bach (élixir de fleurs) Sho-saiko-to (mixture d'herbes japonaises) Millepertuis (herbe de la Saint-Jean) Herbalapacho (écorce de <i>Tebebuia lpe</i> ) Lait de chardon, etc.
Traitements particuliers	Traitement de Di Bella (somatostatine, bromocriptine, cyclophosphamide, multivitamines) G5 (silanol) Traitement de Beljanski (ARN fragments) Cartilage d'aile de requin Extraits de thymus Laetrile (extrait de noyau d'abricot) Traitement par l'ozone Physiatrons du Dr Solomidès Rayonnements de Priore Naturopathie, etc.
Aide spirituelle exclusive, manipulation mentale	Groupes de prière Hamer, sectes, etc.

## Reconnaissance officielle des CAM aux États-Unis

Aux États-Unis, la pression de l'usage populaire des CAM explique bien l'intérêt des pouvoirs publics à ce sujet.

Le nombre de consultations en médecine conventionnelle était, en 1990, de 388 millions contre 425 millions de consultations en pratiques non conventionnelles. Les dépenses des CAM représentaient une somme de 13,7 milliards de dollars. En 1997, le nombre de

consultations en médecine non conventionnelle a nettement augmenté : 629 millions pour une dépense de 27 milliards de dollars. À titre d'exemple, le coût de la consommation de l'aïleron de requin, en 1995, se montait à 30 millions de dollars.

Parallèlement à l'engouement de la population, les autorités sanitaires ont réagi avec une flexibilité certaine. C'est en 1992 que l'*Office of Alternative Medicine* (OAM) est créé au sein du *National Institutes of Health* (NIH). Le premier centre d'étude des CAM est établi à l'université de Houston. En 1999, le bureau de l'OAM est transformé en agence fédérale, avec un budget qui passe de 2 millions à 20 millions de dollars par an.

Le *National Cancer Institute* (NCI) crée l'*Office of Cancer Complementary and Alternative Medicine* (OCCAM). En 1998, cet office est remplacé par le *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), avec un budget de 50 millions de dollars par an. En 1999, le NCCAM a déjà financé de nombreux centres d'études et a assuré la promotion d'essais cliniques de phase III pour un budget de 68,5 millions de dollars [14].

Un décret de loi de mars 2000 a permis de créer une commission présidentielle qui doit définir la politique propre du pays vis-à-vis de la médecine complémentaire et alternative avec quatre orientations : formation et enseignement, coordination de la recherche, informations utiles sur le sujet avec guide accessible (<http://www.whccamp.hhs.gov>) [15]. Cette commission soutient actuellement plus de 200 études.

Récemment, un accord a été passé entre le centre du MD Anderson et l'université de Shanghaï pour créer un centre international chargé d'évaluer les médecines traditionnelles chinoises grâce à un don du NCI de 263 000 dollars.

## **Les patients qui utilisent les CAM n'en informent pas obligatoirement leurs médecins**

En fait, beaucoup de patients utilisent en même temps les deux types de traitement [16].

L'étude de Eisenberg [17] portant sur 831 adultes traités pour un cancer et consommateurs de CAM est très explicite : 79 % des patients pensent que la combinaison des deux traitements est supérieure à l'utilisation exclusive d'un seul type de traitement, mais les malades n'en informent pas obligatoirement leurs médecins.

Dans cette série, 411 patients consultent en même temps un médecin conventionnel et un prescripteur de CAM : 70 % des patients consultent en premier un médecin conventionnel alors que 15 % consultent en premier un prescripteur de CAM. Parmi ces patients, 63 à 70 % n'informent pas les médecins qu'ils suivent une médecine complémentaire. Parmi les 507 réponders expliquant pourquoi ils n'ont pas dévoilé aux médecins la nature de leur traitement complémentaire, on note les commentaires suivants :

- il n'était pas important que les médecins le sachent (61 %) ;
- le médecin ne l'a jamais demandé (60 %) ;
- ce n'est pas "l'affaire" du médecin (31 %) ;
- le médecin ne pourrait pas comprendre (20 %) ;

- le médecin désapprouverait (14 %) ;
- le médecin ne voudrait plus continuer à les prendre en charge (2 %).

Dans la série d'Adler [7], concernant des patientes avec un cancer du sein, 54 % continuent les CAM sans le dire à leur médecin.

Dans la série de Werneke [18], portant sur 318 patients, 164 ont pris des CAM, mais seulement 46,3 % en ont parlé à leur médecin ; 82,9 % des médecins tenus au courant ont adopté une réponse neutre ou favorable.

Les patients inclus dans un essai clinique randomisé peuvent poursuivre un traitement complémentaire sans que les médecins le sachent. Dans l'étude de Kelly [19], portant sur 78 enfants avec un cancer, 84 % utilisaient les CAM alors qu'ils étaient inclus dans un essai. Dans l'étude de Sparber [35] concernant une série de 100 patients adultes recrutés dans des essais cliniques, 63 % utilisaient des médecines complémentaires dès la confirmation du diagnostic.

L'abandon complet des traitements conventionnels au profit des CAM est beaucoup plus rare. Cette situation reste dramatique avec une perte de chance évidente pour les patients. Elle concerne 4 à 8 % des patients.

L'étude de Verhoef [20], concernant 31 patients, donne les raisons de cet abandon :

- parent ou ami décédé d'un cancer ;
- dyscommunication avec le médecin ;
- effets secondaires importants.

## **Les raisons de l'attrance des patients pour les CAM**

Le désir d'une prise en charge globale holistique est la raison la plus souvent avancée. Kroesen [21] a réalisé une enquête avec 12 "focus groups" et 100 patients anciens combattants utilisateurs de CAM. Les raisons évoquées étaient le manque de prise en charge globale par les médecins, sans conseil de régime, sans soutien social ou spirituel, avec un manque de confiance évident dans les différentes prescriptions habituelles.

La signification de la maladie, la "recherche de sens" peut expliquer un désir de "retour aux sources", l'appropriation de médecines traditionnelles ou de remèdes populaires qui existent "depuis toujours".

La recherche d'une participation active dans le choix des traitements, dans le cadre d'une aspiration à l'autonomie, est aussi une explication [22, 23].

Certains traitements comme la chimiothérapie et, surtout, la radiothérapie ont des aspects techniques difficilement concevables pour des non-professionnels ; ces traitements sont vécus comme des "techniques dures", dangereuses, mal contrôlées, avec des effets secondaires, voire des complications fréquentes qui peuvent s'expliquer par des références fantasmatiques liées à des événements particulièrement chargés de sens comme Hiroshima ou Tchernobyl [13].

Beaucoup de patients ont foi dans l'énergie potentielle de leur corps, dans ses ressources cachées avec la conception de liens intimes entre les réactions somatiques, psychologiques

et biologiques face à un stress ou à un traumatisme. Ils ont souvent des conceptions alternatives sur l'étiologie des cancers et, en particulier, sur une psychogenèse possible [24]. Ils pensent que les traitements complémentaires peuvent renforcer leurs défenses immunitaires pour lutter contre le cancer.

Les effets secondaires des différents traitements comme les nausées, les vomissements, la fatigue, les réactions dépressives ne sont pas toujours suffisamment pris en compte par les médecins [25]. Les traitements complémentaires ont là une place de choix.

Les patients, face à une maladie grave qui met leur vie en péril, désirent mettre toutes les chances de leur côté, quitte à "remuer ciel et terre" et à associer traitements éprouvés et traitements inédits, d'autant plus qu'ils ont déjà utilisé ce type de traitement pour d'autres pathologies. Il s'agit bien d'une stratégie additionnelle [16, 26] qui permettrait d'éviter une récurrence. L'impression de continuer le traitement après épuisement des traitements classiques est aussi une explication compréhensible [9].

## **Les raisons de l'attraction des familles pour les CAM**

La famille peut faire pression sur le patient pour qu'il utilise des CAM [16]. Cette pression peut s'expliquer par une culture particulière ou par des habitudes traditionnelles ethniques (*Folk medicine*) [16, 27].

La famille peut rechercher également une autonomie face à ce qu'elle dénomme le "pouvoir médical". Le goût de non-conformisme, voire de l'illégalité, ne peut être exclu.

La famille souhaite que son parent malade bénéficie d'une prise en charge optimale qui lui procure le maximum de chances, quitte à utiliser tous les traitements imaginables. En cas d'évolution ultérieure péjorative, elle aura fait tout ce qu'elle devait faire, ce qui évite tout remords ou toute culpabilisation, toujours difficiles à supporter [28].

## **La prise en compte du contexte culturel**

Les conceptions personnelles de la maladie, du savoir scientifique, du pouvoir en général, de la fragilité ou non de l'environnement et de son propre corps interviennent dans les choix des patients et de leurs familles.

Le patient peut résister spontanément aux prescriptions médicales standard si le savoir médical est considéré comme un savoir hiérarchique.

Il peut avoir davantage confiance dans des remèdes populaires, traditionnels, conseillés par des proches qui parlent la même langue, qui l'aiment et le comprennent. Il peut aussi se méfier de traitements dits modernes dont il n'a aucune expérience.

Pour beaucoup de patients, le naturel est forcément bénéfique, ce qui explique le succès de la phytothérapie et des médecins dites "douces", supposées sans danger [29].

Le fait parallèle est un phénomène sociétal évident, comme l'ont expliqué Laplantine et Rabeyron [30]. Cette ambiance culturelle nouvelle est qualifiée de culture du refus :



refus du progrès scientifique, de l'uniformisation des sociétés industrielles, d'une société de plus en plus complexe, informatisée, avec de moins en moins de relations interpersonnelles, d'une société de consommation avec émergence concomitante d'une culture écologique. Le développement des médecines alternatives est propre à la culture contemporaine des "sociétés bourgeoises avancées" : *"Ce n'est pas une survivance inerte d'orientations superstitieuses... ni un phénomène de retard culturel... C'est un phénomène de créativité spontanée en contradiction avec les canons de la culture officielle, qui demande une analyse attentive et des grilles d'interprétations adaptées"* [31].

Il faut noter que dans deux études, l'une portant sur 1 035 personnes présentant des problèmes de santé très divers, et l'autre sur 480 patientes avec un cancer du sein [8], les facteurs les plus significatifs d'usage de médecines complémentaires et alternatives sont un haut niveau d'éducation scolaire, un profil culturel créatif avec un âge plus jeune ; la population féminine est la plus demandeuse.

D'autres études ont montré que les patients sans grandes ressources financières (inférieure à 20 000 dollars par an) ont utilisé malgré tout ce type de pratique, avec une dépense moyenne de 250 dollars par an [32].

## **La "dyscommunication" médecin-malade peut-elle être responsable d'une orientation parallèle ?**

Le temps dédié aux consultations conventionnelles est souvent insuffisant, avec un temps moyen de 7 à 13 minutes, et une interruption possible du discours du patient par son médecin au bout de 18 secondes. Les patients n'ont pas toujours le temps de raconter leur "histoire", d'expliquer tous leurs problèmes.

Les médecins oublient quelquefois les règles bien connues d'une bonne communication avec son aspect verbal et son aspect non verbal. L'empathie nécessaire, la nécessité d'une information exacte et claire, dans un environnement propice à l'échange sont trop souvent négligées.

La thèse de Muffat (2000), portant sur une série de 55 patientes avec un cancer du sein métastatique traitées au centre Léon-Bérard (Centre régional de lutte contre le cancer), à Lyon, est très explicite. Les facteurs significatifs liés à l'utilisation des CAM étaient la mauvaise information des patients sur leur traitement ( $p = 0,024$ ) et sur le cancer ( $p = 0,019$ ).

Le patient peut penser aussi que la distance sociale et intellectuelle avec son médecin est trop grande et que, dans ces conditions, il n'est pas possible d'élaborer un climat de compréhension, de confiance, voire de dialogue.

De nombreux médecins ne connaissent pas les CAM et ne sont pas capables d'en parler ; 71 % ne veulent pas en parler alors que 75 % des patients le souhaiteraient [17]. S'ils connaissent cette problématique, beaucoup de médecins hésitent à en parler, sachant pertinemment que la discussion sur ce sujet va entraîner des questions multiples et "alourdir" le temps de consultation, qui deviendra difficile à maîtriser.

Le médecin met trop souvent en avant dans son argumentaire “la preuve” ou “l’évidence scientifique”, quitte à donner les résultats des différents essais internationaux, en faisant allusion à la probabilité d’événements possibles, en oubliant que ce n’est pas ce qui compte le plus pour un individu face à une maladie grave et éventuellement à sa mort, en oubliant la différence entre la personne et le collectif statistique.

Certains médecins expriment plus ou moins discrètement leur mépris, si ce n’est leur colère, quand les patients évoquent la possibilité d’un traitement complémentaire conseillé par un ami, prôné dans la presse ou sur Internet [33]. Cette attitude peut être considérée par le malade comme la preuve d’une “arrogance scientifique”, qui peut d’ailleurs cacher une certaine ignorance.

Il faut ajouter que l’information véhiculée par les magazines, la grande presse et Internet est souvent inexacte, non contrôlée, avec la promotion abusive de techniques ou de traitements inédits ; les conseils distillés peuvent être quelquefois dangereux. Un des meilleurs sites à conseiller est celui de l’*American Cancer Society* [34]. L’Union européenne vient d’initier un projet du même type [29].

## **Le discours habituel des prescripteurs de CAM**

Les prescripteurs de CAM ont, sans aucun doute, une écoute plus attentive et bien plus longue, mais ce n’est pas toujours le cas.

Le guérisseur ou le thaumaturge ont souvent le même langage que leur client, avec des idées et des explications simples sur les causes de la maladie [35], voire un langage ésotérique séduisant. Les patients s’adressent à eux à cause d’une notoriété populaire bien établie, par effet de rumeur.

Comme l’écrivait si bien un patient dans le forum organisé sur ce sujet par le *Lancet* en 2000 [36] : “L’allusion la plus insignifiante de succès est suffisante pour prouver la véracité de la médecine alternative, la plus simple adhésion à l’échec est suffisante pour désapprouver les traitements orthodoxes.”

Le discours alternatif repose sur des bases identiques connues :

- critique de la médecine officielle et de son caractère inhumain, car les seules possibilités de traiter les cancers, sont “d’inciser, de brûler ou d’empoisonner” ;
- critique d’une science officielle aveugle, conservatrice, voire jalouse de ses prérogatives qui s’acharne à exclure les découvertes alternatives ;
- les preuves d’une efficacité hypothétique des traitements alternatifs reposent essentiellement sur des témoignages individuels ;
- il existe toujours une tentative plus ou moins cohérente d’élaboration d’un corpus théorique explicatif ;
- le traitement alternatif est souvent présenté comme la panacée pour guérir toutes les maladies.

## Ce qu'en pensent les médecins et les équipes soignantes

---

Une étude intéressante a été publiée par Risberg [37] en 2004 : 828 personnes ont été interrogées, par questionnaire, sur les aspects négatifs ou positifs de la médecine alternative et des médecines complémentaires. Le taux de réponse a été de 61 %.

La médecine alternative a été considérée comme positive par 4 % des médecins, 33 % des infirmières, 32 % des manipulateurs et 55 % des employés de l'hôpital, avec une différence significative si l'on considère le sex-ratio : 33 % pour les femmes et 14 % pour les hommes. Les médecines complémentaires présentaient des aspects positifs pour 49 % des médecins et 87 % des infirmières, soit 53 % pour les hommes et 79 % pour les femmes.

L'étude de Bourgeault [38] au Canada a montré que 70 % des médecins conventionnels jugeaient les pratiques non conventionnelles utiles, qu'ils étaient à même de diriger leurs patients vers des praticiens non conventionnels (44 à 77 % selon les régions), qu'ils pouvaient pratiquer eux-mêmes ce type de médecine (13 à 17 %).

En Allemagne et en Angleterre, le dialogue entre les différents praticiens est relativement facile. En Allemagne, il existe un contexte culturel particulier lié à la découverte de l'homéopathie par Hannhmann en 1796, au mouvement anthroposophique de Steiner en 1903 ; la naturopathie a été reconnue en 1939 et il existe actuellement 7 000 praticiens. Il existe également des praticiens de santé reconnus en tant que tels, non-médecins dénommés "*heilpraktiker*".

En Angleterre, en 1989, on dénombrait 15 000 praticiens alternatifs. Dans ce pays, il existe plus une restriction sur les titres que sur les pratiques.

En France, le dialogue est impossible entre "docteurs et guérisseurs", comme l'a écrit l'anthropologue C. Brelet. Il faut noter la place à part de l'homéopathie et de l'acupuncture, qui ont été reconnues comme des orientations thérapeutiques et non comme des spécialités.

## Le cas particulier du cancer du sein

---

L'utilisation des CAM par les patientes traitées pour un cancer du sein est très fréquente, de l'ordre de 48 à 84 % selon les séries [8, 9, 16, 39].

Van de Creek [40] a comparé le type de CAM utilisé dans l'Ohio par des patientes avec un cancer du sein (n = 112) par rapport à la série de Eisenberg portant sur la population générale (n = 1 500). On note une augmentation très importante portant essentiellement sur la prière (76 % versus 25 %), la consultation auprès d'un guérisseur ou d'un magnétiseur (29 % versus 4 %), l'utilisation de mégavitamines (25 % versus 2 %) et l'aide par des groupes de soutien (21 % versus 2 %). Les patientes pensent que les traitements supplémentaires participent au moins à 30 % des résultats positifs obtenus.

Une enquête a permis de comparer l'utilisation des CAM dans le cancer du sein par rapport aux autres cancers. Morris [41] a adressé un questionnaire à 935 patientes avec un cancer du

**TABLEAU IV. Efficacité des traitements alternatifs sur la réponse tumorale (selon les études publiées) [15].**

Régime de Gerson	0
Régime macrobiotique	0
Lavements café/camomille	0
Mélatonine	0
Mélatonine + aloe vera	?
Essiac	0
Gui	0
Traitement de Di Bella	0
Laetrile	0
Chiropraxie	0
Sho-saiko-to	?
Herbe de la Saint-Jean	?
Cartilage de requin	0
714-X	0
Extraits thymiques	0
Ozone thérapie	0

sein et à 1 000 patients avec une autre localisation tumorale : 617 réponses ont été obtenues (288 pour le sein, 329 pour les autres localisations) ; 75 % de tous les patients ont utilisé une modalité thérapeutique complémentaire : régime particulier (63 %), massage (53 %), phytothérapie (44 %). La raison essentielle pour les deux groupes était de stimuler les défenses immunitaires (73 %) ; le contrôle de la douleur ou des effets secondaires des traitements ont été l'objectif recherché dans 30 % des cas.

La fréquence d'utilisation est différente selon la localisation tumorale : 84 % pour les patientes avec un cancer du sein, 66 % pour les autres localisations ( $p = 0,003$ ). Contrairement à une idée commune, Morris n'a pas retrouvé de profil particulier pour les utilisateurs de CAM : l'âge, le niveau culturel, les ressources financières n'entrent pas en jeu ; 40 à 50 %

des patientes n'en parlent pas à leur médecin.

Jacobson [42] et Digianni [43] ont colligé la littérature extrêmement riche sur le sujet. Jacobson [42] retrouve, de 1980 à 1977, 1 000 citations avec 403 articles dont 17 rapportent des essais cliniques randomisés. Digianni [43] rapporte les dernières publications de 1999 à 2002 [4, 16, 40, 41] (**tableau V**).

Lee [39], en Californie, analyse une série de 379 patientes avec un cancer du sein :

- la population noire utilise préférentiellement l'aide d'un guérisseur (36 %) ;
- la population d'origine chinoise, la phytothérapie (22 %) ;
- la population d'origine espagnole, les régimes particuliers (30 %) et l'aide d'un guérisseur (21 %) ;
- la population d'origine anglo-saxonne, les régimes (35 %) et les méthodes physiques (21 %).

Alferi [26], en Floride, rapporte de son côté une série de 213 cancers du sein. La plupart des patientes utilisent une ou plusieurs CAM, qui sont essentiellement la psychothérapie, les groupes de soutien, la méditation et l'aide apportée par un guérisseur. Les femmes d'origine africaine préfèrent la phytothérapie et l'aide d'un guérisseur. Il ne retrouve pas de lien entre l'usage d'une médecine complémentaire et une détresse psychologique importante ou une insatisfaction relationnelle avec le médecin traitant. L'objectif essentiel est la recherche d'un bénéfice supplémentaire.

Nous avons, pour notre part, effectué une enquête en 2004 : un questionnaire a été envoyé à 223 patientes avec un cancer du sein en cours de radiothérapie ; 200 réponses ont été obtenues. La fréquence d'utilisation est de 42,5 %, avec la répartition suivante : homéopathie 47 %, régimes 34 %, aide d'un guérisseur 27 %, relaxation 21 %, phytothérapie

**TABLEAU V.**

*Étude comparative d'utilisation des CAM selon les séries récentes publiées (patientes avec un cancer du sein).*

Auteurs	<b>Boon</b> [9] (%)	<b>Lee</b> [39] (%)	<b>Morris</b> [41] (%)	<b>Richardson</b> [16] (%)
Population	n = 411 67	n = 379 48	n = 617 75	n = 453 83
Régimes	22	27	65	32
Vitamines et oligoéléments	50			63
Phytothérapie			49	
Essiac	15			
Travail du corps et massages	14	14	57	59
Chiropraxie		43		
Soutien psychologique		30		41
Relaxation		41		
Méditation	10			
Exercices physiques et spirituels				49
Groupes de soutien				
Prière				
Guérisseur				
Homéopathie		14		
Acupuncture		31		

15 %, acupuncture 7 %, aide par la prière 4,7 %. Soixante-huit pour cent (68 %) des patientes utilisent plus de deux médecines complémentaires différentes. L'effet recherché est de prévenir les effets secondaires de la radiothérapie dans 58 % des cas avec, semble-t-il, un ressenti positif ou très positif dans 53 % des cas. Le médecin traitant est au courant dans 61 % des cas et c'est lui-même qui a conseillé le traitement complémentaire dans 41 % des cas (*tableau V*).

Dans les cancers du sein avancés, Shen [45] a montré, dans une série de 115 cas, que 73 % utilisaient des CAM. Les traitements les plus fréquemment utilisés sont les techniques de relaxation et de méditation et la phytothérapie. Les patientes utilisent ces techniques pour stimuler leurs défenses immunitaires et traiter le cancer. Les sources d'information sont les amis, la famille et les médias. Il n'y a pas de lien significatif avec l'âge des patientes, leurs ressources financières, leur statut marital et l'importance du soutien familial. Le seul élément prédictif significatif est le niveau d'études ( $p < 0,001$ ).

L'impact d'un traitement complémentaire sur la survie, comme le soutien psychosocial, a été étudié dans le cancer du sein métastatique par Goodwin en 2001 [46], après la

**TABLEAU V.**

*Étude comparative d'utilisation des CAM selon les séries récentes publiées (patientes avec un cancer du sein).*

Auteurs	<b>Ganz [44] (%)</b>	<b>Van de Creek [40] (%)</b>	<b>Dilhuydy à paraître (%)</b>
Population	n = 763 (surveillance)	n = 112 (surveillance)	n = 200 (radiothérapie) 42,5
Régimes	61		34
Vitamines et oligoéléments	87	25	29
Phytothérapie	49	14	15
Essiac	15		
Travail du corps et massages		48	1
Chiropraxie		43	
Soutien psychologique	13	nd	5,8
Relaxation		21	21
Méditation	12		
Exercices physiques et spirituels			
Groupes de soutien	6	21	3,52
Prière		76	4,7
Guérisseur		29	27
Homéopathie			47
Acupuncture			7

publication princeps de Spiegel en 1989, qui montrait, dans une étude randomisée prospective (n = 55/n = 36), que la survie pouvait être améliorée. Goodwin [46], à partir d'une population de 235 femmes dont l'espoir de survie était de plus de 3 mois, a évalué l'intérêt de séances de thérapie de groupe dans une étude randomisée : n = 158 et n = 77. En fait, il n'a pas observé de différence de survie entre le groupe contrôle et le groupe avec soutien. On note une amélioration de l'humeur et moins de ressenti de douleur chez les femmes qui, initialement, ont été davantage en détresse psychologique.

Risberg [47], en Norvège, a recherché si l'utilisation de médecine alternative pouvait entraîner une meilleure survie, quel que soit le type de cancer. L'étude multicentrique a concerné 515 patients (< 75 ans) avec un cancer (suivi 8 ans), que la maladie soit localisée ou métastatique et quel que soit le type de tumeur. Le cancer du sein représentait 26,8 % des cas ; 112 patients utilisaient des CAM (65 % avec une maladie métastatique et 35 % avec une maladie localisée) ; on retrouvait la même répartition chez les patients non utilisateurs de CAM. Les techniques de relaxation, la psychothérapie, les groupes d'entraide, le changement de style de vie n'ont pas été considérés comme des techniques

alternatives. L'effet sur la survie a été exploré en tenant compte du stade de la maladie, des conditions de vie et du traitement. L'impact sur la survie est à l'évidence moins bon après ajustement avec les facteurs péjoratifs liés à la maladie. L'explication donnée par l'auteur serait que l'utilisation d'une pratique alternative serait liée au manque d'espoir et à une plus grande détresse psychologique entraînés par la sensation toute personnelle, consciente ou inconsciente du patient, de la gravité de sa maladie.

### **La toxicité potentielle des CAM**

La plupart des CAM n'entraînent pas de risque particulier, mais certaines sont à l'origine d'effets secondaires qui ont été bien investigués dans le guide rédigé par l'*American Cancer Society* [34] et dans le guide critique de Ernst paru en 2005 [15].

**Une toxicité directe** a pu être observée par une mauvaise préparation des médicaments, en particulier en phytothérapie, ou par une contamination possible par des bactéries, voire des champignons.

Le traitement par *carnivora* (extraits de plantes carnivores/Dionée attrape-mouches), prescrit en Allemagne dans les années 1980, a été interdit en 1986 en raison d'une contamination par des toxines.

Le *laetrile* s'est révélé toxique en raison de taux sanguins de cyanure très élevés chez certains patients, avec possibilité de formation d'acide cyanhydrique en présence de certains aliments. D'autres patients ont présenté des nausées, des vomissements, des céphalées, de la tachycardie et de la dyspnée.

Un mélange incorrect d'espèces de plantes peut être malencontreusement réalisé dans la mesure où il n'existe pas toujours de contrôle de qualité de la phytothérapie. Une herbe chinoise, *Aristolochia fangchi*, a remplacé par erreur une autre préparation avec du *Stephania tetrandra* destinée à un régime amaigrissant : en 1992 en Belgique, plus de 40 personnes ont développé une insuffisance rénale et 50 % d'entre elles ont présenté un cancer urothélial.

Une contamination par des agents de fumigation, des métaux lourds, des pesticides ou des herbicides est également possible.

Un frelatage avec des médicaments conventionnels a été identifié. Sur 2 609 préparations recueillies et analysées à Taiwan, Huang [48] a retrouvé 24 % de frelatage avec des médicaments comme le phénobarbital, l'indométacine, l'hydrochlorothiazide, la théophylline, les corticostéroïdes, etc.

Le prescripteur alternatif sans culture médicale peut retarder ou s'opposer à la mise en place d'un traitement salvateur.

Un recours abusif aux examens radiologiques a été également observé.

Certains médicaments comme le kava-kava, le thé vert, le cartilage de requin ou les antinéoplastons ont des effets hépatotoxiques qui doivent être connus [18, 49].

Des accidents peuvent survenir avec des techniques mal maîtrisées comme la chiropraxie, les massages, la réflexologie, etc.

Des régimes trop draconiens peuvent entraîner bien évidemment des malnutritions. La méditation est contre-indiquée chez les patients qui présentent des troubles de la personnalité.

**Une toxicité indirecte** est possible par interaction avec d'autres médicaments [15, 49]. L'herbe de Saint-Jean ou millepertuis (*Hypericum perforatum*), utilisée comme antidépresseur, peut entraîner des effets particulièrement gênants en cancérologie :

- dermite intense ou photosensibilisation majorant les effets de la radiothérapie ;
- diminution de la concentration sanguine des médicaments liée à une biotransformation stimulée par le système CYP 3A4 avec risque de sous-dosage. Cette interaction est bien connue pour l'irinotécan.

Le lait de chardon peut interférer dans le métabolisme de la doxorubicine et du paclitaxel [18]. Les antioxydants peuvent augmenter la photosensibilité cutanée pendant la radiothérapie [18, 29].

Le jus de pamplemousse peut être un inhibiteur de médicaments anticancéreux comme l'étoposide, l'ifosfamide, les taxoïdes, les vinca-alcaloïdes [50].

### **Attitude à adopter par le médecin oncologue vis-à-vis des CAM**

L'attitude la plus pertinente à adopter repose sur le vécu des malades, leurs réactions psychologiques et sur un devoir d'information et d'explication qui implique une stratégie d'éducation.

Le désir des patients de bénéficier de traitements supplémentaires, complémentaires ou de traitements alternatifs est considéré par certains psychologues comme un marqueur d'anxiété qui doit déclencher un soutien adapté [8, 51].

Cette recherche peut traduire aussi le besoin légitime de contrôler des symptômes négligés ou mal traités par l'équipe soignante, en s'adressant à des médecines différentes, peut-être plus attentives.

La quête de traitements supplémentaires peut correspondre aussi à un comportement positif des patients qui souhaitent mettre en route une stratégie personnelle pour ne pas se retrouver dans une attitude passive trop désespérée [23].

Par ailleurs, il ne faut pas oublier que la maladie est vécue, représentée selon des concepts tout à fait différents dans une société inégalitaire et multiculturelle. Il en est de même de la représentation du cancer, de la mort, des lieux de soins et des équipes soignantes.

Peut-on parler d'un goût excessif des patients pour l'irrationnel ? Il s'agit bien là d'un jugement de valeur inapte. Les patients ont une logique qui n'est pas obligatoirement celle des médecins compte tenu d'un niveau de formation scientifique et d'un contexte culturel différents. Leurs processus de défense peuvent s'appuyer sur de fausses raisons qui peuvent être plus facilement accessibles et plus réconfortantes. Les représentations erronées doivent être prises en charge de façon très attentive, sans troubler plus encore les malades par un discours scientifiquement congruent mais inadapté. Il faut ajouter



**Sites Internet à conseiller.**

**1. Informations pour les professionnels sur les essais concernant les médecines complémentaires et alternatives.**

NCI : <http://www.cancer.gov/search/clinicaltrials/>  
NCCAM : <http://www.nccam.nih.gov/clinicaltrials/>  
OCCAM : <http://www3.cancer.gov>

**2. Informations pour malades**

Nature des traitements :  
<http://www.nccam.nih.gov/health/decisions>  
Pour connaître le prix :  
<http://www.nccam.nih.gov/health>

**3. Sites francophones**

Ligue contre le Cancer :  
<http://www.ligue-cancer.net>  
Guide sur la fraude et le charlatanisme :  
<http://www.allerg.qc.ca/quackwatchfrancais.html>  
Thérapies douteuses du cancer :  
<http://www.allerg.qc.ca/therdoutcancer.html>  
Site Centre Paul-Strauss :  
<http://www.centre-paul-strauss.fr/>

**4. En savoir plus sur les dérives sectaires**

<http://www.miviludes.gouv.fr/>

que si les patients accomplissent une démarche auprès d'un guérisseur qui relève de la croyance et de la foi, ils consulteront leur médecin avec raison, raison qui implique nécessairement un doute.

Les travaux de Holland [51], repris par Doan [52] ont permis de définir des règles simples à respecter pour tenter de préserver la qualité de la relation médecin-malade :

– les médecins doivent connaître la nature des traitements complémentaires et alternatifs actuels ;

– ils doivent analyser les raisons pour lesquelles un patient s'intéresse à ce type de traitement ;

– ils ne doivent pas porter de jugement dévalorisant sur le choix des patients et de leurs familles ;

– ils doivent pouvoir discuter des aspects positifs et négatifs des CAM,

avec leurs effets toxiques possibles, et du bénéfice comparé des traitements éprouvés et des traitements inévalués ;

– ils doivent être capables d'assurer un suivi régulier de cette problématique au décours de l'évolution de la maladie dans la mesure où le patient peut modifier ses choix et ses comportements.

Weiger et al. [53] adoptent les principes précédents en proposant une véritable stratégie d'éducation des patients. Ils insistent sur les points suivants :

• Il faut préciser aux patients qu'un produit naturel n'est pas nécessairement sans danger et que le contenu des médicaments ne correspond pas toujours à ce qui est écrit sur les étiquettes.

• Il faut également expliquer que les médecines complémentaires agissent davantage sur les symptômes que sur la maladie et conseiller le traitement le plus adéquat à la situation du patient.

• Il faut enfin décourager les traitements inévalués et en particulier les interventions qui peuvent nuire aux traitements standard.

Le fait de discuter avec les patients des CAM et des limites actuelles de la médecine a peu de chances, bien heureusement, de les inciter à abandonner les traitements conventionnels [54].

## Les exigences éthiques

---

Les exigences éthiques sont incontournables. Le Code de déontologie médicale (articles 21 et 39) interdit de délivrer des médicaments non autorisés et de proposer aux malades et à leur entourage un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite.

Ces exigences sont assez claires pour que les médecins ne se rendent pas complices de traitements inévalués, d'autant plus que les patients face au cancer sont particulièrement vulnérables. Le Code de santé publique complète cette perspective par *“l'interdiction de publicité pour un objet, un appareil ou une méthode présentés comme bénéfiques pour la santé lorsqu'il n'est pas établi que ledit objet, appareil ou méthode possède les propriétés annoncées”* (articles L. 5122-15, L. 5422-12, L. 5422-14 et R. 5055 à R. 5055.6).

Les patients doivent être protégés par une véritable discrimination positive [55] pour qu'ils ne perdent pas de chances en s'orientant vers des médecines alternatives, pour qu'ils ne soient pas exploités financièrement et qu'ils ne soient pas, à l'extrême, entraînés dans une dérive sectaire où une minorité médicale, il ne faut pas l'oublier, officie.

## Conclusion

---

Pour bien comprendre la problématique des CAM, il faut distinguer la médecine conventionnelle qui repose sur l'*Evidence-Based Medicine*, les médecines conventionnelles avec orientations particulières comme l'homéopathie et l'acupuncture, les médecines traditionnelles (chinoise, hindoue, etc.) et les pratiques non conventionnelles. Parmi les pratiques non conventionnelles, il existe des pratiques de soutien pour traiter les symptômes désagréables et des pratiques alternatives supposées traiter le cancer.

L'usage de traitements complémentaires, associé aux traitements standard éprouvés, est tout à fait compréhensible dans la mesure où ces traitements peuvent soulager et rassurer les patients. Par ailleurs, si leur efficacité ne peut pas toujours être prouvée avec les méthodes scientifiques habituelles, on ne peut pas non plus nier la possibilité d'un effet placebo.

Les traitements supplémentaires, qu'ils soient en fait complémentaires ou alternatifs, ne sont pas dénués d'effets secondaires et peuvent entraîner des complications d'autant plus dangereuses qu'elles ne seront pas contrôlées chez un patient non averti. C'est une raison suffisante pour la nécessité d'un dialogue ouvert, confiant, sans esquivance, voire pédagogique sur ce sujet entre le patient et son médecin.

L'utilisation de traitements réellement alternatifs inévalués qui se substituent aux traitements efficaces reste pour les médecins un échec dramatique dans la mesure où leurs patients sont non seulement bernés avec de faux espoirs et les conséquences financières que l'on connaît, mais encore perdants dans leurs chances de survie.

Le dialogue médecin-malade en cancérologie ne peut s'affranchir de l'évocation de ces problématiques [13].

## Références bibliographiques

- [1] Guiraud GG. *Le recours aux médecines parallèles*. Presse Méd 2003; 32: 1638-41.
- [2] Dilhuydy JM. *Les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie: constat et problématiques*. *Oncologie* 2004; 6: 268-74.
- [3] Sparber A, Bauer L, Curt G et al. *Use of complementary medicine by adult patients participating in cancer clinical trials*. *Oncol Nurs Forum* 2000; 27: 623-30.
- [4] Lippert MC, Mc Clain R, Boyd JJC, Theodorescu D. *Alternative medicine use in patients with localized prostate carcinoma treated with curative intent*. *Cancer* 1999; 86: 2642-8.
- [5] Tagliaferri M, Cohen I, Tripathy D. *Complementary and alternative medicine in early-stage breast cancer*. *Semin Oncol* 2001; 28: 121-34.
- [6] Bernstein BJ, Grasso T. *Prevalence of complementary and alternative medicine use in cancer patients*. *Oncology (Huntingt)* 2001; 15: 1267-72.
- [7] Adler S. *Complementary and alternative medicine use among women with breast cancer*. *Med Anthropol* 1999; Q13: 214-22.
- [8] Burstein HJ, Gelber S, Guadagnoli E, Weeks JC. *Use of alternative medicine by women with early-stage breast cancer*. *N Engl J Med* 1999; 340: 1733-739.
- [9] Boon H, Stewart M, Kennard MA et al. *Use of complementary/alternative medicine by breast cancer survivors in Ontario: prevalence and perceptions*. *J Clin Oncol* 2000; 18: 2515-21.
- [10] Schraub S, Hélarly JP. *Traitements non prouvés en cancérologie*. *Bull Cancer* 1991; 78: 915-20.
- [11] Cassileth BR, Schraub S, Robinson E, Vickers A. *Alternative medicine use worldwide. The International Union against Cancer Survey*. *Cancer* 2001; 91: 1390-3.
- [12] Thévenet F. *Répertoire des médecines parallèles en France*. Paris: éd. Dervy, 1987.
- [13] Dilhuydy JM. *L'attrait pour les médecines complémentaires et alternatives en cancérologie: une réalité que les médecins ne peuvent ni ignorer, ni réfuter*. *Bull Cancer* 2003; 90: 623-8.
- [14] National Center for complementary and alternative medicine, NIH. *Phase I/II trials of herbal and biopharmacologic CAM therapies for cancer*. <http://nccam.nih.gov/nccam/ft/concepts/nov2000>.
- [15] Ernst E, Pittler MH, Stevinson C, White A, Eisenberg D. *Médecines alternatives: le guide critique*. Paris: Elsevier, 2005.
- [16] Richardson MA, Sanders T, Palmer JL, Greisinger A, Singletary SE. *Complementary/ alternative medicine use in a comprehensive cancer center and the implications for oncology*. *J Clin Oncol* 2000; 18: 2505-14.
- [17] Eisenberg DM, Kessler RC, Van Rompay MI et al. *Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both: results from a National Survey*. *Ann Intern Med* 2001; 15: 344-51.
- [18] Werneke U, Earl J, Seydel C, Horn O, Crichton P, Fannon D. *Potential health risks of complementary alternative medicines in cancer patient*. *Br J Cancer* 2004; 90: 408-13.
- [19] Kelly KM, Jacobson JS, Kennedy DD, Brandt SM, Mallick M, Weiner MA. *Use of unconventional therapies by children with cancer at an urban medical center*. *J Pediatr Hematol Oncol* 2000; 22: 412-6.
- [20] Verhoef MJ, White MA. *Factors in making the decision to forgo conventional cancer treatment*. *Cancer Pract* 2002; 10: 201-7.
- [21] Kroesen K, Balwin CM, Brooks AJ, Bell IR. *Us military veterans' perception of the conventional medical care system and their use of complementary and alternative medicine*. *Fam Pract* 2002; 19: 57-64.
- [22] Maskarinec G, Shumay DM. *Choosing complementary treatment as a sign of active participation: a qualitative study among breast cancer patients*. *J Cancer Integrative Med* 2004; 2: 65-76.

- [23] Sollner W, Maislinger S, DeVries A, Steixner E, Rumpold G, Lukas P. Use of complementary and alternative medicine by cancer patients is not associated with perceived distress or poor compliance with standard treatment but with active coping behavior: a survey. *Cancer* 2000; 89: 873-80.
- [24] Reynaert C, Libert Y, Janne P. "Psychogenèse" du cancer : entre mythes, abus et réalité. *Bull Cancer* 2000; 87: 655-64.
- [25] Shumay DM, Maskarinec G, Kakay H, Gotay CC. Why some patients choose complementary and alternative medicine instead of conventional treatment. *J Fam Pract* 2001; 50: 1067.
- [26] Alferi SM, Antoni MH, Ironson G, Kilbourn KM, Carver CS. Factors predicting the use of complementary therapies in a multi-ethnic sample of early-stage breast cancer patients. *J Am Med Womens Assoc* 2001; 56: 120-123.
- [27] Brelet C. *Médecines du monde: histoire et pratique des médecines traditionnelles*. Paris: Robert Laffont, 2002.
- [28] Saltel P, Gauvain-Piquard A, Landry-Dattee N. L'information de la famille d'un patient adulte atteint de cancer. *Bull Cancer* 2001; 88: 399-405.
- [29] Ernst E. The current position of complementary/alternative medicine in cancer. *Eur J Cancer* 2003; 39: 2273-7.
- [30] Laplantine F, Rabeyron PL. *Les médecines parallèles*. Paris: PUF, Que sais-je ?, 1987.
- [31] Lanternari V. *Médecine, magie, religion, valeurs*. Paris: L'Harmattan, 1996.
- [32] Foster D, Philipps RS, Davies RB, Eisenberg D. Income and alternative medicine use. *J Gen Intern Med* 2000; 15(suppl 1): 67.
- [33] Ernst E, Schmidt K. "Alternative" cancer cures via the Internet? *Br J Cancer* 2002; 87: 479-80.
- [34] American Cancer Society. *American Cancer Society's guide to complementary and alternative cancer methods*. American Cancer Society ([www.cancer.org/alt\\_therapy/index.html](http://www.cancer.org/alt_therapy/index.html)), 2000.
- [35] Sparber A, Wootton JC. Surveys of complementary and alternative medicine. Part II: Use of alternative and complementary cancer therapies. *J Altern Complement Med* 2001; 7: 281-7.
- [36] Forum about complementary and alternative medicine. *Alternative cancers cures: looking for common ground*. *Lancet Oncol* 2000; 1: 54-9.
- [37] Risberg T, Kolstad A, Bremnes Y et al. Knowledge of and attitudes toward complementary and alternative therapies; a national multicentre study of oncology professionals in Norway. *Eur J Cancer* 2004; 40: 529-35.
- [38] Bourgeault IL. Physicians' attitudes toward patients' use of alternative cancer therapies. *Can Med Assoc J* 1996; 155: 1679-85.
- [39] Lee MM, Lin SS, Wrench MR, Adler SR, Eisenberg D. Alternative therapies used by women with breast cancer in four ethnic populations. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92: 42-7.
- [40] Van de Creek L, Rogers E, Lester J. Use of alternative therapies among breast cancer outpatients compared with the general population. *Altern Ther Health Med* 1999; 5: 71-6.
- [41] Morris KT, Johnson N, Homer L, Walts D. A comparison of complementary therapy use between breast cancer patients and patients with other primary tumor sites. *Am J Surg* 2000; 179: 407-11.
- [42] Jacobson JS, Workman SB, Kronenber F. Research on complementary alternative medicine for patients with breast cancer: a review of the biomedical literature. *J Clin Oncol* 2000; 18: 668-83.
- [43] Digianni LM, Garber JE, Winer EP. Complementary and alternative medicine use among women with breast cancer. *J Clin Oncol* 2002; 20(suppl): 34S-8S.
- [44] Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *J Natl Cancer Inst*. 2002; 94: 39-49.
- [45] Shen J, Andersen R, Albert Paul S et al. Use of complementary/alternative therapies by women with advanced-stage breast cancer. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2002; 2: 1-7.
- [46] Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M et al. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med* 2001; 345: 1719-26.

- [47] Risberg T, Vickers A, Bremnes RM, Wist EA, Kaasa S, Cassileth BR. Does use of alternative medicine predict survival from cancer? *Eur J Cancer* 2003; 39: 372-7.
- [48] Huang WF, Wen KC, Hsiao ML. Adulteration by synthetic therapeutic substances of traditional chinese medicines in Taiwan. *J Clin Pharmacol* 1997; 37: 344-50.
- [49] Markman M. Safety issues in using complementary and alternative medicine. *J Clin Oncol* 2002;20(suppl): 39S-41S.
- [50] Neuman M. Effets métaboliques et interactions médicamenteuses provoquées par certaines substances d'origine végétale: pamplemousse, millepertuis et ail. *Presse Méd* 2002; 31: 1416-22.
- [51] Holland JC, Geary N, Furman A. Alternative cancer therapies. In: Holland JC, Rowland JR, eds *Handbook of psycho-oncology*. London: Oxford University Press 1989: 508-15.
- [52] Doan BD. Alternative and complementary therapies. In: Holland JC, eds *Psycho-Oncology* 1998: 817-27.
- [53] Weiger WA, Smith M, Boon H, Richardson MA, Kapchuk TJ, Eisenberg DM. Advising patients who seek complementary and alternative medical therapies for cancer. *Ann Intern Med* 2002;137:889-903.
- [54] Leduc J, Gagnon P, Morency EB. Les médecines parallèles en oncologie et soins palliatifs: traitement, symptôme ou maladie? *Les Cahiers de soins palliatifs* 2001; 2: 15-137.
- [55] Miller FG, Emanuel EJ, Rosenstein DL, Straus SE. Ethical issues concerning research in complementary and alternative medicine. *JAMA* 2004; 291: 599-604.